

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**Danielle Keylla Alencar Cruz**

**DA PROMOÇÃO À PREVENÇÃO:  
O processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde  
no período de 2003 a 2006**

**RECIFE  
2010**

**DANIELLE KEYLLA ALENCAR CRUZ**

**DA PROMOÇÃO À PREVENÇÃO: O PROCESSO DE FORMULAÇÃO  
DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE  
NO PERÍODO DE 2003 A 2006**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Tereza Maciel Lyra

RECIFE

2010

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

C957d Cruz, Danielle Keylla Alencar.

Da promoção à prevenção: o processo de formulação da política nacional de promoção da saúde no período de 2003 a 2006. / Danielle Keylla Alencar Cruz. — Recife: D. K. A. Cruz, 2010. 116 p.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Orientadora: Tereza Maciel Lyra.

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Formulação de Políticas. 3. Promoção da Saúde. 4. Política de Saúde. I. Lyra, Tereza Maciel. II. Título.

CDU 614.2

---

DANIELLE KEYLLA ALENCAR CRUZ

**DA PROMOÇÃO À PREVENÇÃO:  
O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA  
SAÚDE NO PERÍODO DE 2003 A 2006**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Tereza Maciel Lyra  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz

---

Prof. Dr. Antônio Mendes  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz

---

Profa. Dra. Cecile Soriano  
Universidade de Pernambuco

Dedico este estudo aos militantes da promoção da saúde no SUS.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha orientadora, Tereza Maciel Lyra, pelo conhecimento, atenção e cuidado dispensados ao estudo;

A Deborah Malta, coordenadora da CGDANT/MS, por apoiar minha iniciativa;

Aos colegas de trabalho da CGDANT/MS, que “seguraram a onda” nas minhas ausências e me alimentaram com a expectativa sobre o estudo;

A todos os atores da promoção da saúde no SUS que contribuíram direta e indiretamente para realização do estudo;

Aos meus amigos Geórgia Albuquerque, Wilson Damascena e Rosangela Braz, pelo apoio logístico e moral que me fortaleceram na caminhada;

Ao Sr. Adailton, um “Hermes” neste trabalho;

Aos meus colegas de turma pelo conhecimento socializado e ressignificado a cada discussão;

À DIREB Brasília e ao CPqAM/Recife pelo esforço e atenção dispensados à nossa turma de mestrado profissional.

CRUZ, Danielle Keylla Alencar. Da promoção à prevenção: o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

Nos anos 80 a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, foi um marco nas discussões sobre promoção da saúde no mundo. No Brasil, a promoção da saúde destacava-se no cenário de criação do Sistema Único de Saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde, contextualizada no conceito amplo de saúde que contemplava os determinantes sociais imbricados na sua construção. As discussões sobre Cidades Saudáveis desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde e universidades brasileiras ajudaram a pautar a promoção da saúde no Ministério da Saúde nos anos 90. Em 1998, o Ministério da Saúde iniciou na Secretaria de Políticas de Saúde as discussões sobre promoção da saúde no SUS. Em 2003 a promoção da saúde foi realocada na Secretaria Executiva, onde foram produzidas novas discussões. Em 2004, a importância do enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis no cenário epidemiológico mundial foi enfatizada no documento da Estratégia Global. Nesse mesmo ano, a promoção da saúde foi transferida para a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), locus responsável pelo processo de aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006. O objetivo do estudo foi descrever o processo de formulação e aprovação da PNPS no período de 2003 a 2006 e analisar aspectos relacionados ao contexto, processo, conteúdo e atores. Trata-se de um estudo de caso com abordagem metodológica qualitativa, no qual foram analisados documentos e entrevistados nove atores do processo estudado. Entre os resultados encontrados destacam-se a influência do documento da Estratégia Global para alimentação, atividade física e saúde no processo de formulação e no conteúdo da PNPS; o duplo discurso sobre promoção da saúde presente no conteúdo; a escolha das ações prioritárias da PNPS centralizada nos atores governamentais e o reducionismo do conceito e ações de promoção da saúde provocados por sua alocação na SVS do Ministério da Saúde.

Palavras-chaves: Políticas Públicas de Saúde; Formulação de Políticas; Promoção da Saúde; Política de Saúde.

CRUZ, Danielle Keylla Alencar. From promotion to prevention: the process of the National Health Promotion Policy formulation in the period from 2003 to 2006. Dissertation (Master's in Public Health) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

### **ABSTRACT**

In the 80's the first International Conference on Health Promotion held in Ottawa, Canada was a landmark in the health promotion discussions in the world. In Brazil health promotion is highlighted in the scenery of the creation of the Brazilian Health System – SUS at the 8<sup>th</sup> National Health Conference, contextualized in the broad concept of health that considered social determinants deeply inserted in its construction. The discussions on Healthy Cities developed by PAHO – Pan American Health Organization and Brazilian universities aided in placing health promotion within the Ministry of Health in the 90's. In 1998, the Ministry of Health began at its Health Policy Secretariat the discussions about health promotion within SUS. In 2003 health promotion has been relocated to the Executive Secretariat where new discussions took place. In 2004 the importance of tackling chronic non communicable diseases in the world wide epidemiological scenario, was emphasized by the Global Strategy document. In that same year, health promotion was transferred to the Health Surveillance Secretariat (SVS), the place for the approval of the National Policy of Health Promotion (PNPS) in 2006. The aim of the project was to describe the formulating and approval process of the PNPS in the 2003 to 2006 period and analyze aspects related to context, process content and actors. It is a case study with qualitative methodological approach, in which documents were analyzed and nine actors of studied process were interviewed. Among the results found outstood the influence of the Global Strategy for diet, physical activity and health in the formulation process and content of PNPS, the double discourse on health promotion was present in the content, in the choice of priority actions of the PNPS centered on the government actors and on the reductionism of the concept and action of health promotion caused by its placement in the Health Surveillance Secretariat (SVS) of the Ministry of Health.

Key words: Public Health Policies; Policy Formulation of; Health Promotion; Health Policy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro I – Sistematização dos depoimentos do atores	54
Figura 1 – Modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead com contribuição de Buss; Pellegrini Filho (2007)	83
Figura 2 – Participação dos atores na linha histórica da construção da PNPS	97

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
MS – Ministério da Saúde  
ME – Ministério do Esporte  
SPS – Secretaria de Políticas de Saúde  
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde  
SE – Secretaria Executiva  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
EG – Estratégia Global  
CGDANT – Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis  
ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
PSF – Programa Saúde da Família  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
ABC – Agência Brasileira de Cooperação  
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
DAPES – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas  
INCA – Instituto Nacional do Câncer  
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
CGPNPS – Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde  
CIT – Comissão Intergestora Tripartite  
CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde  
CDSS – Comissão de Determinantes da Saúde  
ONG – Organização Não-Governamental  
USP – Universidade de São Paulo  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
SUS – Sistema único de Saúde  
DASIS – Departamento de Análise de Situação de Saúde  
GT – Grupo de Trabalho  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CF – Constituição Federal  
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco  
UFPEl – Universidade Federal de Pelotas  
UFG – Universidade Federal de Goiás  
UNICAMP – Universidade de Campinas  
PUC-PR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
ENSP – escola Nacional de Saúde Pública  
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 Promoção da saúde: marcos históricos de sua construção nos anos 70 ...	11
1.2 Anos 80: políticas públicas e a participação social para produção da saúde e melhoria da qualidade de vida .....	13
1.3 Anos 90: promoção da saúde, ambientes e desenvolvimento sustentável – o fortalecimento do discurso na agenda mundial.....	15
1.4 Ano 2000: “das idéias às ações” .....	19
<b>2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS</b> .....	20
2.1 A 8ª Conferência Nacional de Saúde como ponto de partida .....	20
2.2 A institucionalização da Promoção da Saúde no SUS no período de 1992 a 2006 .....	21
2.3 A Política Nacional de Promoção da Saúde.....	29
2.4 Estudo de políticas públicas de saúde.....	31
<b>3 O OBJETO DO ESTUDO</b> .....	34
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	35
4.1 Objetivo Geral.....	35
4.2 Objetivos Específicos .....	35
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	36
5.1 O método de análise .....	40
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	42
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	43
<b>7.1 O Contexto</b> .....	43
7.1.1 O macrocontexto .....	43
7.1.2 O microcontexto .....	45
<b>7.2 O Processo</b> .....	50
7.2.1 Um passo atrás no tempo para entender a história: os caminhos da promoção da saúde no Ministério da Saúde .....	52
<b>7.3 O Conteúdo</b> .....	67
7.3.1 Breve histórico sobre as principais contribuições para construção do conteúdo da PNPS 2006.....	68
7.3.2 Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 .....	71
7.3.2.1 O conceito de saúde a partir da Introdução da PNPS .....	72
7.3.2.2 A compreensão sobre promoção da saúde na PNPS .....	73
7.3.2.3 A PNPS e os princípios e diretrizes do SUS .....	75
7.3.2.4 A promoção da saúde e a vigilância em saúde no conteúdo da PNPS.....	77
7.3.2.5 Sistematizando os elementos do conteúdo introdutório da PNPS .....	80
7.3.2.6 Objetivos e estratégias de implementação da PNPS .....	81
<b>7.4 Os Atores</b> .....	92
7.4.1 Os atores do processo de formulação da PNPS .....	92
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	100
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	105
<b>APÊNDICE A</b> .....	115
<b>APÊNDICE B</b> .....	116

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Promoção da saúde: marcos históricos de sua construção nos anos 70

O termo promoção da saúde foi mencionado em 1946 por Sigerist, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação (BUSS, 2003). “Era o movimento da medicina preventiva que começava a surgir entre o período de 1920 e 1950, em um contexto de crítica à medicina curativa” (WESTPHAL, 2006, p. 640).

A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada por Leavell e Clark no livro *Medicina preventiva*, publicado pela primeira vez em 1958. Nele, os autores discutem três conceitos no campo da medicina preventiva: 1) a tríade ecológica, que trata do modelo de causalidade das doenças a partir da interação entre agente, hospedeiro e meio ambiente; 2) o conceito de história natural das doenças, que compreende “[...] as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento [...]” e 3) o conceito de *prevenção*, definido como ação antecipada baseada na história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (LEAVELL; CLARK, 1976).

Para os autores, a prevenção apresenta-se em três partes: primária, secundária e terciária, correspondendo seu desenvolvimento, respectivamente, aos seguintes períodos: pré-patogênese, patogênese e desenlace (morte, invalidez ou cura). No contexto da medicina preventiva de Leavell e Clark, a promoção da saúde aparece compondo as ações que devem ser desenvolvidas e observadas na prevenção primária juntamente com ações de proteção específica.

A abordagem trazida por Leavell e Clark para a promoção da saúde significou um avanço para esta área, dada a concepção da doença ser oriunda da multicausalidade promovida pela interação de multifatores, transcendendo a então perspectiva linear de causa da doença preconizada pelo movimento “contagacionista” (CURSO..., 2010. p. 14), que enfatizava a relação entre o agente etiológico com as transformações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas, que acabavam por secundarizar o sujeito no processo de adoecimento. Porém, encontrava-se limitada quando focava os fatores determinantes

essencialmente sob o domínio dos sujeitos, não sendo adequada ao enfrentamento das doenças crônicas que já na década de 60 apresentavam-se como um grave problema de saúde pública.

Em 1974, tendo como base o modelo de campo de saúde formulado por Laframboise no ano anterior, segundo o qual a saúde é determinada por múltiplas variáveis denominadas *determinantes sociais*, é divulgado o documento *A New Perspective on the Healthy of Canadians* que ficou conhecido como Informe Lalonde, em homenagem ao então ministro de saúde do Canadá (CARVALHO, 1996) e que inaugurou a “promoção da saúde moderna” (CARVALHO, 2005, p. 41).

O Informe Lalonde, marco do desenvolvimento do Movimento da Promoção à Saúde no Canadá, afirma que a saúde é determinada por múltiplos fatores agrupáveis em quatro categorias que constituem o chamado “campo da saúde”:

- Biologia Humana – que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- Ambiente – agrupa os fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle;
- Estilos de vida – o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere, por exemplo a suas atividades de lazer e alimentação, estando portanto parcialmente sob seu controle.
- Organização da Atenção à Saúde – disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde (CARVALHO, 1996, p.105).

O Informe Lalonde preconiza que “as ações de saúde devam ter como objetivos adicionar anos à vida e vida aos anos, ou seja, garantir a qualidade de vida de indivíduos e coletivos” (CARVALHO, 2004, p. 670).

Foram apontadas no documento cinco estratégias para abordar os problemas do campo da saúde, entre elas a promoção da saúde, que foi estabelecida para “informar, influenciar e assistir a indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde” (BUSS, 2003, p. 23).

Em setembro de 1978 foi realizada em Alma-Ata, na então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, que expressou a necessidade dos governos, trabalhadores de saúde e do âmbito do desenvolvimento social promoverem a saúde de todos os povos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1978).

A Conferência de Alma-Ata traz a saúde como um direito humano fundamental e diz ser a mais importante meta social-mundial a consecução do mais alto nível possível de saúde. Destaca os cuidados primários de saúde como essenciais e o direito e dever dos povos em participar do planejamento e da execução de seus cuidados de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1978).

A Declaração de Alma-Ata destaca ainda a promoção e proteção da saúde da população como “indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1978, p. 3).

No processo de construção e fortalecimento da promoção da saúde como estratégia de melhoria da qualidade de vida, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, foi sem dúvida marcadora dos esforços para construção de ferramentas teóricas e metodológicas para a promoção da saúde. A meta colocada pela Conferência de “Saúde para todos no ano 2000” repercutiu em quase todos os sistemas de saúde do mundo e difundiu o conjunto de oito elementos essenciais para alcançá-la, entre eles: o abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar e distribuição de medicamentos básicos (BUSS, 2003).

## **1.2 Anos 80: políticas públicas e a participação social para produção da saúde e melhoria da qualidade de vida**

Em 1981 foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, que introduziu nas discussões sobre Promoção da Saúde a determinação social da saúde, imprimindo ao contexto social o poder de moldar o comportamento individual, admitindo-se que a escolha do estilo de vida dependia da classe social (BUSS; FERREIRA, 2002).

Segundo esses autores a visão ampliada trazida pela determinação social de saúde implicava numa promoção da saúde atuando sobre as iniquidades, estendendo o âmbito da prevenção e apoiando a população no enfrentamento

dessas circunstâncias. Desta forma, a promoção da saúde passa a ter como base orientação os fatores sociais e ambientais. Segundo Buss e Ferreira (2002, p. 13):

Em 1984, sob a liderança do ministro Jake Epp, em uma conferência canadense denominada “Além do Cuidado da Saúde”, com a participação do Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde (EURO/OMS), dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável. Admitiu-se, 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, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais. A estratégia de atenção primária de saúde (Alma-Ata) com o enfoque multi-setorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental. (Buss e Ferreira, 2002, p. 13).

Era o aparecimento da vertente sócio-ambiental também conhecida como “Nova Promoção da Saúde” (CARVALHO 2004, p. 671).

Segundo Carvalho (2004) e Buss, Ferreira (2002), essa nova compreensão motivou a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no ano de 1986, com o apoio da Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública.

Carvalho (2004) afirma que as idéias e diretrizes desse movimento foram sistematizadas na Carta de Ottawa, marco mundial do movimento de Promoção da Saúde na década de 80. A Carta de Ottawa define que promoção da saúde:

é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo e aponta como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, educação, habitação, alimentação, equidade, entre outros (BRASIL, 2002, p. 19).

Esse documento agrega à Promoção da Saúde conceitos como autonomia e empoderamento dos indivíduos, vislumbrando a participação social nos processos de construção da saúde. Além disso, demarcou a saúde como sendo “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BUSS, 2003, p.19). Traz como principais estratégias:

Construir políticas públicas saudáveis: a. colocar a saúde na agenda dos políticos e dos decisores; b. fazer das escolhas saudáveis escolhas fáceis;

Desenvolver habilidades pessoais: a. facilitar/possibilitar/apoiar que pessoas aprendam com a vida e prepará-las para enfrentar diferentes desafios e possibilidades; b. desenvolver habilidades de pessoas, famílias, grupos,

organizações, capacitando-os para análise e para a ação (CARVALHO, 2004, p. 672).

A ideia moderna de políticas públicas saudáveis compreende o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença (BUSS, 2000).

Essa compreensão é reforçada na II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, em 1988, que teve como tema central as políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2002, p. 35).

Nessa conferência foram reafirmadas as cinco linhas de atuação apresentadas na Carta de Ottawa, a saber:

1. Elaboração e implementação de “políticas públicas saudáveis”;
2. Criação de “ambientes favoráveis à saúde”;
3. Reforço da “ação comunitária”;
4. Desenvolvimento de “habilidades pessoais”;
5. “reorientação do sistema de saúde” (BUSS, 2003, p. 26).

A Carta de Adelaide destaca que as “políticas públicas saudáveis” estabelecem o ambiente favorável ao desenvolvimento das demais linhas propostas na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002, p. 35).

Segundo Buss, na conferência de Adelaide é afirmada a “visão global e a responsabilidade internacionalista” (2003, p.26) da promoção da saúde, a partir do estabelecimento de compromissos para os países desenvolvidos em implementar políticas públicas que impactassem positivamente na saúde das nações em desenvolvimento.

### **1.3 Anos 90: promoção da saúde, ambientes e desenvolvimento sustentável – o fortalecimento do discurso na agenda mundial.**

Em 1991, foi realizada a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Sundsvall, Suécia, que pautou a importância da criação de ambientes favoráveis à promoção da saúde conformados a partir de quatro aspectos:

1. Dimensão social, que observa as implicações de normas, costumes e processos sociais na saúde;
2. Dimensão política, requerendo dos governos a garantia da participação democrática nos processos decisórios, a descentralização de recursos e o compromisso com os direitos humanos e a paz e realocação de recurso oriundos da corrida armamentista;
3. Dimensão econômica, requerendo o escalonamento de recurso para a saúde e o desenvolvimento sustentável;
4. A necessidade de utilizar e reconhecer a capacidade e o conhecimento das mulheres para o desenvolvimento de infraestrutura positivas ao favorecimento de ambientes saudáveis (BRASIL, 2002, p. 42).

Para Buss (2003, p. 29), a Conferência de Sundsväl traz, “com notável potência, o tema do ambiente para a arena da saúde”, apreendendo-o de maneira transcendente ao aspecto físico, destacando as dimensões sociais, políticas, culturais e econômicas que também o compõe.

Para o desenvolvimento de ambientes favoráveis no âmbito da comunidade, essa Conferência propôs quatro estratégias consideradas fundamentais:

1. Reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres;
2. Capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão;
3. Construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis;
4. Mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2002, p. 43).

Em 1992 foi realizada em Bogotá, Colômbia, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na região das Américas, considerada por Carvalho (2008) como um dos marcos do fortalecimento da promoção da saúde no Brasil.

Nesse evento reuniram-se aproximadamente 550 representantes de 21 países, entre eles o Brasil, para discutir sobre a promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados à saúde da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1992).

A declaração de Santafé de Bogotá segue na linha de discussão trazida na conferência anterior sobre saúde e desenvolvimento, chamando atenção para a crise econômica e os programas de ajustes macroeconômicos como produtores de iniquidades sociais. Destaca a determinação social da saúde, firmando entre seus compromissos o impulso ao conceito de saúde condicionada aos fatores políticos,

econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológico, trazendo a promoção da saúde como estratégia para mudar estes fatores (BRASIL, 2002).

Alinhado com o movimento de promoção da saúde promovido pelas conferências internacionais, realizou-se no ano de 1993 em Porto of Spain, Trinidad e Tobago, a I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe.

A Carta do Caribe, como ficou conhecida, sintoniza suas proposições com as estratégias em desenvolvimento e com os programas para execução de estratégias de promoção da saúde definida no documento das Orientações Estratégicas e Prioridades Programáticas da Organização Pan-Americana de Saúde para o período de 1991 a 1994 (BRASIL, 2002).

A última conferência de Promoção da Saúde da década de 90 foi realizada em Jacarta, Indonésia, em 1997. Este evento oportunizou a avaliação das ações de promoção da saúde desenvolvidas anteriormente, afirmando a existência de provas de que: os enfoques abrangentes ao desenvolvimento da saúde são os mais eficientes; as localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes; a participação é essencial para dar apoio ao esforço; aprender sobre saúde fomenta a participação (BRASIL, 2002, p. 50).

Buss (2003, p. 31) afirma que:

se quisermos estabelecer uma analogia com as conferências anteriores, pode-se dizer que desde seu subtítulo, 'novos atores' para uma nova área, a conferência de Jacarta pretendeu ser uma atualização da discussão sobre um dos campos de ação definidos em Ottawa: o reforço da ação comunitária.

A Conferência de Jacarta contextualiza o desenvolvimento de ações de promoção da saúde nas grandes questões ameaçadoras da produção da saúde, tais como desenvolvimento urbano, o aumento de pessoas idosas, a prevalência de doenças crônicas, comportamento sedentário, resistência a medicamentos, uso de drogas e violência frente a chegada do século XXI (BRASIL, 2002).

Nessa década, observa-se que o desenvolvimento sustentável apresentado frente ao dilema *crescer sem degradar o meio ambiente* está presente nas discussões sobre promoção da saúde, direcionando as principais estratégias para o fortalecimento de indivíduos e comunidades para produção da saúde.

Organismos internacionais como a OMS são conclamados a coordenarem ações que busquem o desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde,

fomentando a participação social, a intersetorialidade e a mudança dos determinantes sociais que implicam na produção da saúde.

Um dos exemplos da mobilização para integração de governos de vários países do mundo em favor da Promoção da Saúde é a Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde, criada pela OMS em 1998, que pautou a importância do desenvolvimento de políticas de promoção da saúde (BRASIL, 2002).

A Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os 11 países com população igual ou maior a 100 milhões de habitantes até o ano 2000: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América (BRASIL, 2000).

O papel dos países membros dessa Rede é:

- Designar um consultor em promoção da saúde para servir como ponto focal;
- Manter a comunicação contínua no âmbito interno dos megapaíses e entre estes;
- Participar das atividades da Rede com outros megapaíses em uma atmosfera de parceria;
- Desenvolver uma rede de apoio para diversos setores, no âmbito de cada país, visando melhorar a capacidade operacional e disseminar estratégias;
- Fortalecer os esforços na sistematização de dados;
- Participar na avaliação da rede (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1998, p. 1).

O documento da Rede de Megapaíses parte da observação do impacto provocado pelo desenvolvimento econômico e crescimento na saúde mundial, para destacar 11 grandes questões que compõem as tendências globais de saúde, entre elas o duplo impacto das doenças transmissíveis e não-transmissíveis sobre os custos de saúde; o crescimento da população e mudanças demográficas; a urbanização crescente e o isolamento rural e desigualdades na distribuição de renda. Além disso, sugere *Estilo de Vida* como uma das quatro áreas estratégicas para o desenvolvimento da saúde, juntamente com curso de vida saudável, preservação do meio ambiente e preservação de assentamentos (BRASIL, 2002).

#### 1.4 Ano 2000: “das idéias às ações”

A perspectiva das políticas públicas saudáveis:

diferencia-se e ultrapassa em abrangência as ações ambientais da saúde pública tradicional. Implica uma abordagem mais complexa, devendo ser compreendida como uma (re)formulação inovadora tanto do conceito de saúde quanto do conceito de Estado e de seu papel perante a sociedade (BUSS, 2000, p. 174).

O papel dos governos na implementação de políticas públicas saudáveis e a intersectorialidade como estratégia principal para sucesso e ampliação do alcance dessas políticas são fortalecidos na V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México, México, em junho de 2000. Esse evento produziu suas discussões alinhadas com o debate da priorização da Promoção da Saúde nas políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais realizado nas conferências anteriores (BRASIL, 2002, p. 29).

A V Conferência reafirmou a importância das ações intersectoriais para garantir a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área de saúde (HEIDMANN, 2006).

A partir do reconhecimento da saúde como essencial ao desenvolvimento social, econômico e para equidade, a Declaração do México materializa seu tema em seis ações, dentre as quais se destacam a necessidade dos governos exercerem liderança para assegurar a participação da sociedade civil nas ações de promoção da saúde, estabelecendo e fortalecendo redes de saúde, e promover a construção de planos nacionais de promoção da saúde observando as prioridades em saúde, garantindo o apoio às pesquisas e ao fortalecimento da capacidade humana e institucional para desenvolvimento e acompanhamento dos planos (BRASIL, 2002, p. 31).

No fim da V Conferência Internacional, foi fortalecida a apresentação da promoção da saúde no discurso das políticas públicas saudáveis, entendendo-as como transcendente ao setor saúde e de responsabilidade dos governos e da população.

## 2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS

### 2.1 A 8ª Conferência Nacional de Saúde como ponto de partida

As discussões sobre promoção da saúde foram fortalecidas no Brasil em meados dos anos 80, com a realização da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986 no Canadá e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada no Brasil no mesmo ano (BUSS; CARVALHO, 2009, p. 2306).

Carvalho (2008) também destaca como marco do fortalecimento das discussões sobre promoção da saúde no Brasil a realização da 1ª Conferência Latino-Americana sobre Promoção da Saúde, organizada pela OPAS em Bogotá, Colômbia, em 1992, que trouxe as discussões e recomendações para promoção da saúde realizadas mundialmente nas conferências internacionais para o contexto político, social, cultural e econômico dessa região.

No contexto de redemocratização do país, realizou-se em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Nela a saúde foi discutida a partir da compreensão abrangente de sua construção, trazendo-a como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

O projeto político para o setor de saúde discutido na conferência tinha como base as premissas apontadas pelo Movimento de Reforma Sanitária desenvolvido na década de 70, que se constituía numa *reforma social* composta pelos seguintes elementos:

- a. democratização da saúde, que pautava, entre outras coisas, o acesso universal e igualitário aos SUS e a participação social no estabelecimento de políticas e na gestão;
- b. a democratização do Estado garantindo a descentralização das decisões;
- c. a democratização da sociedade e da cultura, seja por meio da justa distribuição de riquezas, ou da mudança de políticas públicas e de práticas de saúde ou por meio de uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2007, p. 151).

Em 1987, na oportunidade da convocação da Assembléia Nacional Constituinte, o Movimento Sanitário articulou-se com a rede parlamentar da saúde para pressionar a aprovação no texto constitucional da “saúde como direito de todos e dever do Estado”, (LUZ, 1991, p. 148), expresso no Art. 196 da Constituição Federal, complementado com a garantia do Estado em implementação de políticas sociais e econômicas que impactem na redução dos riscos à saúde e no acesso universal e igualitário aos serviços e ações para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998, p. 40).

Em 1990, a promoção da saúde aparece no texto da Lei nº 8.080/1990 que trata das condições para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e da organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 1990).

As discussões relativas à participação popular nas decisões de saúde apontadas na Carta de Ottawa como uma das estratégias para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e já referenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária nas décadas de 70 e 80, foram extremadas no SUS com a construção dos Conselhos de Saúde, representativos e deliberativos nas três esferas de gestão do sistema de saúde (BRASIL, 1990).

Nos anos 80 foram estabelecidas bases institucionais para o desenvolvimento da promoção da saúde no SUS.

## **2.2 A institucionalização da Promoção da Saúde no SUS no período de 1992 a 2006**

As primeiras iniciativas no SUS em desenvolver ações de promoção da saúde ocorreram no contexto de expansão da atenção básica em 1992 e com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (BUSS, 2009, p. 2306).

O PSF como estratégia de ser “porta de entrada” do sistema de saúde trouxe elementos da promoção da saúde para sua prática, que articulados com os princípios e diretrizes do SUS, contextualizam-se na atuação das equipes de saúde num território de saúde (BRASIL, 2007, p. 21).

Entretanto, as discussões sobre promoção da saúde eram fortalecidas no contexto do movimento de cidades saudáveis, fomentado no Brasil pela OPAS (MENDES, 2000).

Nos anos 90 aconteceram inúmeros eventos que pautaram as discussões sobre cidades saudáveis e promoção da qualidade de vida nas agendas políticas de vários municípios. Um dos mais importantes foi a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento, mais conhecida como ECO 92. Neste evento, líderes de 179 países e representantes da sociedade civil discutiram sobre como produzir desenvolvimento preservando a natureza. Dentre os resultados do encontro foi firmado um compromisso global entre os países materializado na Agenda 21, considerada a maior tentativa de estabelecer compromisso mundial para o que veio a se chamar “desenvolvimento sustentável” (BRASIL,2010).

Em 1995, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), na oportunidade da realização do Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Fortaleza, elaborou a Carta de Fortaleza, na qual assume publicamente o compromisso com o SUS e aponta a estratégia de Cidades Saudáveis como possibilidade de promover o deslocamento do foco na doença para integrar a promoção da qualidade de vida com evidente protagonismo do cidadão. Esse movimento fortaleceu as discussões sobre promoção da saúde no Ministério da Saúde (CURSO..., 2010, p. 25).

A partir desse marco, inúmeras propostas de implementação de iniciativas de Cidades Saudáveis começaram a ser incentivadas pela Organização Pan-Americana de Saúde e por técnicos canadenses e implementadas em vários estados brasileiros, como, por exemplo, Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais e Alagoas, com o apoio do CONASEMS (CURSO..., 2010, p. 25).

Em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) escolheu como tema do Dia Mundial da Saúde de 1996 o slogan *Healthy cities for better life*, que pode ser traduzido como *Cidades saudáveis para uma vida melhor*, fortalecendo a importância de se discutir as cidades e a melhoria da qualidade de vida.

Observa-se a existência de um contexto favorável a organização e desenvolvimento da promoção da saúde a partir do modelo de *cidades saudáveis*, que pode ajudar a explicar a forte influência da OPAS nas discussões sobre promoção da saúde no MS, especialmente no período de 1998 a 2002, verificadas nas entrevistas, nos documentos analisados e nos trabalhos de Mendes (2000) e Rocha (2001), sobre o movimento de cidades saudáveis no Brasil e o movimento de promoção da saúde na década de 90, respectivamente.

Em 1998 a Organização Mundial de Saúde lançou a Rede de Magapaíses, da qual o Brasil é partícipe, para discutir de forma central questões relacionadas ao desenvolvimento urbano, ao duplo impacto de doenças, a degradação do meio ambiente, entre outros (BRASIL, 2002, p. 53).

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde passou por uma reformulação da sua estrutura regimental promovida pelo decreto nº. 2.477/98, resultando, dentre outras coisas, na criação da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS).

Dentre as competências da Secretaria de Políticas de Saúde estava as de “promover a formulação e reorientação de políticas de saúde e de coordenar a implementação de políticas específicas, de caráter estratégico para o setor saúde” (BRASIL, 1998, p. 4).

Nesse espaço institucional foi formulado o projeto *Promoção da saúde, um novo modelo de atenção*, formalizado como Projeto BRA 98/006, em cooperação com o programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a agência Brasileira de Cooperação (ABC) e o Ministério da Saúde (CURSO..., 2010, p. 25), que desencadeia um esforço na introdução do tema no debate da saúde no país (BUSS, 2009).

O Projeto BRA 98/006 elencava como principais objetivos transformar o modelo de atenção vigente, assegurar a saúde individual nas dimensões física e mental, garantir a cidadania da população e promover a inter-relação saudável das pessoas com o seu ambiente, o domicílio, o trabalho, o lazer e o meio ambiente (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 1998).

Dentre os resultados esperados pelo desenvolvimento do Projeto BRA 98/006, constavam a elaboração de uma Política de Promoção da Saúde; a realização de um levantamento nacional sobre experiências de promoção da saúde no país; o desenvolvimento de estudos e pesquisas específicos em promoção da saúde; a capacitação de equipes nacionais e estaduais de educação e comunicação para desenvolver ações de promoção da saúde; a definição de indicadores e os incentivos financeiros para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e a realização de estudos sobre políticas e projetos que desenvolvem ações de promoção da saúde (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 1998, p.1).

Buss (2009) destaca que, como resultante da implementação do Projeto BRA 98/006, foi lançada a Revista Promoção da Saúde publicada entre 1999 e 2002.

Das seis edições da Revista encontradas na biblioteca do Ministério da Saúde, cinco delas apontaram as diretrizes e estratégias assumidas pelo Brasil para implementar a promoção da saúde. As mais evidentes eram *Municípios Saudáveis e Ambientes Saudáveis*, trazendo textos e exemplos de experiências nesse âmbito, desenvolvidas por cidades brasileiras (BRASIL, 1999-2002).

As experiências sobre municípios e ambiente saudáveis publicados na Revista caracterizavam-se pela diversidade. Eram dispostos em duas seções: Municípios Saudáveis e Ambientes Saudáveis. A primeira seção trazia exemplo de municípios que desenvolviam ações na perspectiva de Cidades Saudáveis. As experiências versavam sobre a articulação do setor de saúde com a comunidade, como a organização de catadores de lixo em cooperativas promovendo renda e sustentabilidade com as ações de reciclagem; sempre trazendo como pano de fundo o protagonismo local na melhoria da qualidade de vida.

A seção de ambientes saudáveis pautava iniciativas desenvolvidas em lócus determinados, como escola, hospital, clubes, comunidades.

Já em 2001, o 5º número da Revista destacou outras estratégias de promoção da saúde, apresentando o programa de atividade física Agita Brasil e as ações de rotulagem de alimentos com vistas à promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2001).

Em 2002, o Ministério da Saúde tornou público um documento intitulado Política Nacional De Promoção Da Saúde, informando tratar-se de uma versão preliminar (BRASIL, 2002).

Nesse documento, a promoção da saúde é contextualizada num mundo em desenvolvimento, mas que ainda não proveu às populações condições necessárias para se viver com mais qualidade. Ratifica a idéia da incapacidade do modelo de atenção – baseado no conhecimento biológico, centrado na doença – de responder aos elementos que constituem o processo de produção social da saúde (BRASIL, 2002, p.7).

O documento traz o aumento da morbimortalidade por causas externas e por doenças crônicas não transmissíveis como questões atuais de saúde. Aborda que a saúde está mais diretamente relacionada ao modo de viver do que com as

determinações genéticas. Problematisa esta compreensão destacando o sedentarismo, a alimentação não-saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o frenesi da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades como comportamentos diretamente ligados a produção das “didas doenças modernas” (BRASIL, 2002, p. 8).

Na versão da Política de Promoção da Saúde de 2002 os objetivos apontam para intervenções amplas, que levem em consideração os contextos econômicos, políticos, sociais e culturais, que tenham como imperativo ético a defesa da vida e o desenvolvimento humano. Também aparece no texto a necessidade de reduzir as desigualdades sociais e promover a qualificação do SUS, por meio do seu fortalecimento e redirecionamento de recursos (BRASIL, 2002, p. 28).

Elenca sete macroestratégias para efetivação dos objetivos propostos. Dentre eles aparecem a regulação dos entes federados sobre os fatores de proteção e promoção da saúde; o fortalecimento da comunidade; a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis com ênfase na alimentação saudável; atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo, (BRASIL, 2002, p. 29); temas que futuramente apareceriam na versão final da PNPS como “Ações específicas” (BRASIL, 2006, p. 27).

Para Buss (2009, p. 2306), esse documento não teve “vigência integral real” no interior do sistema de saúde, mas tem o mérito de ser um importante registro sobre a proposta formal de uma política de promoção da saúde pensada pelo Ministério da Saúde.

Em junho de 2003, o Decreto Presidencial nº 4.726, promove nova reformulação na estrutura regimental do Ministério da Saúde. Dentre as mudanças estavam a extinção da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e a criação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (BRASIL, 2003).

O desenvolvimento do Projeto BRA 98/006 é assumido pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde no período de agosto de 2003 a dezembro de 2004 (CURSO..., 2010).

Nesse tempo, as discussões anteriores contribuem na consolidação da perspectiva de que uma Política Nacional de Promoção da Saúde seria mais efetiva e capaz de operar de modo real no SUS à medida que se constituísse num

“dispositivo integrador da agenda de vários segmentos sanitários” (CURSO..., 2010, p. 27).

Ainda em 2003, o Ministério da Saúde constituiu o Grupo de Trabalho *Esporte, Lazer e Saúde*, formado por representantes da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do MS, da Política Nacional de Humanização, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), do CONASS e CONASEMS, do Ministério do Esporte e coordenadores de projetos de atividade física, lazer e práticas corporais do Recife (PE) e Campinas (SP), com o objetivo de promover estudos e análises técnicas para subsidiar o desenvolvimento de ações conjuntas entre os dois Ministérios e construir uma política governamental que integrasse suas ações nos âmbitos do esporte, lazer e saúde (BRASIL, 2003).

Outra ação que marcou a institucionalização da promoção da saúde no Ministério da Saúde nesse período foi a publicação da Portaria nº 936, em maio de 2004, que trata da estruturação da Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, localizada no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2004).

Em maio de 2004 é aprovado o documento da Estratégia Global de alimentação saudável, atividade física e saúde, apontando posicionamentos e ações que os países membros deveriam desenvolver para enfrentar o problema da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

No final de 2004, o acúmulo das discussões e a primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) são realocados na Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (CURSO..., 2010).

Mudanças na gestão do Ministério da Saúde (CURSO..., 2010, p. 27) e a publicação da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde pela OMS (BUSS, 2009) são apontadas como motivações para transferência da promoção da saúde para a SVS.

Na perspectiva de continuar com a construção da Política Nacional de Promoção da Saúde, a CGDANT trabalhou para ratificação da idéia de transversalidade discutida na proposta de PNPS anteriormente formulada, materializando essa compreensão na Portaria nº 1.190 de 14 de julho de 2005, que

instituiu o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS) (CURSO..., 2010).

A formação do CGPNPS compreende representantes:

1. Das Secretarias Nacionais de Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde, Gestão Participativa (SGEP), Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e Ciência, tecnologia e Insumos estratégicos (SCTIE);
2. Da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA);
3. Da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
4. Da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e
5. Do Instituto Nacional de Controle do Câncer (Inca) (BRASIL, 2005, p.108).

A Portaria do CGPNPS elencou entre suas atribuições as consolidações da proposta de Política Nacional de Promoção da Saúde e da Agenda Nacional de Promoção da Saúde 2005-2007, em sintonia com as políticas, prioridades e recursos de cada secretaria do Ministério da Saúde e com o Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2005).

No ano de 2005, a SVS focalizou a articulação entre promoção de atividade física e garantia de acesso à alimentação saudável, tendo como base o documento da estratégia Global da OMS (MALTA, 2009).

Em 25 de junho de 2005, embasado no discurso de que “os brasileiros precisam adotar hábitos saudáveis”, justificado pelo aumento da mortalidade provocada pelas doenças não-transmissíveis – infarto, derrame cerebral, enfisema, cânceres e diabetes – no Brasil e no mundo, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Brasil Saudável, que teve como objetivo estimular a população a adotar modos de vida diferentes, com ênfase na atividade física, na reeducação alimentar e no controle do tabagismo (BRASIL, 2005).

Com o objetivo de pactuar uma “Agenda Nacional de Prioridades em Doenças e Agravos Não Transmissíveis”, foi realizado de 20 a 22 de setembro de 2005 o I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, que agregou 200 representantes de Estados, Municípios, universidades e de outras áreas do MS em torno do tema (SILVA, 2007, p. 58).

A Agenda Nacional de Prioridades em Doenças e Agravos Não Transmissíveis pactuada no evento estava estruturada em 11 tópicos, desenvolvidos por meio de ações específicas. São eles:

1. Estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT e seus principais fatores protetores (FP) e de risco (FR);

2. Monitoramento dos fatores protetores (FP) e de risco (FR);
3. Apoio técnico;
4. Gestão (regulação, financiamento, RH, participação e controle social, responsabilidade, sustentabilidade);
5. Capacitação de RH;
6. Alimentação Saudável;
7. Atividade física;
8. Tabagismo;
9. Diabetes e hipertensão;
10. Envelhecimento ativo; e
11. Avaliação e apoio à pesquisa (SEMINÁRIO NACIONAL EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005, p. 72).

Ainda no ano de 2005, a SVS lança a Portaria nº 2.608 em 12 de dezembro, destinada ao financiamento direto de todos os Estados e capitais para desenvolvimento de ações no âmbito da Estratégia Global da OMS (BRASIL, 2005).

Em 2006, numa linha similar ao Projeto Brasil Saudável, o Ministério da Saúde lança o *Pratique Saúde*, uma campanha nacional de comunicação estruturada em módulos com informações à população relativa à redução dos riscos para doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006).

Em 23 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde configurava na pauta da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no item pactuações, juntamente com a Política Nacional de Atenção Básica. A PNPS foi pactuada nessa reunião. Na oportunidade, Jarbas Barbosa, então Secretário da SVS, assumiu o compromisso de organizar um seminário nacional sobre a PNPS (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2006).

Buss (2009) destaca que também em março de 2006, um ano depois do lançamento da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pela OMS, o presidente da República instituiu a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no âmbito do MS, sendo a primeira a se constituir no mundo.

O autor menciona que entre as principais recomendações da CNDSS estavam a criação de uma Câmara de Políticas Sociais no Gabinete Civil da Presidência da República e de uma Secretaria executiva no formato de *Secretaria Nacional de Promoção da Saúde e Atenção Básica*, que outorgaria à promoção da saúde a devida prioridade.

Em setembro de 2006, a SVS lança para estados e municípios editais para financiar projetos de incentivo às ações de vigilância de doenças e agravos não

transmissíveis, com ênfase na Estratégia Global da OMS, e de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde. (BRASIL, 2006a, 2006b).

O ano de aprovação da PNPS finalizou com a realização, no período de 1º a 6 de dezembro de 2006, do I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, com a participação de 400 convidados, entre gestores e profissionais de saúde das três esferas de gestão do SUS, representantes de outros Ministérios – Esporte, Cidades, Meio ambiente, etc –, pesquisadores nacionais e internacionais e representantes de Organizações Não-Governamentais (ONG) afins ao tema de Promoção da Saúde (SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2009).

Com o objetivo de propiciar espaços de discussão a PNPS foi debatida à luz dos determinantes sociais da saúde, da equidade, intersetorialidade e empoderamento dos indivíduos e coletivos para o desenvolvimento de ações locais. Além disso, foram apresentadas iniciativas de várias cidades brasileiras nos âmbitos das práticas corporais, tabagismo, álcool e outras drogas, prevenção de violência, alimentação saudável, entre outras (SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2009).

### **2.3 A Política Nacional de Promoção da Saúde**

Contemporânea do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada pela Portaria nº 687 de 30 de março de 2006, tem como objetivo geral “promover a melhoria da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes sociais” (BRASIL, 2006, p. 17).

Institucionalmente está contemplada nos Pactos em Defesa do SUS, Pela Vida e de Gestão. Mas, é no documento do Pacto Pela Vida que a Promoção da Saúde aparece com maior destaque, sendo uma das seis prioridades eleitas para receber atenção especial no processo de pactuação e implementação de ações no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde também está contemplada na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2007), e na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2003).

A PNPS está definida como política transversal, integrada e intersetorial; promotora do diálogo entre o setor sanitário, os outros setores do Governo e a sociedade; e articuladora de redes de compromisso e co-responsabilidade na sua implementação e gestão (BRASIL, 2006).

Apresenta como objetivo geral:

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso e bens de serviços essenciais (BRASIL, 2006, p. 17).

e aponta seis diretrizes para o seu desenvolvimento:

- I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental na busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
- III – Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e
- VI – Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2006, p. 19).

A PNPS elenca em seu conteúdo treze estratégias de implementação, preconizadas para o Ministério da Saúde, Estados e Municípios, de acordo com a responsabilidade cabível a cada esfera de gestão do SUS (BRASIL, 2006, p. 19). Aponta, ainda, as responsabilidades de cada uma dessas esferas de gestão para com a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Apresentadas como *Ações específicas* para o biênio 2005-2007, são elencadas oito ações voltadas para a divulgação e implementação da Política Nacional de promoção da saúde; 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 de violência e estímulo à cultura de paz e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006, p. 27).

A PNPS vem sendo diretamente implementada há aproximadamente cinco anos pela SVS, especificamente pelo departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS), destacando-se nesse processo as publicações de editais e portarias de financiamento de projetos de promoção da saúde desenvolvidos por Estados e Municípios (BRASIL, 2006), e sua corroboração no Programa Mais Saúde 2008-2011, como Eixo 1, que contempla desde a ampliação do número de municípios com projetos de atividade física até a implementação do Programa de Saúde nas Escolas em articulação com o Ministério da Educação, beneficiando pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas (BRASIL, 2007, p. 16).

Todo esse contexto creditou o Ministério da Saúde como lócus institucional do estudo em foco e suscitou sua questão central: como ocorreu o processo de formulação da PNPS no período de 2003 a 2006?

## **2.4 Estudo de políticas públicas de saúde**

Segundo Arretche (2003, p.7) há um recente crescimento no Brasil de estudos de políticas públicas. A autora relaciona o grande interesse por esta temática às mudanças recentes na sociedade brasileira, destacando o intenso processo de inovação e experimentação em programas governamentais, a abertura de oportunidades à participação nas mais diversas políticas intersetoriais, entre outros, como disparadores do despertar da curiosidade dos pesquisadores sobre *micro* mecanismos de funcionamento do estado brasileiro.

Há várias definições sobre políticas públicas, porém, essencialmente, estas últimas são imputadas à função do Estado.

Política pública é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade (HOLFLIN, 2001. p. 31); “é a alocação oficial de valores para toda a sociedade” (EASTON apud HEIDEMANN; SALM, 2009, p. 29).

A construção de políticas públicas compreende quatro etapas ou fases: a da decisão política de resolver determinando problema social; a da implementação,

entendida como materialização das decisões; a observação da satisfação das partes interessadas com o desenvolvimento da política e, por fim, a avaliação da política. (HEIDEMANN; SALM, 2009, p. 34).

Viana (1996) apresenta outras etapas com base nos estudos de Laswell (1962), que também se organizam em quatro momentos: construção da agenda; formulação de políticas, implementação de políticas e avaliação de políticas.

De fato, o processo de formulação de política inicia-se com a decisão que conduz a elaboração e implementação de uma política, compreendendo neste caminho etapas como a identificação do problema, a análise das causas, a identificação das alternativas e a escolha de uma delas para constituir-se em resposta social ao problema que se apresenta (PELLEGRINE, 2004).

Labra (1999, p. 34) destaca que:

[...] a análise de política pública é um campo complexo, dinâmico e mutante, exigindo do estudioso um cabedal de conhecimentos teóricos e de dados empíricos suficientes para que possa entender e explicar o que fazem os governos, como e por que o fazem [...].

A autora enfatiza que na literatura há inúmeros modelos teóricos para análise de políticas públicas, num esforço em representar o tipo ideal para avaliar determinada política.

Viana (1996) nos apresenta diversos modelos explicativos para cada uma das quatro etapas de construção de políticas públicas: formação da agenda, formulação, implementação e avaliação.

A autora, com base em Kingdon (1984), apresenta três elementos constituintes da formação da agenda, pontuando assuntos que há anos preocupa o país, mas que não receberam atenção do governo (agenda não-governamental); assuntos que merecem atenção do governo (agenda governamental) e assuntos a serem decididos (agenda de decisão). Nesta discussão a autora aborda os elementos que determinam a escolha de um problema como político.

No âmbito da formulação de políticas, Viana (1996) destaca as produções de Hoppe, Schneider, De Graaf, Dijk (1985) para fundamentar as fases de elaboração de alternativas e escolha de uma delas. Segundo ela, para estes autores, é possível desmembrar a fase de formulação em três etapas, compreendendo: dados que se transformam em informações relevantes; ideias, ideologias e valores combinando-se com informações factuais para produzir conhecimentos sobre ação orientada e, por

fim, a transformação deste conhecimento em ação pública. A autora destaca nas contribuições de Anderson (1975) as três questões que devem ser respondidas no processo de formulação de políticas: como os assuntos chamam a atenção dos *fazedores*; como são formulados e como uma determinada proposição é escolhida dentre alternativas.

Também foram encontrados na literatura nove modelos chamados conceituais para examinar políticas públicas, abordando tanto as fases de sua construção como os principais elementos determinantes de sua conformação enquanto tal (DYE, 2009).

Tanto Dye (2009) como Viana (1996), trazem o conteúdo, os atores, o processo e o resultado nas suas produções, não necessariamente denominados desta forma, mas correspondente quando contextualizados no processo de análise de políticas apresentados por eles.

Ainda na análise da literatura, foram identificadas as contribuições, no campo da fundamentação teórica sobre análise de políticas públicas, de Araújo e Maciel Filho (2001, p. 204), que chamam atenção para a *análise de política* como uma técnica de estudo que permite formar uma opinião acerca de determinada política pública. De acordo com os interesses e do ponto do qual se interpreta e analisa, podem-se obter diversos julgamentos sobre a mesma, possibilitando comparações com outras.

Com base no método de análise desenvolvido por Walt e Gilson (1994), os autores propõem a análise de políticas públicas de saúde a partir de quatro categorias que se entrelaçam e se influenciam mutuamente no processo, que são: o contexto, os atores, o processo e o conteúdo.

Para os autores, o *contexto* traduz elementos relacionados a questões econômicas, sociais e políticas setoriais; o *conteúdo* engloba projetos, programas que dão a direção à política estudada; o *processo* refere-se à decisão tomada e à implementação da política e os *atores* são indivíduos, organizações e instituições que estão relacionados com a política analisada.

O método de análise de política de saúde adaptado por Araújo e Maciel Filho (2001) foi utilizado como modelo teórico no desenvolvimento desse estudo, por considerarmos estarem nele compreendidas as principais categorias de análise de políticas públicas, sendo possível lançar luz ao processo de formulação da PNPS no Ministério da Saúde no período de 2003 a 2006.

### 3 O OBJETO DO ESTUDO

O estudo proposto teve a pretensão de responder sobre como ocorreu o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde pelo âmbito federal da gestão do SUS no período de 2003 a 2006, considerando os objetivos, princípios e diretrizes do documento de institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a opinião dos atores.

A delimitação do período deve-se às informações encontradas na literatura (CASTRO; MALO, 2006; ROCHA, 2001) sobre a origem do movimento da promoção da saúde no Brasil na década de 90 e a sua importância ao ajudar a pautar esta questão na agenda das discussões do Ministério da Saúde, especialmente em 1999.

Os documentos consultados apontaram 2003 como o ano em que iniciativas importantes fortaleceram a retomada do processo de construção e lançamento de uma política nacional de promoção da saúde como, por exemplo, a criação do grupo de trabalho *Esporte, Lazer e Saúde* para discutir e apresentar uma política interministerial (BRASIL, 2003).

O interesse pelo estudo originou-se das inquietações emergidas do trabalho desenvolvido durante três anos no Ministério da Saúde com a implementação, monitoramento e avaliação da PNPS.

Além disso, a literatura consultada traz informações sobre a promoção da saúde no Brasil, mas pouco ou nada se fala sobre sua formulação pela esfera federal de gestão do SUS, principal responsável pela sua difusão, o que despertou o interesse em contribuir para construção de conhecimentos que possam ser considerados em processos futuros de revisão da PNPS e de decisão para implementação dessa política.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Descrever o processo de formulação da PNPS no período de 2003 a 2006.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o CONTEXTO sócio-histórico da construção da PNPS e suas diretrizes na esfera de gestão do Ministério da Saúde;
- b) Descrever o PROCESSO de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando o processo de pactuação de compromissos e a descentralização da gestão do SUS;
- c) Analisar o CONTEÚDO da Política Nacional de Promoção da Saúde em relação aos elementos constitutivos da promoção da saúde;
- d) Identificar os ATORES envolvidos na formulação da PNPS.

## 5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo proposto se configura como estudo de caso com emprego do método qualitativo, uma vez que este preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Além disso, fornece análises mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, entre outros (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 269).

O estudo de caso vem se firmando como uma estratégia de pesquisa muito utilizada para estudos de acontecimentos contemporâneos, transcendendo ao lugar que alguns autores lhe atribuíam, qual seja, o de ser complementar ou tão somente a fase exploratória de uma pesquisa.

Esse tipo de estudo permite que o pesquisador pergunte *como* ou *por que* sobre um conjunto de acontecimentos, sobre os quais o pesquisador possui pouco ou nenhum controle (YIN, 2005, p. 28).

A tendência de um estudo de caso é a de “esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados” (SCHRAMM apud YIN, 2005. p. 31).

Neste sentido, o desenho de *estudo de caso* apresentou-se como a escolha da estratégia de pesquisa ideal para lançar luz sobre o fenômeno estudado.

As técnicas utilizadas neste estudo foram: a revisão bibliográfica, a análise documental e a aplicação de entrevistas semi-estruturadas.

Segundo Marconi e Lakatos (2007, p. 278), a entrevista é um instrumento básico para coleta de informações. No método qualitativo são pouco estruturadas para favorecer o interesse do pesquisador que é o de “conhecer os significados que o entrevistado dá aos eventos e fenômenos da vida cotidiana, utilizando seus próprios termos”.

Para esses autores, as entrevistas permitem a abordagem de temas complexos que possivelmente seriam abordados com dificuldade pela aplicação de questionários. Além disso, possibilitam a construção do diálogo entre entrevistador e entrevistado que pode promover a descontração e focalização necessárias ao desenvolvimento do *encontro* do pesquisador com os atores do processo ou objeto investigado.

As entrevistas podem ser entendidas como “conversas com finalidade” e se classificam de acordo com sua organização: sondagem de opinião, entrevista semi-estruturada, entrevista aberta ou em profundidade, entrevista focalizada e entrevista projetiva (MINAYO, 2005, p. 91).

No presente estudo a escolha pela realização de entrevista semi-estruturada deveu-se as seguintes características: possibilita ao entrevistado discorrer sobre a questão sem perder o fio da pergunta inicial; permite que o entrevistador incremente uma questão como complementar ou não a algum elemento trazido pelo entrevistado; estrutura-se a partir de um roteiro, considerado essencial para garantia das variáveis e indicadores necessários à construção de dados empíricos que possam lançar luz ao objeto estudado (MINAYO, 2005, p. 136).

O roteiro das entrevistas foi construído à luz dos objetivos propostos pelo estudo e encontra-se no Apêndice A desse trabalho.

Os atores a serem entrevistados foram inicialmente identificados a partir de dois documentos: a Portaria Interministerial nº 2.255, de 20 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003), que identifica nominalmente os componentes do grupo técnico que trabalhou na proposta de interação entre saúde, esporte e lazer e o documento da Política Nacional de Promoção da Saúde que identifica seus elaboradores.

Não sendo possível mensurar a quantidade de entrevistas necessárias à obtenção das respostas às questões de estudo propostas, foi empregada a técnica de saturação, com a qual, a partir da orientação dos objetivos da pesquisa e de categorias de análise, é possível identificar a presença de elementos comuns nos discursos e ver-se rarear informações novas, levando o pesquisador a finalizar as entrevistas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Para garantir confiabilidade e cientificidade à decisão do pesquisador, a possibilidade de cessação das entrevistas foi analisada continuamente à luz dos objetivos do estudo e das categorias de análise propostas (contexto, processo, conteúdo e atores).

Foi elaborada uma primeira lista com 19 nomes, oriundos dos dois documentos referidos anteriormente.

Após a identificação de questões referentes à distância do entrevistado em relação ao Estado de residência do entrevistador – que inviabilizaria a pesquisa dado o tempo e o recurso disponível para sua realização – e a impossibilidade de

encontrá-los em agendas externas do Ministério da Saúde ou eventos em Brasília promovido pela CGDANT, a lista inicial reduziu-se a seis informantes.

Dentre os seis nomes, não conseguimos encontrar um deles nos contatos telefônicos identificados e um outro informante não possuía agenda para fornecer a entrevista no período solicitado.

As entrevistas foram iniciadas com os quatro nomes restantes. Logo no primeiro contato foram indicados vários outros nomes de atores que participaram do processo de formulação da PNPS. Foi elaborada uma nova listagem com contatos. Foram agregados ao conjunto de entrevistados mais oito atores, perfazendo um total de doze possíveis entrevistados.

As entrevistas continuaram com os atores residentes no Distrito Federal, que atuavam ou não no Ministério da Saúde, seguidas dos atores que residiam em outro Estado, mas que se fizeram presentes em eventos do Ministério da Saúde e se disponibilizaram a contribuir com o estudo.

Após emprego da técnica de saturação, identificamos que os elementos centrais do estudo estavam presentes em nove entrevistas realizadas, não sendo necessário proceder com as demais.

As nove entrevistas foram gravadas em aparelho de gravação digital. As transcrições foram feitas por pessoal especializado, contratados para tal fim.

Cada transcrição foi inicialmente lida sem o apoio do áudio da entrevista e depois relida e escutada simultaneamente para verificar possíveis erros de transcrição relativos aos nomes próprios, de instituições, de eventos ou de documentos informados pelos entrevistados, além de trechos incompletos possíveis de serem complementados com uma segunda escuta.

Cada trecho da transcrição identificado com erro teve seu texto corrigido.

Somente após esse processo as transcrições foram impressas para análise do conteúdo das falas.

Em relação aos documentos de estudo, foram identificados os seguintes documentos-base: as publicações da Política Nacional de Promoção da Saúde; a série Pactos (Pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão); o documento da Estratégia Global publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde em 2003 e a ratificação da Estratégia Global pela Organização Mundial da Saúde em 2004; a Portaria Interministerial nº 2.255, de 20 de novembro de 2003; a Portaria nº 596, de 8 de abril de 2004 e a Portaria nº 1.190, de 14 de julho de 2005.

Sobre a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, foi analisada a primeira edição, tendo a segunda servido como suporte para informações relativas aos anexos, já que não há diferença de conteúdo entre as duas.

A terceira edição da PNPS foi arrolada ao estudo apenas como referência ao financiamento dos projetos de promoção da saúde, já que, assim como as anteriores, não traz modificação no conteúdo da PNPS.

A técnica empregada para análise dos documentos e das entrevistas foi a análise de conteúdo, definida por Berelson (apud BARDIN, 1977, p. 31) como “técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas comunicações”.

As análises dos documentos e das entrevistas foram orientadas pelas categorias definidas no estudo - contexto, atores, processo e conteúdo – buscando a identificação e agrupamento, na categoria correspondente, de estruturas (frases) textuais que expressassem ideias e possibilitassem a ‘desocultação’ da mensagem lida, bem como, fornecesse elementos para compreensão do objeto estudado (BARDIN, 1977).

Para Minayo (2005, p.69) o traço essencial do compreender é o fato de que o sentido do peculiar é sempre resultante do contexto e, em última análise, do todo.

Nesta perspectiva, foram observadas no processo analítico as considerações de Fairclough (2001, p.67) sobre o discurso ser uma prática, não apenas uma representação do mundo.

Pretendeu-se estabelecer uma ponte entre as linguagens faladas e escritas para lançar luz ao objeto estudado.

Para tanto, visando favorecer o diálogo entre os atores entrevistados, o conteúdo estudado e a literatura, privilegiamos as produções de Traverso-Yépez (2007), que trata da análise do conteúdo da Política Nacional de Promoção da Saúde; Buss; Pellegrini Filho (2007), que pautam a discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde no desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde e Carvalho (2005), que traz o histórico das correntes de promoção da saúde no Canadá e seu desenvolvimento a partir do Movimento de Saúde Coletiva no Brasil.

## 5.1 O método de análise

A análise de política é considerada uma técnica de estudo que permite formar opinião sobre determinada política pública (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006).

Por análise de política pública compreende-se o exame da “engenharia institucional” e dos traços que constituem os programas. Os diversos modos como são formuladas e implementadas as políticas públicas produzem características variadas de sua conformação. O processo de análise permite a reconstituição dessas características, de forma à “apreendê-las em um todo coerente e compreensível” (ARRETCHE, 2009, p. 30) por meio do processo de análise.

Portanto, a análise de políticas tem como objetivo intervir na política analisada, podendo reformulá-la ou propor uma nova, sendo imprescindível a escolha adequada do método de análise para promover as respostas necessárias ao processo de reformulação ou substituição de uma política (SAMPAIO; ARAÚJO JR, 2006).

O método de análise de políticas públicas desenvolvido por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) propõe uma ampliação da análise das quatro categorias apresentadas por Walt; Gilson (1994), apontando o *quê* e *como* analisar estas categorias no âmbito das políticas públicas, em especial as do setor de saúde (SAMPAIO; ARAÚJO Jr., 2006, p. 337).

Para os autores, o contexto caracteriza o ambiente no qual a política é formulada e implementada. Nessa categoria é possível estudar elementos sócio-históricos, políticos e ideológicos que conformam o contexto no qual a política estuda está sendo pensada e implementada. O contexto é estudado em sua relação com a política formulada, apresentando duas subcategorias: o macrocontexto, relacionados com questões econômicas e sociais; e o microcontexto, relativo às políticas setoriais como a de saúde, por exemplo, podendo-se verificar elementos de interesse, jogos de poder e relação entre os setores envolvidos (ARAUJO; MACIEL FILHO 2001, p. 205).

Em relação ao *conteúdo*, os autores explicitam que esse está ligado a delimitação do problema e à direção para mudança. São os projetos, programas, alvos e recursos requeridos na implementação. A relevância na sua análise está na

identificação de perspectivas, possibilidades de impacto e avaliação adequada das medidas e recursos empregados.

Nessa categoria de análise devem ser considerados:

- Os resultados obtidos pela política, considerando ou não alcance das metas propostas;
- A coerência entre as metas e objetivos propostos em relação aos programas, projetos e ações desenvolvidos;
- A perspectiva político-social que fundamenta as propostas da política (objetivos, metas, programas, projetos e ações) (SAMPAIO; ARAÚJO JR, 2006, p. 338).

A análise dos autores no modelo Walt e Gilson (1994) permite avaliar quais os principais atores e sua relação com a política em estudo, correlação de poder, possibilidade de alianças e coalizões. Os *atores* são as pessoas, as organizações e as instituições que se relacionam diretamente com a política analisada.

A categoria *processo*, neste modelo, permite analisar a decisão tomada e a implementação da política. Aqui é possível analisar como a política é implementada, destacando a relação entre os níveis de governo, estratégias para sua implementação, incluindo a destinação e aplicação dos recursos (ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001).

Concluiu-se que essas categorias são capazes de abordar e destacar elementos econômicos, sócio-culturais, de desenvolvimento, do discurso, do processo decisório, do papel e importância dos atores e forma de implementação de políticas públicas, constituindo-se no método mais próximo do ideal para analisar a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Nesta perspectiva, e considerando o escopo da promoção da saúde que se apresenta como política intersetorial e transversal no SUS, o estudo analisou o contexto, o conteúdo, os atores e o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2006, utilizando o método proposto por Walt e Gilson (1994) na releitura construída por Araújo e Maciel Filho (2001), buscando a construção de conhecimentos que possam subsidiar mudanças na reorganização institucional e releituras contextuais e conceituais de algo que se propõe ser o eixo norteador das práticas de saúde, como o é a PNPS.

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ sob o registro no CAAE nº 0038.0.95.00-10.

Os procedimentos metodológicos foram considerados condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de ética, resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto teve sua execução aprovada, conforme o parecer nº 45/2010. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo encontra-se no Apêndice B deste trabalho.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 O Contexto

As políticas são elaboradas em determinados contextos que possuem e produzem elementos que influenciam e fazem intersecções com a política proposta.

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) consideram a análise do contexto como fundamental no processo de análise de política por possibilitar a identificação da importância e das relações estabelecidas entre este e a política elaborada.

Para Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), o contexto está desmembrado em duas subcategorias denominadas de microcontexto e macrocontexto, cujas dimensões compreendem os aspectos políticos, sociais e econômicos, estando o macrocontexto relacionado aos aspectos gerais da sociedade e o microcontexto focado no setor de saúde.

As entrevistas realizadas foram balizadoras da identificação dos elementos que compõem e caracterizam o macro e o micro-contexto e serão discutidas a partir dos documentos consultados e da literatura utilizada.

#### 7.1.1 O macrocontexto

O ano de 2003 teve como marco no âmbito político o início do governo Lula, que assume a Presidência da República após quatro candidaturas consecutivas.

O novo presidente traz em seu programa de governo a saúde como direito humano fundamental, apontando como diretriz de trabalho a garantia do acesso “universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde, assim como as políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecimento e que promovam a qualidade de vida” (PROGRAMA..., 2002, p. 46).

O novo governo pauta a participação social no SUS por meio dos Conselhos de Saúde, destacando seu poder de deliberação e acompanhamento das ações de saúde, e a descentralização da gestão do sistema de saúde na perspectiva do

compartilhamento das responsabilidades entre os entes federados, sendo, para tanto, respeitada a autonomia e garantidos os recursos para o desenvolvimento local do SUS (PROGRAMA..., 2002).

Ainda na proposta de governo, anuncia o que parece ser o Pacto Pela Saúde, efetivado três anos depois, quando aponta a construção de estratégias nacionais e a pactuação de políticas de saúde entre os gestores do SUS, propondo a substituição da forma de monitoramento de metas, centrado no Ministério da Saúde, mais uma vez reforçando a descentralização e a cogestão das ações de saúde no país.

A eleição de Lula construiu um contexto favorável às políticas intersetoriais, a exemplo do primeiro programa lançado em 2003 – Fome Zero – que envolvia diretamente pelo menos dez Ministérios, dentre eles o da saúde, no enfrentamento da pobreza (BRASIL, 2006).

Também em 2003, a OPAS lança uma publicação sobre doenças crônico-degenerativas e estratégias para seu enfrentamento, com base no Relatório sobre Saúde no Mundo, lançado em 2002 pela OMS, e em fichas informativas publicadas no endereço eletrônico da OMS, apresentadas no documento da OPAS como material da Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003), que seria apresentada na 57ª Assembléia da OMS em 2004 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Recorrente na fala dos atores entrevistados, a Estratégia Mundial, também conhecida como Estratégia Global - EG (2004) foi apontada como o principal evento que marcou a construção das ações específicas da PNPS:

Eu acho que teve, assim, também, contextos, né... Na época, por exemplo, a estratégia global da OMS. Foi 2003. Então, isso foi sendo cada vez mais estimulado, e eu me lembro que em 2006, no ano em que a política foi lançada tinha um movimento internacional muito grande da OMS em relação a essa estratégia global. Então, isso, obviamente, entrou como pauta da política, porque era uma política internacional, era uma pauta internacional (Entrevistado 2).

O documento da EG pauta no cenário da saúde mundial o avanço das doenças crônicas não transmissíveis como principal causa de morbimortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, universalizando o chamado das

nações para enfrentamento dessa questão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

A constatação da mudança do estilo de vida das pessoas como provocadora dos fatores de risco que levam ao adoecimento crônico, traz a prática de atividade, o não uso do tabaco e a alimentação saudável como fatores opostos às doenças crônicas não transmissíveis, que passou a compor os discursos das ações de saúde de vários países, inclusive no Brasil, como atestam vários dos entrevistados que apontaram a EG como motivadora da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira, como veremos adiante.

Em 2005, a OMS lança a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, assumindo a saúde como produzida socialmente e, como tal, determinada por aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais, que exigem do setor de saúde ampliação do seu escopo e articulação permanente para garantir a melhoria desses determinantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

A criação dessa Comissão pela OMS foi respondida quase que simultaneamente pelo Brasil, que instituiu por Decreto Presidencial, em março de 2006, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), indicando o compromisso com o setor frente às desigualdades econômicas e sociais, características do nosso país, e o acesso às condições adequadas para promover a saúde individual e coletiva (BRASIL, 2006).

Apesar de não explicitar a promoção da saúde no seu documento de criação e regimento, as discussões da CNDSS acabaram por fortalecer esse tema contextualizado nas políticas de saúde, possivelmente sendo responsável pela inclusão da redução dos riscos e vulnerabilidades relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde como objetivo geral da PNPS publicada em 2006.

### 7.1.2 O microcontexto

Como parte das mudanças advindas do governo Lula, Humberto Costa assume o Ministério da Saúde em 2003, tendo sido um dos aspectos do microcontexto identificado no estudo.

Já naquele ano, as discussões sobre o impacto das doenças crônicas não-transmissíveis no cenário epidemiológico eram amplamente divulgadas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003), prenunciando a posição da OMS em conclamar os países membros para o desenvolvimento de estratégias que impactassem na redução da incidência dessas doenças.

O Brasil, como signatário dos acordos internacionais da saúde, respondeu a publicação da EG pela OMS (2004) com a Portaria/GM nº 596/2004, que tinha como objetivo instituir grupo técnico assessor para proceder a análise da EG a fim de fornecer subsídios e recomendações ao Ministério da Saúde sobre a posição a ser tomada frente ao tema (BRASIL, 2004).

Foi constituído um grupo formado por representantes do Ministério da Saúde, sociedade médica e de instituições brasileiras de ensino e pesquisa para analisar a EG (BRASIL, 2004).

Como resultado, foi publicado um artigo apontando o grau de evidência das recomendações da EG para prevenção das doenças crônicas, cujo resultado fortaleceu a alimentação saudável e a prática de atividade física como *evidências convincentes* para prevenção das doenças crônicas (BARRETO, 2005).

Cria-se um contexto favorável ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde a partir das medidas de recomendação e prescrição difundidas pela OMS na EG (2004).

Outros aspectos do contexto que favoreceram as discussões sobre a promoção da saúde são refletidos por um dos entrevistados:

Ter um governo de esquerda que não tinha aquela visão mais do individual, do campanhismo, ajudou muito a trazer a promoção da saúde. Você tinha um ministro, na época o Humberto Costa, trazendo a política de saúde mental fortemente para dentro do Ministério, discutindo políticas de saúde mental numa perspectiva diferente, de desospitalização, a questão da luta antimanicomial que vinha forte. Então esse contexto também favorecia a discussão de modos de fazer saúde diferentes do modelo biomédico (Entrevistado 6).

No final de 2004, a promoção da saúde, coordenada de 1998 a 2003 pela Secretaria de Políticas de Saúde, é realocada na SVS para ser discutida e implementada pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, do qual faz parte a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CURSO, 2010).

Um dos entrevistados nos aponta elementos de conflito nessa mudança:

Foi decisão do Ministro Humberto Costa com o Jarbas em trazer a promoção da saúde para vigilância. Ela estava na secretaria Executiva, que articulava com a SAS. Daí foi um pouco tensionado, porque você ia tirar de um secretário para outro. Mas aí, nesse processo a política de prevenção de violência também veio para SVS. Isso causou muito ruído, mas foi entendido como a melhor forma de unificar e trazer o tema da vigilância. Havia um entendimento de que a área de doenças crônicas e prevenção de violência eram próximas da promoção da saúde (Entrevistado 9).

Também em 2004, logo após a conclusão do Plano Plurianual da saúde, o Ministro Humberto Costa inicia a discussão do Plano Nacional de Saúde, até então inédito no Ministério da Saúde, apesar de previsto na legislação vigente (BRASIL, 2004).

No Plano, a apresentação dos objetivos e metas é realizada a partir dos seguintes recortes: linhas de atenção à saúde; condições de saúde da população; setor de saúde; gestão em saúde e investimento em saúde (BRASIL, 2004), apontando para o desenvolvimento de ações descentralizadas nos âmbitos da atenção básica, vigilância em saúde, entre outros, que no período de 2003 a 2006, foram as duas principais áreas que orientaram a construção da PNPS, como veremos no decorrer desse estudo.

Ainda em 2004, a SVS constituiu um grupo para trabalhar numa proposta de promoção da saúde, especialmente numa agenda de prioridades, para ser apresentada ao Ministro Humberto Costa. Porém, ele deixa o Ministério antes de concluir o processo com a aprovação da política na Comissão Intergestora Tripartite.

Segundo alguns dos entrevistados:

Com a mudança do Ministro tiveram grandes tensões, na medida em que a SAS queria se fazer representada. Então a orientação era de que, mesmo com o texto pré-aprovado, na mudança do ministro, nós deveríamos reabrir para discussão com outros atores. Aí foi feita uma revisão. E no final de 2005 foi apresentada uma versão (Entrevistado 9)

A política ela ia passar nessa câmara técnica e ia passar na tripartite, e aí o que acontece? No processo de pactuação a gente senta com representantes do CONASS e CONASEMS. Então esse grupo ele senta para escrever a política, tanto que tem várias versões. Só que a política fica parada há séculos porque a política está pronta, muda o ministro e o DAB senta em cima da política (Entrevistado 8).

De 2005 a 2006, o Ministério fica sob a direção de José Saraiva Felipe, período em que a promoção da saúde fica em discussão e é proposta uma nova versão para ser apresentada na Comissão Tripartite.

Em março de 2006, José Agenor Álvares da Silva assume o Ministério da Saúde.

No espaço de tempo entre a gestão de Saraiva Felipe e José Agenor, seguindo o caminho da descentralização e coresponsabilização da gestão da saúde iniciadas em 2003, o processo de institucionalização do SUS produz um dos principais documentos para o desenvolvimento nacional das ações de saúde, que é o Pacto pela Saúde e em Defesa do SUS. Este reafirma o compromisso com o sistema público que garanta a equidade e o acesso universal; que apresente o conjunto de compromissos sanitários, que expresse uma prioridade inequívoca dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada nível de gestão e que destaque o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS (BRASIL, 2006).

Aprovado pela Comissão Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, o documento traz, entre outras questões, a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação dos vários pactos existentes (BRASIL, 2006, p. 7).

Por meio de pactuação nacional, estadual, regional ou municipal de metas, o Pacto pela Vida, uma das dimensões do Pacto pela Saúde, propõe a ênfase no desenvolvimento de seis ações prioritárias, entre elas a promoção da saúde.

É nesse contexto que foi formulada a PNPS e construída as diretrizes para sua implementação no SUS.

Assumida pela SVS desde 2004, a promoção da saúde urgia de uma institucionalização, iniciada em 1998, como aponta Rocha (CAFÉ..., 2006).

O acúmulo das discussões anteriores sobre promoção da saúde travadas no MS, indicando um já longo caminho percorrido, somou-se às pressões externas por políticas de promoção da saúde, advindas especialmente da EG da OMS e pela necessidade de um país como o Brasil ter uma política nesse âmbito para responder às questões colocadas pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde.

Porém, a EG é apontada como o principal motivador da realocação da promoção da saúde na SVS e incentivo à construção de uma política:

O Ministério assumiu o compromisso da estratégia global na OMS; veio a promoção pra área de vigilância de doenças crônicas. A área de vigilância foi criada em 2003, então em 2004 veio pra cá a promoção vinda da Secretaria Executiva e a demanda do ministro para que gente construísse

então um texto da Política Nacional de Promoção da Saúde (Entrevistado 9).

A SVS estava recente na estrutura do Ministério da Saúde e carecia de fortalecer e legitimar a área. Quem nos traz esta perspectiva é um dos entrevistados: “era pensada uma política de doenças crônicas. Então saiu a de promoção da saúde com o discurso da epidemiologia nas ações. De certa forma, a área foi fortalecida com essa publicação” (Entrevistado 8).

O decreto nº 4.726 de junho de 2003 que cria a SVS, atribuiu, dentre outras coisas, ao Departamento de Análise de Situação de Saúde, onde se localiza a CGDANT, função de organização de estudos para análise e monitoramento do quadro epidemiológico das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e Agravos, estando na pauta a construção dos inquéritos, como nos informou o entrevistado 9, sendo possível fortalecê-los com a publicação de uma política de promoção da saúde e a responsabilidade sobre sua implementação (BRASIL, 2003).

Por fim, outro entrevistado traz para o contexto a necessidade de o Brasil apresentar sua política de promoção da saúde, já que era um dos últimos a não possuir tal documento:

Olha, eu fui tomar conhecimento. Todos os países da América do Sul têm uma política de promoção da saúde antes do Brasil, não é? Quando eu fui ao Peru, vi que a de lá era antiqüíssima, assim, em relação ao Brasil e tal. Por que que a gente queria uma política? Primeiro, para o país assumir, enquanto uma política pública, a necessidade de redução dessas iniquidades, de trazer uma visão afirmativa da saúde, da qualidade de vida. Trazer a importância da gestão participativa, da interlocução, não é? Se você tem uma política que incentiva os municípios, as universidades, o Estado, que também, depois, consegue captar recursos para incentivar isso, você começa a ter uma mudança de mentalidade dos trabalhadores, uma mudança de mentalidade da população (Entrevistado 1).

De fato, da Carta de Ottawa (1996), que firmou os marcos da Promoção da Saúde, passando pela Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Santafé de Bogotá (BRASIL, 2002), Colômbia, transcorreram 20 anos até a institucionalização da promoção da saúde no Brasil em 2006, dos quais oito anos haviam sido dedicados a discussão desse tema no MS.

Reforçado pela contribuição dos atores entrevistados e corroborados na literatura, observa-se na análise de contexto aspectos da influência política, neste caso de caráter internacional, nos rumos da promoção da saúde no SUS, especialmente a partir do documento da EG publicado em 2003 pela OPAS e a

aprovação das diretrizes ocorrida em 2004, em Genebra (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

No microcontexto destacam-se elementos políticos oriundos dos processos impetrados no Governo Lula, no que tange a mudança dos Ministros da Saúde e os impactos provocados nas discussões e aprovação de uma política de promoção da saúde, retardando sua institucionalização em, pelo menos, um ano.

Os jogos políticos apontados por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), como possíveis de serem captados na análise do contexto, materializam-se na fala dos entrevistados, descortinando o processo de articulação necessário à aprovação da PNPS e as influências exercidas pelos novos atores que se sucedem; o que implica na continuidade ou não de ações disparadas por governos anteriores.

## 7.2 O Processo

São vários os pesquisadores que se debruçam no processo de formulação de políticas públicas, seja para estudar fases específicas – formulação da agenda, especificação de alternativas, escolhas de alternativas, implementação e avaliação – ou a interlocução entre as etapas desse processo.

Segundo Heidemann e Salm (2009, p. 34), o ciclo conceitual das políticas públicas compreende, pelo menos, quatro fases: as decisões tomadas para resolver os problemas sociais, a formulação da política (objetivos, estratégias, recursos), a implementação e a avaliação.

Viana (1996), discutindo abordagens metodológicas em políticas públicas, elenca vários atores que trazem contribuição para elucidar o processo decisório que envolve as políticas públicas. A autora ainda aponta como fases da construção das políticas públicas:

1. Construção de agendas;
2. Especificação de alternativas (formulação);
3. Escolha de uma alternativa (adoção);
4. Implementação;
5. Avaliação;
6. Reajuste (VIANA, 1988, p. 5)

Todos esses autores situam na fase de formulação de políticas a construção das estratégias ou alternativas para sua implementação.

Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) – observando o modelo de análise de política proposto por Walt; Gilson – destacam como foco da análise do processo de formulação de políticas as relações entre os níveis de governo, as estratégias adotadas para implementação da política e os instrumentos empregados para seu acompanhamento de avaliação.

Na perspectiva de análise construída por Walt e Gilson (1994), um foco especial é dado nas decisões, entendendo-as como construtoras de uma política; ou seja, a formulação de uma política resulta de uma sequência de decisões: decidir quais problemas são importantes; quais as estratégias e recursos serão utilizados para o desenvolvimento da política; como e quando serão desenvolvidas as ações e quem será beneficiado com a política (WALT; GILSON, 1994).

Para Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), baseados em Walt e Gilson (1994), no processo é possível identificar os decisores e as influências do contexto que direcionaram determinadas decisões.

Para nós, interessou a observância de elementos integrantes do processo de formulação da PNPS, analisada neste capítulo à luz dos documentos pesquisados e da visão dos atores imbricados nessa construção, procurando destacar a influência das decisões no rumo dessa política no âmbito federal de gestão da saúde.

Cabe destacar que na literatura consultada, pouco se tem sobre o processo de construção da PNPS no MS. As produções encontradas tratam essencialmente da evolução da promoção da saúde ou de seu conceito no processo de construção do SUS ou da determinação social da saúde frente o contexto econômico, político e social do Brasil (BUSS, 2000, 2007; BYDLOWSKI, 2004; CARVALHO, 2005; HEIDMANN 2006), sendo secundarizada ou não abordada a institucionalização da promoção da saúde no MS.

Encontramos referências mais claras ao percurso de institucionalização da PNPS no MS em Buss (2009), nos documentos analisados e em publicações do corpo técnico da CGDANT e de outras áreas do MS.

Portanto, nesse capítulo em especial, a contribuição dos atores entrevistados foi de grande importância para a construção do caminho de institucionalização da promoção da saúde no SUS.

### 7.2.1 Um passo atrás no tempo para entender a história: os caminhos da promoção da saúde no Ministério da Saúde

Buss (2009, p. 2306) aponta que o processo de institucionalização da promoção da saúde no MS teve início em 1998 com a criação da Secretaria de Políticas de Saúde e o desenvolvimento do Projeto BRA 98/006 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 1998), já apresentado na introdução desse trabalho.

Ao analisar as entrevistas dos atores, encontramos informações que indicam a construção de discussões sobre promoção da saúde fora do MS e que possivelmente ajudaram a pautar esse tema em 1998 no MS, como indica um dos entrevistados:

Eu lembro que eu fui em 96 pra Jacarta, quando teve a Conferência de Jacarta e, logo em seguida, teve uma reunião da... acho que é uma rede de países, é megapaíses. E o Ministério da Saúde foi convidado a participar da rede de megapaíses. E a gente já tinha visto em Jacarta que o lugar do Ministério tinha ficado vazio. E aí, ia ter logo em seguida a reunião dos megapaíses que iam discutir a agenda ou os resultados dessa a Conferência de Jacarta pra se aplicar nos megapaíses. Então, eu e o Odorico – o Odorico era do CONASEMS – viemos aqui no Ministério, o Odorico me ajudou e batalhamos no CONASS, no CONASEMS, e nos altos... e não sei com quem a gente falou, que naquela época (Ministério da Saúde) tinha uma estrutura diferente. E aí, o que que eles fizeram aqui no Ministério? Mandaram uma pessoa, um técnico, aqueles técnicos que eram formados aqui, mas que não era uma pessoa de peso no Ministério da Saúde. Mas, ele sabia falar muito bem inglês e eu e ele fomos para essa reunião dos megapaíses. Eu fiquei na área de escola e ele ficou trabalhando no geral. Ninguém percebeu que ele não era uma pessoa de peso no Ministério da Saúde. (Entrevistado 2).

A ênfase dada pelo entrevistado sobre a posição do representante do MS enviado ao evento parece conotar uma pouca priorização do tema pelo MS, exigindo contribuições de atores externos ao MS para ajudar a pautar a promoção da saúde:

Aí, então, a gente trouxe o relatório e começamos a insistir naquilo, que o Ministério acabasse pensando um pouco nisso, e logo depois veio o Yunes, que ajudou bastante. E foi lançada a Secretaria de Política e esse programa do PNUD. Então, foi um pouco por aí. E essa agenda de cidade saudável, com o incentivo de técnicos canadenses e pessoas da Organização Pan-Americana de Saúde também acho que ficou puxando um pouco essa agenda de promoção da saúde (Entrevistado 2).

A referência a agenda de cidades saudáveis trazendo a discussão sobre promoção da saúde foi recorrente nas falas de sete dos nove atores entrevistados:

[...] naquele momento, nesses anos 90, foi mais ou menos nesse período e a partir disso que a gente cria um grupo de trabalho na própria Faculdade de Saúde Pública, um grupo de estudo pra pensar a promoção da saúde tanto do ponto de vista conceitual, porque ela estava se delineando, não é? Nesse momento, de modo mais fortalecido, e também para pensar em intervenções nesse campo. E foi daí que nós montamos no final de 1999, nos anos 2000, aquilo que a gente chamou de uma oficina permanente de estudos e programas sobre cidades saudáveis. E a nossa discussão, a partir daí, ela foi muito intensa, e por isso, a gente acompanhou todo esse percurso, tanto institucional, que é da própria formulação da política nacional, quanto do desenvolvimento desse campo na Universidade. (Entrevistado 4).

Sabe-se que o movimento de *cidades saudáveis* começou a aparecer no Brasil na década de 90, tendo entre seus marcos a intensificação da articulação entre o Canadá e a OPAS em 1994 que ajudou a desenvolver esse projeto em vários países da América Latina (MENDES, 2000).

Imbricam-se nesse contexto atores que discutiam *cidades saudáveis* no Brasil, Canadá e Estados Unidos que acabaram por assumir nas instituições de ensino e no MS posições que favoreceram a construção das discussões de promoção da saúde a partir do modelo de *cidades saudáveis*, como aponta um dos entrevistados:

então, quando eu voltei começamos a trabalhar essa agenda... e aí, logo essa agenda de cidade saudável passou a ser bem discutida. A gente tinha, aí, uma possibilidade de trazer pessoas que trabalhavam pra essa agenda no país inteiro. João Yunes tinha voltado para Faculdade, e ele, que tinha começado a agenda de cidade saudável e de promoção da saúde na OPAS Washington, aí ele aproveitou e voltou, e foi trabalhar na Faculdade de Saúde Pública. Ele também apoiava muito. Logo depois que ele veio para o Ministério da Saúde, e conseguiu essa verba do PNUD pra instituir o Programa de Promoção da Saúde. E, então, aí tudo foi avançando. (Entrevistado 2).

Assim como Buss (2009), encontramos as primeiras referências ao processo de institucionalização da promoção da saúde no MS a partir da criação da Secretaria de Políticas de Saúde pelo Decreto nº 2.477/1998, que promoveu a mudança da estrutura regimental do MS (BRASIL, 1998).

O que nos parece é que o Projeto BRA 98/006 estruturou a área de promoção da saúde na Secretaria de Políticas de Saúde.

Segundo alguns dos entrevistados, as discussões desenvolvidas pela Secretaria de Políticas de Saúde sobre promoção da saúde tinham entre os seus objetivos promover a saúde por meio de um processo de desenvolvimento global, construindo redes e identificando experiências nacionais que trouxessem ações intersetoriais enquanto estratégia para promoção da saúde.

Esta compreensão está presente nas publicações da Revista *Promoção da Saúde*, que traz os *Municípios Saudáveis* e as *Escolas Promotoras de Saúde* como principais estratégias de promoção da saúde, o que aponta uma forte influência das discussões trazidas pela OPAS no processo de implementação de ações de promoção da saúde nesse período.

Analisando as edições da revista *Promoção da Saúde*, encontramos a realização de eventos como o *1º Fórum Nacional de Promoção da Saúde: caminhos para construção da qualidade de vida*, realizado em Brasília, em 1999, com a participação de representantes do MS, UNICEF, OPAS, CONASS e CONASEMS (FORUM NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1999) e o lançamento da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, que tinha como objetivo facilitar o intercâmbio de experiências e a avaliação das mesmas (BRASIL, 1999-2002).

Seis dos entrevistados fizeram parte das discussões sobre promoção da saúde fomentadas pela Secretaria de Políticas de Saúde do MS e pela OPAS no período de 1998 a 2002.

Quando perguntados sobre como foi desenvolvido o processo de discussão sobre promoção da saúde nessa época e quais os documentos balizadores dessas discussões; obtivemos várias respostas complementares, as quais foram organizadas em categorias construídas a partir das ideias centrais presentes nos depoimentos. O quadro a seguir apresenta essa sistematização:

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>	<b>Falas</b>
Escopo da promoção da saúde nas discussões.	Amplo, qualidade de vida, desenvolvimento sustentável, baseada na saúde, modos de viver e autonomia do sujeito.	A promoção da saúde a gente sabe que como conceito ela nasceu mesmo nos países considerados desenvolvidos, mas que essa realidade é uma realidade necessária pra todos os locais. Então também seria um pouco de, sei lá, sectarismo da gente, porque o Brasil tem todas essas realidades. E depois, a gente verificou que a partir daí a gente tinha que olhar os determinantes sociais, também. E olhando esses determinantes, a gente não pode fazer

		um mapa sobre a saúde de um modelo de país desenvolvido, né? Então a gente quis trabalhar a realidade brasileira não só olhando a saúde urbana do ponto de vista da cidade, como é, por exemplo, no Canadá que foi muito trabalhado, mas com uma ótica de olhar mesmo os determinante, de reduzir a iniquidade (Entrevistado 1).
Principais documentos orientadores	Projeto BRA 98/006; Cartas das Conferências de Promoção da Saúde; documentos produzidos pelos grupos de discussão e produções canadenses sobre cidades saudáveis.	Na verdade, todos os documentos nossos eram os documentos de políticas, os documentos de política de saúde, as cartas de promoção da saúde (Entrevistado 8).  Nós acabamos produzindo algumas coisas um pouco pontuais (Entrevistado 7).  Então, aí começou também uma produção nossa. Se você for fazer esse recorte, você pegar a produção desse período, você vai ver o quanto já, a partir dos anos 2000, a gente fala de promoção da saúde nessa perspectiva que a gente vem trabalhando (Entrevistado 4).
Estratégias utilizadas para operacionalizar a promoção da saúde	Desenvolvimento sustentável local, municípios saudáveis, escolas promotoras de saúde, ambientes saudáveis e Agita Brasil	O objetivo mais, era promover saúde com projetos do tipo cidade saudável, escolas (Entrevistado 2).  E era uma perspectiva ampliada que trabalhava muito a questão da perspectiva das políticas públicas e da conexão com esse movimento de cidades saudáveis e da conexão na época, se discutia os determinantes sociais de saúde (Entrevistado 3).

Quadro I: Sistematização dos depoimentos dos atores.

Em 2002, a Secretaria de Políticas de Saúde passou a ser coordenada por Cláudio Duarte que, neste mesmo ano, disponibilizou na internet uma versão preliminar da política nacional de promoção da saúde para discussão (BRASIL, 2002).

É interessante observar que no resumo de apresentação dessa versão preliminar é informado que a mesma teve como base o Relatório sobre Saúde no Mundo, produzido pela OMS em 2002, o que pode contribuir na explicação sobre o destaque dado às doenças crônicas não-transmissíveis, aos agravos – acidentes e violência – e ao desenho avaliativo de ações de promoção da saúde para mensurar resultados das intervenções.

Para sete dos entrevistados, esse foi o primeiro documento da PNPS produzido ao longo das discussões realizadas entre 1998 e 2002, período da existência da Secretaria de Políticas de Saúde do MS.

Segundo documento do MS (CURSO..., 2010, p. 26), o período da promoção da Saúde na Secretaria de Políticas de Saúde contribuiu para o esclarecimento e a divulgação das propostas de articulação das ações de promoção da saúde com outras políticas e programas de saúde, ampliando as possibilidades de inserção dos princípios, valores e estratégias na formulação dessas políticas e programas.

Em 2003, Luiz Inácio Lula da Silva assume a Presidência da República e imprime mudanças no quadro dos ministros. Humberto Costa assume o Ministério da Saúde.

Já no início de sua gestão, Humberto Costa promoveu a reestruturação do Ministério da Saúde, o que resultou na extinção da Secretaria de Políticas de Saúde e na criação das Secretarias de Atenção à Saúde e a de Vigilância em Saúde, dentre outras (BRASIL, 2003).

Um dos entrevistados aponta o que nos parece ser a percepção coletiva de que um caminho natural para a promoção da saúde seria sua migração para o Departamento de Atenção Básica da então recém-criada Secretaria de Atenção à Saúde:

Quando a promoção da saúde foi passada da Secretaria Política de Saúde e aí foi naturalmente transferida para a Secretaria de Atenção à Saúde, com a reestruturação em 2002 (2003), no primeiro momento, nós ficaríamos como uma área mais estratégica (Entrevistado 7).

No entanto, parece que a compreensão dos dirigentes da SAS sobre promoção da saúde a caracterizava como transversal, não sendo necessária a existência de um lócus formalizado para o seu desenvolvimento, o que possivelmente lançou a promoção da saúde de volta ao limbo institucional onde se encontrava quando da extinção da Secretaria de Políticas de Saúde.

Os entrevistados que participaram das discussões sobre promoção da saúde na Secretaria de Políticas de Saúde se remeteram a esse fato como sendo um forte implicador nos rumos da política nacional de promoção da saúde:

A OPAS que tinha um, eu não lembro o nome, se era um serviço, setor, departamento de promoção da saúde, deixou de ter e o Ministério também tirou a promoção da saúde de tudo que era lugar numa mudança de governo que a gente se perguntava “cadê a promoção da saúde?” As

peças nos respondiam “ah, a promoção da saúde não está em canto nenhum porque ela é transversal a tudo.” Então, ora, o que está em todo lugar não está em canto nenhum mesmo. (Entrevistado 1).

Houve uma decisão da Secretaria de Atenção à Saúde de que seríamos transversais. E, portanto, não havia necessidade de uma coordenação. A gente até conversava: “É, esse é o futuro, mas, no momento, isso não se sustenta, não é?” A intenção é que a promoção da saúde seja isso [...]. (Entrevistado 7).

Possivelmente, a falta de institucionalização da promoção da saúde no SUS – ausência de uma política – e a informalidade com que ela era desenvolvida no MS – ausência de um locus formalizado no regimento do MS, não configurando no organograma da instituição – tenham conformado o processo de transição da promoção da saúde ou do Projeto BRA 98/006 naquele momento.

Dessa forma, a promoção da saúde foi para Secretaria Executiva do MS.

Uma das possíveis explicações para esse movimento pode ser apontada por um dos entrevistados:

Em setembro de 2003, o que acontece? No início do ano, quando o governo assume e que muda a estrutura regimental e o organograma do próprio ministério, ele termina com a Secretaria de Políticas de Saúde que era onde estava a promoção da saúde... é... as coisas se dividem, né? Então a alimentação e a nutrição vai para a SAS, no Departamento de Atenção Básica; o CENEPI vira Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a educação em saúde vai pra SGETS e promoção da saúde fica sem dono. (Entrevistado 8).

O termo *ficar sem dono* trazido pelo entrevistado refere-se ao Projeto BRA 98/006, já que a promoção da saúde, apesar de ser referenciada por muitos dos entrevistados e nas edições da Revista Promoção da Saúde como sendo uma coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde, na análise do Decreto nº 2.477 de 28 de janeiro de 1998, que cria a Secretaria de Políticas de Saúde, não foi encontrada nenhuma instância – departamento ou coordenação – denominada de Promoção da Saúde.

Então, foi o Projeto BRA 98/006 que ficou *sem dono*, como imediatamente confirma esse mesmo entrevistado: “Na verdade, o PRODOC fica sem dono. Então a promoção da saúde, ela não era uma área do ministério. Ela era um termo de cooperação técnica. É isso fica sem dono” (Entrevistado 8).

Um dos entrevistados aponta os movimentos do grupo originário das discussões sobre promoção da saúde no MS, após a extinção da SPS:

E teve um grupo de discussão em 2003. Já não era mais com este grupo da promoção. Do grupo da promoção que estava nessa ocasião (na SPS), nós tivemos eu, que fui pro DAPE, a Ângela Dumont, que foi para o DAPE, a Socorro, que voltou para Minas. O Ivo Pedrosa, que foi para SGTES. Nós tivemos a Silvia, que foi embora para a Paraíba. Então, desse grupo, que vinha discutindo a promoção, nenhum foi para Vigilância, não é? Então, houve outra distribuição. E nem fomos todos para mesma área. No caso, quando eu e Socorro, nós fomos para o Departamento de ações Estratégicas, então: “Nós vamos!” E nossa opção foi: “Então, vamos fazer a idéia original. Vamos discutir a promoção nas políticas estratégicas, não é?” (Entrevistado 7).

Pela declaração do entrevistado, parece-nos que, nesse momento, a dispersão dos atores que tratavam a promoção da saúde na extinta SPS contribuiu para o vazio institucional ao qual foi lançada a promoção da saúde, sendo seu reencontro com a instituição promovido meramente por uma questão burocrática, como veremos a seguir.

Como se sabe, os termos de cooperação técnica com organismos internacionais exigem a prestação de contas das ações pactuadas no documento, não podendo o Projeto BRA 98/006 ficar sem esse retorno ao organismo financiador, no caso o PNUD.

Com a extinção da Secretaria de Políticas de Saúde, a mudança dos atores internos dessa secretaria para outros setores e a decisão da SAS de assumir a promoção da saúde como transversal a todas as políticas estratégicas do MS, era preciso assumir a prestação de contas do Projeto BRA 98/006, tarefa que coube a Secretaria Executiva do MS, segundo relato de um dos entrevistados:

Em 2003, o PT ganha, o Gastão vai ser secretário executivo do Ministério da Saúde, leva a Regina Benevides para ser uma de suas diretoras. No dia 4 de setembro Regina me liga e diz assim “eu preciso de você. Eu preciso entregar um relatório daqui a quinze dias e você é a pessoa que eu conheço que conseguiria cumprir a entrega desse relatório.” E o relatório é um relatório para o PNUD e para o Ministério das Relações Exteriores, que é um relatório de progresso do projeto de promoção da saúde que é o termo de cooperação que o ministério tem com o PNUD. A Regina (Benevides) nunca teve a pretensão de ficar com a política de promoção da saúde. Ela estava com o PRODOC para dar conta de uma resposta burocrática ao Ministério das Relações Exteriores e ao PNUD (Entrevistada 8)

O Projeto BRA 98/006 ficou sob a gestão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde de agosto de 2003 a dezembro de 2004. Para Rocha (CAFÉ..., 2006, p. 219):

a partir daí, se começa a discutir a relação entre a promoção e o cotidiano dos municípios e das unidades. A Secretaria Executiva começa a pensar

como dialogar esse ideário da promoção da saúde com o nosso SUS e da proposta da Reforma Sanitária com o SUS que nós tínhamos hoje. Desde os anos de 2003/2004 foram realizadas oficinas em diferentes locais, muitas aqui em Brasília, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Instituições de Ensino e Pesquisa para abordarmos temas como: de que promoção da saúde falamos aqui e o que o Ministério da Saúde pensa da promoção da saúde? O que nós vamos fazer para estimular? O que isso significa no cotidiano dos serviços? Porque essa promoção fala de ambiente, de política – muito macro – e no produzir saúde na especificidade do setor saúde?

Segundo um dos entrevistados que coordenava o Projeto BRA 98/006, nesse período foi realizado um mapeamento das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e organizados encontros para retomar a discussão sobre promoção da saúde com atores que já participavam anteriormente e novos atores que emergiam dos municípios com iniciativas nos âmbitos das práticas orientais e de atividade física.

A atividade física como fator de proteção para as doenças crônicas começa a ganhar força nas discussões sobre promoção da saúde na Secretaria Executiva do MS.

A criação do Grupo de Trabalho *Esporte, Lazer e Saúde* promoveu as discussões sobre promoção da saúde à luz das práticas corporais/atividade física, constituindo-se num primeiro grupo relator do que parecia ser a versão da PNPS lançada em 2006 (BRASIL, 2003).

Sobre este marco, um dos entrevistados aponta novos elementos não encontrados na literatura:

Foi em 2004, a gente senta para discutir então o quê que seria essa articulação esporte/saúde sem ser campanhista, sem ser uma campanha esporádica com uma ONG. E aí o quê que acontece? Vem o (Roberto) Mardem trazendo a experiência de Campinas que tinha toda uma questão com as práticas orientais, Lian Gon, tai chi chuan, que trabalhava com o método Paidéia, então tinha um alinhamento político-ideológico e teórico. Aí vem a Geórgia (Albuquerque) com a Academia da Cidade, porque o Humberto era o ministro e era única outra experiência mais bem estruturada e que era no SUS, não era fora do SUS. Então a gente monta esse grupo para discutir então que a gente não ia mais chamar de atividade física, a gente ia chama de práticas corporais e que era prática corporal. Vem a Yara (Carvalho) como assessora técnica do Ministério do Esporte. Aí, isso gera a mudança do que era respondido no disque saúde sobre atividade física; isso gera a tentativa de articulação dos mesmos cortes de municípios para o esporte e lazer da cidade e para um financiamento do Ministério (da saúde) que fosse vinculado a isso. Isso envolve o pessoal do DAB e da coordenação de gestão. Então era a Socorro Lemos é uma das pessoas. (...). (Entrevistado 8).

Outro entrevistado destaca elementos das discussões desenvolvidas nesse GT que desenham a percepção sobre promoção da saúde da época:

No final de 2003 surgiu uma discussão com um grupo, no GT formado por Saúde e o Ministério do Esporte. Inicialmente um conjunto pequeno de participantes, bem pequeno, com São Paulo, Campinas, com atividades de Lian Gon, Recife com o programa Academia da Cidade e algumas iniciativas pontuais que existiam no Brasil de atividade física e algumas práticas diferentes do SUS ou do padrão SUS numa perspectiva de promoção. Na época era Regina Benevides, a Adriana Castro, o secretário da pasta era Gastão, da Secretaria Executiva, não era ligada à SVS. A discussão se dava, inclusive, em alguns momentos quem vinha fazer discussão dentro do grupo era a Atenção Básica, pessoal do DAB. Existia o pessoal que trabalhava com a questão da Alimentação Saudável. A idéia era construir um documento base para ser discutido com as outras instâncias, outros atores como colegiado de secretários, conselhos de saúde. (Entrevistado 6).

Até então, a promoção da saúde era discutida no Ministério da Saúde com a SAS, na perspectiva de articular as políticas desenvolvidas nessa área.

Em outra frente, um dos encontros organizados pelo GT da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 2004, firmou a participação do MS nas discussões promovidas pela instituição com a indicação de Adriana Castro, então representante do MS, para fazer parte do grupo de coordenação do GT no período de julho de 2004 a julho de 2005 (CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2004)

O documento produzido nesse encontro de 2004, além da fundação do GT de promoção da saúde na ABRASCO, apresenta a sistematização das discussões produzidas no evento, destacando-se as seguintes contribuições:

Promoção da saúde implica em:

- Conceito positivo e amplo de saúde como qualidade de vida (no lugar do conceito restrito de ausência de doença);
- Compreensão transdisciplinar do processo saúde-doença (no lugar da compreensão linear, disciplinar, biomédica);
- Intervenção intersetorial (no lugar da simples e isolada ação setorial dos serviços de saúde) (CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2004, 32).

O acúmulo das discussões sobre promoção da saúde desenvolvidas desde 1998 foram para a SVS em 2004 (CASTRO; MALO, 2006; CORSO, 2010).

Na SVS havia pressão externa para que o MS construísse uma PNPS e a aprovasse com rapidez.

Quando perguntados sobre o que motivou, à época, a criação de uma política nacional de promoção da saúde, os entrevistados apresentaram como principais motivos (recorrentes no conjunto de entrevistas):

- A publicação do documento da Estratégia Global da OMS em 2004;
- A existência de projetos exitosos de promoção da saúde no Brasil;
- Compromissos mundiais assumidos pelo Brasil em relação à melhoria da saúde;
- A emergência dos atores sociais de ampliar suas ações e dos municípios que desenvolviam ações de promoção da saúde;
- Pressão interna do Ministério da Saúde, vinda dos Gabinetes do Ministro e da Secretaria de Vigilância em Saúde.

A realocação da promoção da saúde na SVS foi discutida por todos os nove atores entrevistados.

Um dos entrevistados aponta que as discussões sobre o conteúdo da PNPS ficaram *paradas* na SAS durante o curto tempo em que a SE travou o diálogo com essa área, por motivo de discordância da coordenação do DAB com o marco teórico-conceitual da política, informando estar *contraditório*.

Outros entrevistados refletem sobre os motivos que levaram a promoção da saúde para SVS:

O que tinha como argumento para a Secretaria de Vigilância, parte deles, é que está na memória... era porque algumas ações de promoção da saúde que mundialmente os grandes projetos já tinham, como o Carmen, não é? Eram projetos que tinham muita relação com as doenças não-transmissíveis. E é verdade! Só que, se é promoção da saúde mesmo, ela não está vinculada a doença. Até por definição. (Entrevistado 7).

[...] a discussão de promoção de saúde na época já tinha saído da Secretaria Executiva. Eu acho que a própria conjuntura do Ministério favoreceu que a promoção caísse na SVS. A visão que a gente tinha é que houve uma questão muito clara de absorver uma coisa que não tinha muito lugar pra ficar e também por uma questão até de vincular as ações de promoção da saúde com doenças crônicas. Eu acho que houve uma porta aberta: "Se não tem onde por, vamos colocar na SVS, porque tem a ver por conta das doenças crônicas, por conta das estratégias globais da OMS, que tentavam vincular essa idéia da promoção da saúde associada a estilos de vida, comportamentos. (Entrevistado 3).

A contribuição de outro entrevistado ajuda a esclarecer o processo de realocação da promoção da saúde na SVS:

na época o ministro Humberto Costa então fez o desafio para o diretor Otaliba Libânio que a gente devesse então construir a política de promoção e a provar no tempo mais curto possível. Então o Jarbas que era o secretário na época ele fez então a demanda junto ao gabinete do ministro que a promoção fosse incorporada na coordenação de doenças crônicas não transmissíveis até do ponto de vista de aproximar o objeto. Na época a gente estava estruturando a vigilância de doenças crônicas e aí bastante marcado do ponto de vista da estruturação da vigilância, dos inquéritos, dos fatores de risco e toda a discussão associado a importância de que na estruturação da vigilância nós também tivéssemos projetos de intervenção voltados então à promoção da saúde e toda a prioridade ministerial, pois na época tinha sido assumido pelo país a estratégia global de alimentação saudável e atividade física. (Entrevistado 9).

O entrevistado 7 também reforça a percepção de que a promoção da saúde foi para SVS por proximidade das proposições: “A promoção da saúde foi para SVS não para se tornar, ela foi justamente porque já trazia a discussão de doenças crônicas que combinava com o discurso da SVS. Tinha uma identificação.” (Entrevistado 7).

O entrevistado parece apontar para existência prévia do discurso das doenças crônicas nas publicações e debates sobre promoção da saúde anteriores às contribuições da SVS.

De fato, na análise dos documentos prévios da PNPS – O Projeto BRA 98/006 e as versões preliminares disponibilizadas nos anos de 2002 e 2005 –, a vigilância em saúde estava pautada em todos esses documentos, trazendo o contexto da morbimortalidade por doenças crônicas e a redução do uso do tabaco, a prática sistemática de atividade física, a alimentação saudável e o uso da informação para ações de saúde. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 1998; BRASIL 2002, 2005)

Como destaca um dos entrevistados:

Já tinha essa discussão da promoção com as crônicas, quando eles instituem no regimento a (CGDANT). Tem um lugar lá (no regimento da CGDANT) do entendimento da Vigilância como a vigilância em saúde. E aí, nesse lugar tem uma linha que fala lá que tinha a promoção, só que, assim, não é porque tinha a promoção e era entendido que era promoção. Não era isso! Nas discussões sobre a PNPS a vigilância em saúde não era vigilância epidemiológica, o conceito da vigilância em saúde era mais do que isso, um pouco vindo da epidemiologia social. Então assim tava lá, entendeu? Mas não era lá, não tinha esse discurso na Vigilância pra ir pra lá. Na hora de partir o bolo, a humanização como era vista como a continuidade da PNHH que era o Programa de Humanização Hospitalar foi para SAS porque, para os entendidos daquele momento, tinha a ver com hospital. E promoção era Levell e Clarck, prevenção primária, então ia para Vigilância. Porque tinha a ver com doença crônica. Aí, nessa mexida que eles fazem a SAS então joga a política (de promoção) inteira para SVS. E, na verdade, quando a gente chega lá, a gente chega na Vigilância e vê que tem um desejo naquele

momento que era de ter uma política de doença crônica, uma política de vigilância de doença crônica. (entrevistado 8)

Identificamos nos documentos analisados – Projeto BRA 98/006 e Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para Discussão) – que, com exceção da versão disponibilizada pelo MS em 2005, apesar de presente, as discussões sobre as doenças crônicas não-transmissíveis estavam mergulhadas no contexto de fortalecimento do SUS e da necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde. Nesses documentos, as ações propostas caracterizavam-se com amplas, tendo a mudança de ambiente como foco, conforme discutimos na introdução desse estudo.

A ênfase na pauta dos fatores de risco e proteção aparece nas versões disponibilizadas em 2005 e na versão publicada em 2006, ambas construídas sob a coordenação da SVS, especificamente da CGDANT.

Segundo um dos entrevistados, uma das primeiras ações da SVS foi realizar um levantamento das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelo MS, para pensar nas estratégias de implementação da PNPS em construção:

Essa primeira concepção a gente tinha muito claro, que a gente tinha que transversalizar com todas as áreas do Ministério da Saúde, então promoção da saúde ela se faz de forma partilhada, né? E todas as áreas desenvolvem alguma ação de promoção da saúde. Então o primeiro trabalho da equipe foi mesmo levantar no Ministério da Saúde tudo o que se fazia e que de alguma forma a gente identificava como promoção: as ações do INCA, as ações da CGVAN, as ações da SAS, as ações da Secretaria de Vigilância. Então a gente partiu de um conjunto de ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, mas ela não tinha claramente uma agenda de prioridades (Entrevistado 9).

Foram identificadas ações no âmbito do tabagismo, saúde mental, ambiental, além da prevenção de violências oriunda da SAS que foi assumida pela SVS em 2004, como nos apresenta um dos entrevistados:

A área de violência ela era uma das áreas temáticas do DAB na SAS, e quando eles fazem essa mexida, SAS fica com a humanização, entrega a violência inteira e não fica com a promoção, entendeu? É nessa mesma mexida que as coisas acontecem. (Entrevistado 8).

Outra informação trazida pelo entrevistado 8 e corroborada pelo entrevistado 9 é que quando a promoção da saúde foi para a SVS o marco-teórico da política já estava pronto, sendo pouco modificado após a entrada da SAS no processo de discussão da PNPS em 2005.

Possivelmente essa informação constitua uma das explicações para a percepção de desconexão entre o marco-teórico ou texto introdutório da PNPS de 2006 com suas *Ações específicas*, apontada por alguns dos entrevistados:

o contexto da PNPS, ele tem duas partes. A primeira reflete as discussões internacionais e nacionais. A segunda parte, ela é mais estratégica. Então, eu acho que essa parte de ações, de atividades, de objetivos, ela é muito focada em questões mais comportamentais. Então, qualquer um que ler a política vê que tem uma diferença: a primeira parte e a segunda parte. (Entrevistado 2).

Eu acho que o documento de 2006 (PNPS) tem uma boa estruturação teórica inicial, que reflete às discussões de 2002, daquele período. Eu acho que tudo aquilo que está colocado, eu acho que era uma defesa que a gente fazia dos valores e dos princípios da promoção da saúde. Como isso se transformou numa agenda depois... isso nem sempre foi muito consensual. (Entrevistado 4).

Parece-nos que o trabalho desenvolvido pela SVS foi sobre as *Estratégias de implementação* e das *Ações prioritárias*, como nos indica os entrevistados a seguir:

Então, nós participamos de algumas reuniões que ocorreram em Brasília, no Ministério, para apoiar a construção desse documento da política. E ali, a gente já percebia claramente que uma interferência na questão conceitual, inclusive, da estratégica, de implementação de uma proposta de uma implementação de uma política, porque, claramente, tinha se colocado o foco muito mais em criar mecanismos de implementação de uma política que seria centrada em editais de financiamento. Quer dizer, os recursos repassados para os municípios, mas voltados para estratégias pontuais ou para atividades físicas, alimentação, tabaco, violência, não é? (Entrevistado 3)

Quando a promoção veio para SVS a equipe anterior não veio. Nós tivemos que remontar a equipe e reestruturar o processo. Então a gente começou com duas grandes coisas, primeiro: a discussão do texto da política de promoção que conceitualmente dá sentido ao Ministério da Saúde, né? e aí nós definimos, inclusive, junto o gabinete do ministro definir prioridades na política; a discussão também de como é que a gente ia operacionalizar a estratégia global. Isso em 2005. E aí só fomos aprovar em 2006. Basicamente o que mudou foi o direcionamento em cima das prioridades. (Entrevistado 9).

Estas informações reforçam um dos argumentos encontrados nas entrevistas sobre a migração da promoção da saúde para a SVS: o de que era necessário conferir-lhe praticidade, materialidade.

Quando perguntados sobre o que pautou a criação das *Ações prioritárias* da PNPS, os atores elencaram de forma variada eventos como acordos internacionais e pressões internas para a criação de uma política. Porém, o que mais apareceu nas

respostas como referência para a escolha dessas ações foram as questões das doenças crônicas e o documento da Estratégia Global da OMS.

Analisando as contribuições de três dos entrevistados, percebe-se que um dos maiores pontos de conflito no processo de formulação da PNPS em 2005 foi a definição e pactuação das Ações prioritárias da PNPS, especialmente pela entrada da SAS no processo, que trouxe para discussão temas de setores da atenção à saúde como, por exemplo, a redução do uso abusivo de álcool e outras drogas, que veio somar-se à prevenção de violências, que já estava na SVS, e controle do tabagismo, pautado pelo INCA.

É importante destacar que as Ações prioritárias discutidas refletiam as áreas ou temas que contextualizariam a implementação da PNPS, ou seja, o que seria desenvolvido ou fortalecido nessa etapa da política, sendo esperado o conflito de interesse dos atores envolvidos.

Sobre isto, Vianna (1996) – com base nos estudos de Meter e Horn – aponta que na fase de formulação de políticas, a dimensão do consenso sobre metas e objetivos é influenciada pela participação dos implementadores, que contribuem para a clareza da política e redução das resistências.

Como foi verificado na análise dos atores, o processo de formulação e aprovação da PNPS entre 2003 e 2006 contou com a participação dos atores da SVS exercendo um duplo papel: de formuladores e implementadores da PNPS.

Considerando que durante o processo de formulação de política não só as metas são pactuadas, mas também os recursos e o “horizonte temporal” da atividade de planejamento (SILVA; MELO, 2000, p. 4), possivelmente a característica do duplo papel exercido por alguns atores tenha favorecido a pactuação das Ações prioritárias durante a rediscussão da PNPS em 2005 e a conclusão de seu conteúdo para ser aprovado no início do ano seguinte (HEIDEMANN; SALM, 2009; VIANA, 1996).

No processo de formulação da PNPS, a crítica da maioria dos atores relacionou-se ao lócus institucional onde a política estava. Sete dos entrevistados comentaram que a SVS não era o local mais indicado para ser desenvolvida a PNPS.

Porém, a maioria dos entrevistados também referenciou a SVS como fundamental na institucionalização da promoção da saúde, quando essa foi alocada, discutida e aprovada sob a coordenação desse lócus institucional:

No final, ela (a PNPS) saiu mesmo da CGDANT, da SVS, não é? A discussão do grupo paralelo, ela (a PNPS) vinha de um histórico de discussões. Ela não nasceu por acaso. Agora, quem bancou para a política sair foi a CGDANT. Eu acho que essa foi uma briga que a CGDANT comprou. Também acho que, de uma certa forma, tinha alguns vazios muito grandes que o ministério apresentava com relação à promoção da saúde. Um exemplo, atividade física, não é? Era uma brecha muito grande, era um buraco. E a gente não tinha. Então, eu acho que a CGDANT soube preencher bem esse espaço. (Entrevistado 1)

A SVS protagonizou a institucionalização da PNPS. (Entrevistado 2).

Observa-se que a SVS aparece no processo como uma *janela de oportunidade* para promoção da saúde.

No entanto, parece-nos que o contexto de urgência que envolveu a construção da PNPS no período de 2004 a 2005 e a pouca participação dos atores não-governamentais nessa etapa do processo, contribuíram para uma *aceitação* da PNPS por esses últimos, apesar do reconhecimento dos aspectos de conflito já debatidos nesse trabalho:

Eu compartilho de muitas idéias dessa política e de algumas eu não compartilho, não é? Da ênfase das ações, por exemplo, eu não compartilho. Mas, de qualquer forma, eu acho que foi muito bom ter essa política. Ela, de qualquer forma, mesmo trancada na SVS, consegue fazer avançar a promoção da saúde. (Entrevistado 2).

Eu acho que o Brasil reflete a mescla mesmo, não é? A nossa política reflete, eu acho que assim, as contradições próprias do que acontece no Brasil nessa área. A gente tem uma política que tem uma influência forte do modelo canadense. Uma influência forte de muito do que é a visão americana sobre promoção de saúde. Eu acho que muito menos do que deveria ter uma visão latino-americana de promoção de saúde. Muito menos, não é? Mas, enfim, é a política que temos. (Entrevistado 3).

Possivelmente o reconhecimento da existência de contribuições anteriores no conteúdo da política, especialmente no marco teórico ou parte conceitual da introdução, tenha contribuído para a postura dos atores não-governamentais que atuaram nas discussões sobre promoção da saúde junto ao MS.

Outro aspecto influenciador pode ser o apontado por Cohn (2006, p. 236), quando destaca que, na contemporaneidade, as sociedades identificam o Estado e suas instituições como lócus de elaboração e implementação de políticas públicas, não sendo diferente para o setor saúde, que vê o Estado como detentor dos elementos e ferramentas essenciais à produção e efetivação das políticas públicas nesta área.

Para a autora, apesar de o Estado não ser o *locus* exclusivo do exercício de políticas, ele possui elementos de legitimidade, além dos instrumentos e métodos necessários à definição e implementação das mesmas, que, no caso da saúde, foram-lhe inicialmente *atribuídos* na Constituição Federal quando mencionada como seu dever.

Essa concepção de Estado provedor e garantidor dos direitos socialmente construídos certamente perdura na contemporaneidade, promovendo a aceitação de políticas como a de promoção da saúde, publicada em 2006, remetendo as discussões dos atores para a etapa seguinte – implementação – num movimento típico da compreensão clássica sobre a ação governamental no processo de construção de políticas, na qual as etapas se sucedem, sendo os elementos de avaliação corretores de rota, e não de aprendizagem sobre o processo (SILVA;MELO, 2000).

A ênfase das críticas dos atores nas Ações prioritárias da PNPS reforça essa percepção. Na análise do conteúdo, aspectos como esse foram identificados.

### 7.3 O Conteúdo

Segundo Araujo Jr. e Maciel Filho (2001, p. 210), o conteúdo de uma política consiste no corpo desta, no qual estão descritos os programas, projetos, atividades específicas, objetivos e metas. Apresenta as intenções, ferramentas e formas de fazer a política proposta.

Para H. Lasswell e A. Kaplan (apud HEIDEMANN; SALM 2009, p. 29). política é definida como ‘um programa projetado com metas, valores e práticas’

Apesar de não haver consenso entre os vários pesquisadores de políticas públicas sobre as fases de construção de uma política, encontramos a elaboração do *conteúdo* na fase de formulação, a exemplo de Heidemann; Salm (2009), Viana (1996) e Castro (1989).

Segundo estes autores, é nesta fase que o Estado aloca seus princípios, ideologias, mecanismos, interesses, objetivos e metas para constituir o arcabouço teórico que orientará a implementação da política proposta.

Para Castro (1989) o conteúdo de uma política social possui dependência com a natureza do Estado e, conseqüentemente, com os arranjos políticos que lhe dão sustentação e implicam na definição de prioridades para alocação dos recursos necessários à implementação de uma política.

Portanto, é no *conteúdo* da política que estão descritos elementos de ideologia, definição, intenção, objetivos, atores, escolhas, diretrizes e estratégias. É justamente no texto que se inicia com a Introdução e finaliza com os anexos de Portaria de financiamento que estão dispostos estes elementos na PNPS, sendo, portanto, considerado o *conteúdo* que será discutido neste capítulo.

### 7.3.1 Breve histórico sobre as principais contribuições para construção do conteúdo da PNPS 2006

O texto da PNPS publicado em 2006 é a versão final de várias outras produções construídas a partir de 1998, quando a promoção da saúde foi introduzida no Ministério da Saúde (CURSO, 2010).

Neste sentido, destacaremos as principais publicações que marcaram a construção de um conteúdo para a política de promoção da saúde, cuja linha do tempo foi orientada pelos atores entrevistados.

Quando perguntados se existiam documentos que balizavam as discussões sobre promoção da saúde nos espaços que eles participaram, alguns dos entrevistados confirmam a existência de documentos do MS anteriores à política que foi publicada em 2006:

[...] na promoção da saúde, se queria formar uma rede, e o objetivo era promover a saúde através de um processo de desenvolvimento global. [...] Primeiro tinha esse projeto do PNUD. [...] Depois desse projeto, começa... a gente começou a falar de política nacional de promoção da saúde. (Entrevistado 2).

[...] no final de 2003 surgiu uma discussão com um grupo... no GT formado por Saúde e o Ministério do Esporte onde o programa foi chamado pra apresentar experiências. [...] Existia um documento sobre promoção que também foi lido, de uma tentativa de escrever a Política de Promoção Nacional, não é? em 2009. Errei o ano. Em 1999. Que foi um documento base. Não tinha sido ainda formatado ou publicado. (Entrevistado 6).

Quando perguntado ao entrevistado 6 se era um esboço de uma Política de Promoção, ele respondeu:

Era um esboço [...]. Foi passado pela mesma Secretaria Executiva... no Ministério. Tinha o documento base que se começou a discutir. Em seguida foi começado a ser construído uma proposta do Ministério mais próxima do projeto que tem hoje a política. (Entrevistado 6).

Possivelmente os entrevistados estejam se referindo ao Projeto BRA 98/006, firmado entre o Ministério da Saúde e o PNUD em 1998, intitulado *Promoção da Saúde em um Novo Modelo de Atenção*, já comentado nesse trabalho.

Apesar de outro entrevistado apontar a existência de iniciativas de promoção da saúde documentadas pelo MS em 1992, parece que não foi construído neste ano nenhum documento que trouxesse a promoção da saúde como objeto. Esta percepção é reforçada a partir da pesquisa documental realizada, que identificou o Projeto BRA 98/006 efetivado entre o MS e o PNUD como primeiro escrito oficial sobre promoção da saúde do MS:

Eu sou da área de educação, e quando eu fui para a saúde, eu fui a convite de compor uma equipe que existia na época, um projeto antigo, que foi muito forte na saúde, era o Projeto Nordeste [...] tinha uma equipe técnica que ia apoiar o desenvolvimento de projeto de educação popular em saúde. [...] Tinha bastante projeto que era de promoção da saúde, embora a gente não tivesse essa... essa intenção de identificar isso, mas você... passado a experiência, você olhava e ali tinha bastante elementos de promoção da saúde sem um debate, sem uma identificação. (Entrevistado 7).

Foram encontrados vários textos, datados a partir de 1999, tendo a promoção da saúde como tema. Entre eles destaca-se a entrevista com o então Secretário de Políticas de Saúde, João Yunes, falando sobre promoção da saúde e municípios saudáveis (BRASIL, 1999, p. 4) e o texto produzido por Marilena Gentile, na época coordenadora do Projeto de Promoção da Saúde da Secretaria de Políticas do MS, abordando os marcos conceituais da promoção da saúde a partir da década de 70 (BRASIL, 1999, p. 9), ambos publicados na Revista de Promoção da Saúde desenvolvida pela Secretaria de Políticas de Saúde do MS.

Em todas as sete edições da Revista de Promoção da Saúde, publicada entre os anos de 1999 a 2002, não foi encontrado nenhum texto que se referisse ao conteúdo como sendo o de uma Política de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde

Encontramos um documento disponibilizado pelo Ministério da Saúde na internet, datado de 2002, com o nome de “Política Nacional De Promoção Da Saúde”, informando tratar-se de uma versão preliminar (BRASIL, 2002).

Os entrevistados a seguir parecem reconhecer ser esta publicação como a primeira versão da PNPS:

[...] Quando entrou a Socorro e Miguel Malo (nas discussões), é que começou a ser discutida, já a se pensar numa política relacionada à promoção da saúde. [...] Em 2002, se apresentava a primeira versão de uma proposta de política. (Entrevistado 2).

[...] nos anos 2000, que eu acho que, quando pela primeira vez, o Ministério da Saúde, ele abre essa possibilidade de criar um grupo para fazer essa discussão aqui no Ministério, né. [...] Eu cheguei a ser convidada para fazer parte desse grupo no Ministério, vim aqui no Ministério. [...] acho que esse grupo, a partir do momento que ele conseguiu se estabelecer enquanto grupo, ele teve uma preocupação já de organizar e pensar numa Política Nacional de Promoção de Saúde [...] Aí teve um primeiro esboço de uma política, acho que em 2002, que também foi construída muitas mãos, e... eu acho um documento histórico. (Entrevistado 4).

Traverso-Yèpez (2007) refere-se a uma versão da PNPS disponibilizada em 2005 pelo Ministério da Saúde.

Não encontramos nenhuma referência a esta consulta no endereço eletrônico do MS, mas localizamos o documento mencionado na internet (em formato MS Word), intitulado Política Nacional De Promoção Da Saúde (Documento Preliminar para Discussão), datado de abril de 2005 (BRASIL, 2005). Essa versão de 2005 organiza-se da seguinte forma:

- Apresentação
- Marco Teórico-Político
- Propósito
- Diretrizes
- Agenda Nacional de Promoção da Saúde (2005-2007)
- Referências Bibliográficas

Não há dúvidas que essa versão de 2005 traz em seu conteúdo a primeira versão da introdução da PNPS em 2006, com poucas mudanças no último texto que não comprometem essa constatação.

A intersetorialidade, juntamente com a integralidade da atenção, a equidade, a responsabilidade sanitária, a mobilização e a participação social, a informação,

educação e comunicação e a sustentabilidade são pautados como princípios da PNPS na versão de 2005 (BRASIL, 2005, p. 17).

Como propósito da PNPS, o documento aponta:

contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema – hegemonicamente baseado no conhecimento biológico, no parque tecnológico médico e na atenção individualizada e fragmentária – de maneira a reduzir os padrões de vulnerabilidade e riscos às doenças e agravos à saúde através da ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde e da construção de uma agenda estratégica integrada envolvendo as diversas instâncias gestoras do sistema e dos serviços sanitários (MS, 2005, p. 15).

Assim como no documento de 2002, este documento reforça a promoção da saúde como estratégia de mudança do modelo de gestão, sendo este seu maior objetivo.

Para alcançar esse propósito, a versão de 2005 apresenta o projeto “Brasil Saudável” (BRASIL, 2005, p. 16), descrevendo-o apenas como componente de uma Agenda Nacional de Promoção da Saúde, centrado na promoção de modos de viver saudáveis e construído intersetorialmente.

Traz seis objetivos com estratégias detalhadas para cada um deles, inclusive com indicação de responsáveis, sendo possível constatar a articulação interministerial pretendida pela PNPS e explicitada nesta versão.

### 7.3.2 Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006

A seguir, o conteúdo da Política Nacional de Promoção da Saúde será apresentado tal qual aprovado pela Portaria nº 687 em março de 2010, sendo discutido à luz das entrevistas, dos princípios e das diretrizes do SUS e dos principais documentos identificados no levantamento documental e no próprio conteúdo da PNPS.

### 7.3.2.1 O conceito de saúde a partir da introdução da PNPS

A PNPS apresenta uma introdução – denominada por muitos dos entrevistados como *marco-teórico* – na qual contextualiza a importância da promoção da saúde, abordando-a a partir do conceito amplo de saúde trazido pelo Movimento da Reforma Sanitária e apresentado no documento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que diz:

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1996, p. 12).

Os elementos determinantes da saúde apresentados no documento da 8ª CNS também estão presentes na Carta de Ottawa, abordados como pré-requisitos para a saúde, estando esta última dependente de uma “base sólida” formada por esses elementos (BRASIL, 2002, p. 20).

O relatório da 8ª CNS assume, ainda na definição de saúde, que essa é resultante das formas de organização social da produção, entendendo-as como possíveis de produzir grandes desigualdades.

A compreensão de que a saúde é produzida socialmente está presente ao longo do texto introdutório da PNPS:

Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é dos modos de organização da produção, do trabalho em determinado contexto histórico [...]. (MS, 2006, p. 9).

A saúde como produção social de determinação múltipla e complexa [...]. (MS, 2006, p.11).

A ampliação do comprometimento e da coresponsabilidade entre trabalhadores da Saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. (MS, 2006, p.13).

A definição de saúde pautada nas condições apresentadas no documento da 8ª CNS é abordada no texto introdutório da PNPS como determinantes e condicionantes do processo de produção da saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham e envelhecem. São as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2005).

Para Buss e Pellegrini Filho (2007), as várias definições de determinantes sociais de saúde trazem o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde.

A discussão sobre determinação social da saúde não é nova. Este debate figurava no Canadian Lalonde Report produzido em 1974 e no Relatório Black (Black Report) do Reino Unido, publicado em 1980. Este último, inicialmente causou pouco impacto no Reino Unido, na época sob o governo de Margareth Thatcher, representante do partido conservador, que rejeitou as propostas do relatório acusando-as de serem utópicas. Porém, inspirou pesquisas sobre os determinantes sociais da saúde em países como Holanda, Espanha e Suécia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005, p. 28).

A compreensão sobre a determinação social da saúde é ratificada no Movimento da Reforma Sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na Constituição Federal de 1988, na Lei que institui o SUS, nas Cartas de Promoção da Saúde, nos documentos produzidos pelas Comissões Internacional e Nacional de Determinantes Sociais da Saúde e no documento da Rede de Megapaíses, da qual o Brasil era um dos membros, sendo, portanto, um debate mundial, que dificilmente não se configuraria como premissa do contexto de desenvolvimento de uma Política Nacional de Promoção da Saúde de um país marcado pela desigualdade social como é o Brasil (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

#### 7.3.2.2 A compreensão sobre promoção da saúde na PNPS

O conteúdo introdutório da PNPS não apresenta uma definição conceitual sobre promoção da saúde, possivelmente pelo motivo apontado por Traverso-Yépez (2007, p. 225), referindo-se a dificuldade de conceituar promoção da saúde como decorrente da própria dificuldade em se definir saúde, devido às dimensões que a

perpassam – social, política, cultural, econômica, espiritual, entre outras – e da sua construção subjetiva.

Assim como no Projeto BRA 98/006 e nas versões preliminares da política de promoção da saúde disponibilizadas em 2002 e 2005, a promoção da saúde é discutida como promotora da mudança do modelo de atenção à saúde, considerado nesses documentos como incapaz de abordar a saúde em sua compreensão ampla, como requer a complexidade do contexto trabalhado no conteúdo introdutório da PNPS.

Também é abordada como “uma das estratégias de produção de saúde” (Brasil, 2006, p.10), e favorecedora da construção por indivíduos e coletivos de modos de viver que possibilitem a melhoria dos determinantes sociais da saúde.

Cabe aqui uma atenção ao termo *modos de viver* trazido no conteúdo introdutório da PNPS, que não mais será enfatizado na continuação do conteúdo da PNPS, parecendo-nos ter sido substituído pelo termo *estilo de vida* no restante do documento.

O entrevistado a seguir indica que nas discussões sobre promoção da saúde na Secretaria de Políticas de Saúde, os *modos de viver* já apareciam como compreensão das possibilidades de escolha dos indivíduos, sendo abordado como mais amplo e oportuno para tratar aspectos da promoção da saúde do que *estilo de vida*:

Porque você pensava assim: “Se eu falo que existe um estilo de vida saudável... e qual é o estilo de vida saudável?” É você caminhar, é você não fumar? E eu digo assim: “Parte deste estilo eu não tenho como atender, embora eu quisesse.” “Ah! Eu não tenho emprego. Eu não tenho salário...”. Não é? Ou assim: “Como é que eu vou fazer? Eu vou caminhar às 3 da manhã, às 4 da manhã, porque eu chego não sei que horas?” Então, a gente pensava o que vem no lugar, já que não é um estilo de vida. Aí você conversa com a pessoa: “É um modo de viver!” Então, o meu modo de viver pode ser mais saudável. O que no meu modo de viver eu posso ou não adotar. E aí é escolha – “Ah! Agora eu não vou mais fazer isso! Vou fazer aquilo!” Mas o que eu preciso fazer neste meu modo de viver, que é meu, que está dado pelas minhas condições, não é? Pelas minhas possibilidades, não só pelas minhas escolhas, não é. A maioria das vezes, a gente não tem escolha. Mas eu tenho que fazer o seguinte: “Como é que eu faço pra que a minha vida seja mais saudável?” Pra nós, essa discussão era mais estratégica do que do estilo, porque ela se aplicaria a qualquer sujeito. E aí, sim, a gente falava: “Achamos um jeito de manter a singularidade!”. (Entrevistado 7).

Campos, Barros e Castro (2004), qualificam os modos de viver contextualizando-os na produção dialética de saberes que implicam no processo de produção e definição das escolhas.

Neste sentido, os modos de viver são abordados no conteúdo introdutório da PNPS alavancando-os como:

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 se dá no contexto da própria vida (Brasil, 2006, p.10).

Aprofundando-se no discurso trazido pela PNPS sobre a produção social da saúde, interpretamos os *modos de viver* como a tradução da relação dialética entre o ser e a construção do mundo ou contexto em que vive, adocece e morre.

Os modos de viver são abordados no conteúdo introdutório a partir do conceito ampliado de saúde, que os liberta da compreensão restrita de que as escolhas estão limitadas ao campo do desejo dos indivíduos e que esse campo está alheio às condições objetivas de vida, determinantes dessas escolhas.

A compreensão sobre promoção da saúde apresenta-se fortemente imbricada com o entendimento sobre *modos de viver*.

Apontada na Carta de Ottawa (1996) e ratificada na Declaração de Santafé de Bogotá (1992), a implicação dos trabalhadores da saúde na produção da mesma é abordada no texto introdutório da PNPS, como importante para promover a mudança no cuidado, com vista à integralidade da atenção.

A partir desses elementos disponibilizados ao longo do conteúdo introdutório da PNPS é que a promoção da saúde é compreendida como uma estratégia que possibilita focar os aspectos determinantes do processo saúde-doença na perspectiva da mudança do modelo de atenção à saúde e da articulação do setor saúde com outros setores para melhoria desses determinantes e para promoção de modos de viver saudáveis.

### 7.3.2.3 A PNPS e os princípios e diretrizes do SUS

Analisando o conteúdo introdutório da PNPS a partir dos princípios e diretrizes do SUS apontados no Art. 198 da CF e da Lei nº 8.080/90, é possível observar que estão presentes elementos da *participação social*, reforçada ao longo do texto da PNPS como essencial no processo de construção de novas estratégias para produção da saúde; da *autonomia*, referenciada na PNPS a partir dos modos de viver, trazendo as dimensões subjetivas e objetivas do viver imbricadas na produção desta autonomia; a *integralidade da atenção e do cuidado*, abordada na PNPS como garantia constitucional e envolvida na articulação e sintonia entre as estratégias de promoção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, com fins de deslocar o foco da atenção à saúde da relação doença-sintomas para acolhimento da história dos usuários e da *epidemiologia* enquanto instrumento para definição de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, destacando o estreitamento da relação entre a promoção da saúde e a vigilância em saúde numa articulação que reforça a existência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias e na execução de agendas governamentais (BRASIL, 1998, 1990, 2006).

Ainda na perspectiva dos princípios e diretrizes, o conteúdo introdutório pauta a co-responsabilidade dos sujeitos com a produção da saúde, prevista no do Art. 2º da lei 8080/90, abordando-a de forma a fugir da culpabilização destes no processo de saúde-adoecimento, trazendo-a para uma esfera de compartilhamento entre governo e cidadão na produção da saúde.

Apresenta o trabalho em rede como favorecedor do diálogo e da corresponsabilidade com a produção da saúde e como estratégia para o “agir sanitário” (BRASIL, 2006, p. 12), conforme preconizou a Declaração de Jacarta (1997).

Aborda a intersetorialidade como essencial à produção da saúde, dadas as dimensões objetivas e subjetivas que a compõe e a complexidade dos contextos onde é produzida, extrapolando o alcance do setor de saúde e exigindo a participação da sociedade civil e de outros setores para promoção da qualidade de vida.

Princípios do SUS como, integralidade, intersetorialidade, participação social e corresponsabilidade são debatidos no conteúdo introdutório da PNPS como catalisadores do processo de promoção da saúde, favorecendo a alteração dos

modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde e a articulação e sintonia entre as estratégias de promoção da saúde com vistas a qualidade de vida.

A equidade, a responsabilidade sanitária, a informação, a educação, a comunicação e a sustentabilidade são apenas citados ou apresentados no conteúdo introdutório como diretrizes do MS para a PNPS, não se detendo a aprofundar sua relação e implicação no contexto desenhado, o que consideramos um prejuízo na perspectiva de fornecer embasamento teórico-conceitual e esclarecer as implicações destes princípios no processo de produção da saúde para gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Para nós, o aprofundamento desses princípios poderia facilitar a construção de identidade com a proposta da política e a identificação de elementos produtores e resultantes do processo saúde-doença no contexto local.

#### 7.3.2.4 A promoção da saúde e a vigilância em saúde no conteúdo da PNPS

Considerando o processo de elaboração da PNPS de 2003 a 2006 e os elementos trazidos pelos atores entrevistados sobre a promoção da saúde e a vigilância em saúde, é importante fazer um destaque especial para o princípio referente à utilização de informações epidemiológicas para estabelecimento de prioridades, que expressa a aproximação e interlocução da promoção da saúde com a vigilância em saúde.

Sobre esta questão, Traverso-Yépez (2207, p. 230), quando se refere ao estreitamento da promoção da saúde com o conceito de vigilância em saúde destaca a “exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias” (Brasil, 2006, p. 11), que conclama o *protagonismo dos cidadãos*, a *participação social* e o *trabalho em rede*, que para a autora constitui-se num convite às “formas democráticas de convivência” que estão em desencontro com as formas hierárquicas de relacionamentos vigentes, construídos no contexto de uma sociedade vertical e estratificada como é a brasileira.

Apesar da vigilância em saúde ser referenciada em todo o texto da PNPS, especialmente quando se refere às *Ações específicas*, no conteúdo introdutório não

é apresentada uma definição ou esclarecimento sobre que compreensão de vigilância em saúde é destacada para dialogar com a promoção da saúde.

À luz do processo de construção do conteúdo da PNPS já debatido neste trabalho tem-se como quase impossível não ser abordada a importância da articulação entre promoção da saúde e vigilância em saúde no conteúdo da PNPS.

O que observamos é a necessidade da definição de qual concepção de vigilância em saúde se está falando para provocar os *consensos e sinergias* propostos entre as duas políticas e o reflexo na operacionalização desta integração no contexto dialético e complexo em que a promoção da saúde opera, a partir da implementação das estratégias e ações prioritárias propostas na PNPS.

A aproximação entre a Vigilância em Saúde e a Promoção da Saúde foi discutida por autores como Carvalho (2005), Teixeira (2002) e Czeresnia (2003), quando das análises dos movimentos e concepções de promoção da saúde, dos modelos de atenção à saúde no contexto de descentralização do SUS e da diferença entre promoção e prevenção, respectivamente.

No Brasil, nas décadas de 80 e 90 do século XX, intensos debates no âmbito da saúde coletiva sobre o conceito de Vigilância da Saúde suscitaram pelo menos três vertentes de entendimento: a) A Vigilância da Saúde equivalendo à análise de Situação de Saúde; b) a Vigilância da Saúde como proposta de 'integração' institucional entre a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária e c) A Vigilância em Saúde como definição das práticas sanitárias, sendo duas as apreciações: uma que privilegia a dimensão técnica e outra que privilegia a dimensão gerencial da noção de vigilância à saúde (TEIXEIRA, 2002, p. 36).

Já nessas discussões a vigilância da saúde era abordada e operacionalizada com a promoção da saúde.

Para Carvalho (2005, p.111), esse movimento de aproximação é desenvolvido pela corrente da Vigilância da Saúde que afirma ser a saúde resultante de um processo de acumulação social, que se expressa em um estado de saúde, multideterminado, sendo possível encontrar suas dimensões em quatro causas principais: biologia humana, serviços de saúde, estilo de vida e meio ambiente.

Neste sentido, segundo o autor, a corrente da Vigilância da Saúde propõe este campo como orientador das práticas sanitárias na produção do cuidado.

Atualmente a promoção da saúde está presente no debate sobre a operacionalização da vigilância em saúde, já que esta incorporou a promoção da

saúde como uma de suas ações, como nos mostra a definição do MS quando se refere à articulação da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica:

uma forma de pensar e agir, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, é, pois, referencial para mudanças do modelo de atenção. (VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA, 2008, p. 6).

Abordada em articulação com a Atenção Básica a Vigilância em Saúde opera em territórios de saúde, como aponta Teixeira (2002, p. 43). Neste sentido, promove o diálogo entre suas ações e as de assistência à saúde e produção do cuidado de indivíduos e coletividades.

A Vigilância em Saúde, na compreensão do MS e de Teixeira (2002), parece emprestar à Atenção Básica a análise de situação de saúde e as técnicas para construção do planejamento, sendo fundamental receber desta a participação popular e a inclusão de novos sujeitos como fundamentais no processo de produção da saúde.

Entendemos que é necessário trazer a determinação social da saúde para o processo de operacionalização da vigilância em saúde na perspectiva da promoção da saúde, compreendendo os riscos à saúde imbricados na sua produção social e a autonomia dos sujeitos determinada pelas condições subjetivas e objetivas de vida.

Assim definida, a Vigilância em Saúde deverá propor o constante diálogo com a promoção da saúde desde a produção da análise de situação da saúde até a execução das ações.

Porém, sendo a promoção da saúde abordada como estratégia de mudança de modelo de atenção à saúde, acreditamos que no diálogo proposto no conteúdo da PNPS, a promoção da saúde deva se configurar como orientadora das políticas de saúde, entre elas a de Vigilância em Saúde, não se reduzindo a uma esfera de atuação dessa área.

Esta compreensão é reforçada pelas reflexões de Czeresnia (2003), quando destaca a diferença entre prevenção e promoção, referenciando a primeira como ações destinadas a evitar o aparecimento de doenças, e a segunda, caracterizada por ações que objetivam a transformação das condições de vida, sendo, portanto, mais ampla que a prevenção e transcendente ao setor de saúde.

O que nos parece é que no conteúdo da PNPS, a abordagem da Vigilância em Saúde, além de se configurar como operacionalizadora das ações de promoção, conforma-se textualmente como uma espécie de ventosa, que se gruda no universo da promoção da saúde, fazendo o nexo entre esta e as práticas e possibilidades existentes no setor, não favorecendo uma direção contra-hegemônica necessária à pretendida mudança do modelo de atenção. Essa conformação possivelmente tenha sua origem na dificuldade de serem operacionalizadas ações de promoção da saúde no seu sentido amplo, dada a finitude do alcance do setor de saúde para o enfrentamento dos determinantes sociais (CZERESNIA, 2003).

#### 7.3.2.5 Sistematizando os elementos do conteúdo introdutório da PNPS

Em consonância com a observação dos entrevistados sobre a introdução da PNPS, que não expressaram nenhuma questão que implicasse no comprometimento conceitual do conteúdo introdutório frente aos princípios e diretrizes do SUS e as Cartas de Promoção da Saúde, sintetizamos as concepções presentes no conteúdo introdutório categorizado a partir dos elementos destacados nessa parte da política:

- Concepção de saúde: ampliada, determinada e condicionada socialmente, fruto da produção social da vida;
- Concepção de promoção da saúde: conferida a partir do conceito ampliado de saúde; estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde, que possibilita o enfoque dos aspectos determinantes do processo saúde-doença; mecanismo para fortalecimento e implantação de uma política transversal e integrada; promotora de diálogos intra e intersetoriais; criadora de mecanismos redutores de vulnerabilidades, defensores da equidade e que promovam a participação social nas políticas de saúde; reorientadora do modo de organização, planejamento, análise e avaliação do trabalho em saúde;
- Cuidado: integral, compartilhado por trabalhadores e usuários.
- Sujeito: partícipes, históricos e atores no processo de produção da saúde;

- Estratégias: trabalho em rede; territorialização das ações de saúde; estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias definidas na Carta de Ottawa (1986).

### 7.3.2.6 Objetivos e estratégias de implementação da PNPS

Como componentes do conteúdo da PNPS, estão os objetivos e as estratégias para sua implementação. Os objetivos dividem-se em geral e específicos. É objetivo geral:

promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. (MS, 2006, p. 17).

No objetivo geral, o conteúdo da PNPS sistematiza a intenção da construção e implementação de uma Política de Promoção da Saúde, reforçando a compreensão da saúde como determinada socialmente, fortemente apresentada na introdução. Os objetivos específicos da PNPS são:

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

- X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;
- XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e
- XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade (MS, 2006, p. 17).

A PNPS tem como diretrizes o reconhecimento da promoção da saúde como parte fundamental da busca de equidade e melhoria da qualidade de vida; ações intersetoriais com vista à integralidade das ações de promoção da saúde; a participação social como promotora do empoderamento individual e coletivo, práticas horizontais de gestão com o estabelecimento de redes intersetoriais, o incentivo à pesquisa em promoção da saúde e a divulgação de iniciativas de promoção da saúde para profissionais gestores e usuários do SUS (Brasil, 2006, p. 19).

Como observa Traverso-Yépez (2007, p. 231), os objetivos e as diretrizes são recorrentes em relação à preocupação em promover a “qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade aos riscos à saúde”.

Tendo como referência os objetivos geral e específicos da PNPS, propomos a leitura dos mesmo a partir das discussões sobre níveis de intervenção nos determinantes sociais da saúde proposto por Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 86), construída a partir do modelo de determinantes sociais desenvolvido por Dahlgren e Whitehead, com vistas a lançar luz sobre as estratégias propostas no conteúdo da PNPS para o alcance dos objetivos.

Nesse modelo, os autores identificam o indivíduo e as características biológicas no centro, seguido pela camada que traz o estilo de comportamento dos indivíduos; outra camada com a influência das redes comunitárias e de apoio; a seguinte com os fatores de condições de vida e trabalho e o acesso a bens e serviços essenciais à vida e, uma última camada, que traz o que os autores denominam de macrodeterminantes relacionado à economia, cultura e ambiente da sociedade, o que influencia todas as demais camadas do modelo.

Segundo um dos entrevistados, o texto da PNPS – especificamente as Ações específicas – aborda os três níveis da determinação da saúde:

Se a gente tentasse contemplar os três níveis, a gente vê que a questão, por exemplo, do álcool, da alimentação saudável, da atividade física, elas estão muito ligadas ao primeiro nível, não é? A questão de violência, trânsito, ela está muito vinculada no segundo nível. Do desenvolvimento, eu vejo, não é? Está vinculada no segundo nível e no terceiro nível, que é a

mudança de modelo de desenvolvimento, que você começa a pensar nos determinantes, no desenvolvimento mais sustentável, mas também tem que ter a parte dos gestores. Então, assim, claro que isso é uma coisa muito didática, todas as estão interligadas, mas eu penso que ela não está incoerente. Por quê? Porque ela está contemplando os três níveis. (Entrevistado 1).

É possível vislumbrar que os objetivos da PNPS alcançam todas as camadas do modelo de Dahlgren e Whitehead, o que remete ao desenvolvimento de estratégias de implementação da PNPS que visem atuar em todos os três níveis de intervenção proposto por Buss; Pellegrini Filho (2007), a saber:

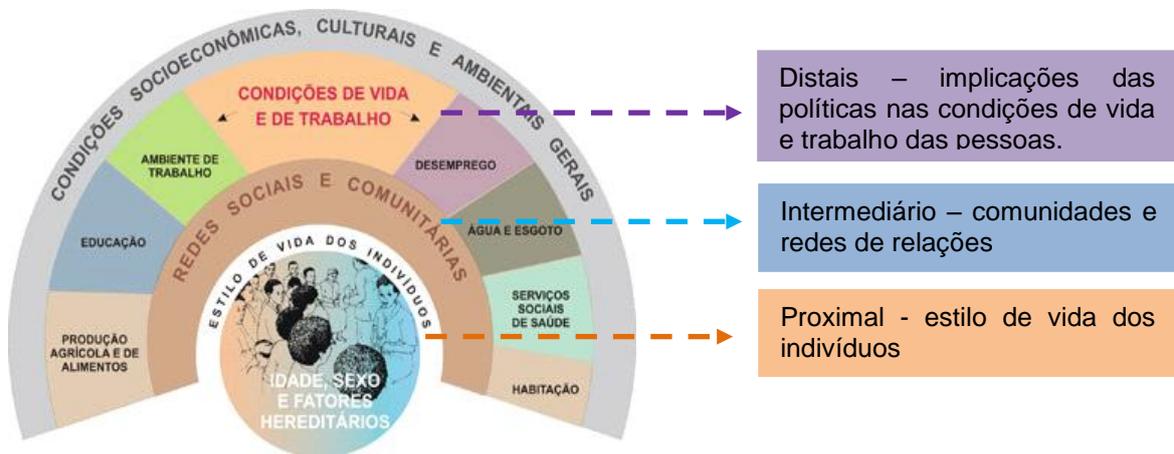


Figura 1: Modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, com contribuição de Buss; Pellegrini Filho (2007).

Segundo esses autores, a atuação no nível proximal exige o desenvolvimento de políticas de ampla abrangência, promotoras de mudança de comportamento, fazendo uso de programas educativos, de comunicação social, favorecendo o acesso a alimentos saudáveis e criando espaços públicos para a prática de atividade física. Ainda neste nível, os autores pontuam a proibição da propaganda do tabaco/cigarro e do álcool, trazendo a regulação como estratégia para a promoção da mudança de comportamento (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No nível intermediário, é referenciado o desenvolvimento de políticas que promovam a construção de redes de apoio e o fortalecimento da organização e participação de pessoas e comunidades, estratégia e princípio fortemente discutido no marco-teórico da PNPS e referenciado nos objetivos.

No último nível de intervenção, que corresponde as duas últimas camadas do modelo de Dahlgren e Whitehead, é destacada a implicação das políticas sobre as condições de vida e trabalho das pessoas. Essas devem favorecer o acesso a educação, habitação, saúde, emprego, água limpa, entre outros – tidos como determinantes da saúde –, observando-se a necessidade da articulação intersetorial e integrada entre os diversos setores responsáveis por desenvolver estas condições.

Para alcance dos objetivos propostos, a PNPS organiza sua implementação em treze estratégias desenvolvidas pelas esferas federal, estadual e municipal de gestão do SUS, numa clara referência à descentralização das ações, preconizada na Lei nº 8.080/90, e a cogestão do sistema de saúde, fortalecida pela Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que institui o Termo de Compromisso de Gestão como instrumento de pactuação de ações e resultados entre essas esferas.

As estratégias de implementação propõem ações comuns para as esferas de gestão do SUS: a articulação ascendente entre esses níveis para o desenvolvimento das ações; a formação dos profissionais de saúde; a articulação intersetorial; a divulgação de informações; o planejamento e a avaliação das ações de promoção da saúde; o estabelecimento de indicadores para acompanhamento e avaliação de impacto da política de promoção da saúde; a viabilização de linha de financiamento para a promoção da saúde e o apoio às experiências de educação popular (BRASIL, 2006).

Também apresenta oito Ações específicas que foram priorizadas para o biênio 2006-2007:

1. Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;
2. Alimentação Saudável;
3. Prática corporal/atividade física;
4. Prevenção e controle do tabagismo;
5. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas;
6. Redução da morbimortalidade pro acidentes de trânsito;
7. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
8. Promoção do desenvolvimento sustentável. (BRASIL, 2006, p. 27)

Parece-nos que as ações específicas da política referem-se à responsabilidade do MS, dado o alcance nacional presente em todas elas. A sua descrição não deixa clara a dimensões de atuação dos entes federados.

A descrição dessas ações no conteúdo da PNPS parece reforçar o que apontou o processo de construção desta política discutido anteriormente: à época,

as ações prioritárias foram desenvolvidas a partir da agenda das Secretarias de Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde e Gestão do Trabalho do MS; ou seja, uma agenda federal para uma política nacional.

Outro elemento que se destaca, tanto nas Estratégias de implementação quanto nas ações específicas da PNPS, é a referência ao documento da EG sobre a alimentação saudável, atividade física e saúde (BRASIL, 2006), confirmando a informação dos entrevistados sobre a influência deste documento na elaboração do conteúdo da política de promoção da saúde.

As diretrizes do documento da EG aparecem com mais força no documento da PNPS a partir das *Estratégias de implementação* dessa política.

O documento da EG produzido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), divulgado em 2003, pauta ações no âmbito da alimentação saudável, atividade física, doenças crônicas, obesidade e excesso de peso, câncer, diabete e doenças cardiovasculares (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003, p. 3).

Justifica as intervenções a partir do quadro do avanço das doenças crônicas não transmissíveis como principal causa mundial de morbimortalidade, recrutando o sujeito como elemento principal para esta mudança, pois compreende o processo de escolha restrito ao desejo do sujeito de mudar hábitos ou estilo de vida, diferente do que está preconizado no conteúdo introdutório da PNPS. Senão vejamos:

No mundo inteiro, as pessoas estão consumindo mais alimentos de grande densidade energética com altos teores de açúcar e gorduras saturadas, ou excessivamente salgados. (OPAS, 2003, p. 9)

[...] a alteração nos hábitos alimentares e no ritmo de atividade física, assim como a ausência do fumo, podem produzir mudanças rápidas nos fatores de risco e na carga relativa de doenças crônicas. (OPAS, 2003, p.13)

[...] a melhor forma de enfrentar o problema é convidar a população mundial a modificar os hábitos alimentares e praticar exercícios físicos regularmente como forma de prevenir e controlar o câncer. (OPAS, 2003, p. 38)

O sujeito que aparece na introdução da PNPS – protagonista, ator social – parece ter adoecido nesta parte do conteúdo, carecendo de ações educativas e prescritivas para reduzir os riscos à saúde, os quais podem ser evitados pelas efetivação das escolhas saudáveis. Um dos entrevistados também faz essa reflexão:

Então, eu acho que, pra alguns, para algumas pessoas, talvez, a maioria das pessoas que trabalham promoção, assim, talvez possa dar uma idéia

errada do que é a promoção da saúde, não é? Errada. Pode difundir a promoção da saúde na perspectiva mais comportamentalista, prescritiva da agenda. (Entrevistado 2).

A EG (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004) é abordada quando as estratégias de implementação da PNPS se referem ao apoio à inclusão de ações de promoção em todos os níveis de atenção; ao apoio a Estados e Municípios no desenvolvimento de ações voltadas para a EG; ao apoio a iniciativa de estudos de impacto na situação de saúde considerando as ações de promoção da saúde, priorizando a construção de indicadores para a EG na Escola Promotora de Saúde (BRASIL, 2006).

A prevalência da Vigilância em Saúde nesta parte do conteúdo da PNPS e a orientação da EG para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde podem ter provocado o aparecimento, no conteúdo, da abordagem da promoção da saúde na perspectiva de prevenção e redução dos fatores de risco para as doenças crônicas e os agravos à saúde.

Possivelmente também tenham sido responsáveis pelo surgimento nesta parte do conteúdo da PNPS de termos como: *estilo de vida, hábitos de vida, redução, controle, prevenção, aconselhamento, cessação e restrição de acesso* presentes ao longo do conteúdo.

O aparecimento com mais força da Vigilância em Saúde justamente nas orientações para implementação da PNPS pode ser explicado por elementos trazidos no processo de formulação da PNPS.

Parece-nos que, com o objetivo de operacionalizar a PNPS contextualizada em questões da saúde pública que aproximasse a promoção do objeto da vigilância em saúde, as ações específicas propostas centraram-se na mudança do estilo de vida dos sujeitos.

A constatação do discurso político-prescritivo na PNPS feita por Traverso-Yépez (2007, p. 232) na sua análise de conteúdo é evidenciada nas ações específicas, reforçando outra percepção da autora: a ambiguidade do discurso presente no conteúdo da política de promoção.

Um dos nossos principais achados é a constatação do duplo discurso sobre promoção da saúde, movendo-se da concepção de promoção da saúde para a de prevenção de doenças na perspectiva de Leavell; Clark (1974), o que é corroborado por Traverso-Yépez (2007).

Lançando luz sobre as ações prioritárias e seu reflexo no alcance dos objetivos da PNPS, vê-se que os últimos, dada sua amplitude de alcance, não serão facilmente efetivados por meio das ações específicas propostas, cabendo aos formuladores repensarem estas ações ou os próprios objetivos.

Possivelmente, em um processo de revisão do conteúdo da PNPS, venha a residir o dilema entre reduzir a amplitude das ações de promoção da saúde para torná-las factíveis, haja vista que, apesar da promoção da saúde pretender-se como campo de convergência com outras políticas, a PNPS localiza-se, essencialmente, no campo de atuação da saúde; e, na outra ponta, a decisão de ampliar o escopo das ações para trabalhar mais fortemente os determinantes sociais, correndo o risco de remeter a maioria delas à resultados intersetoriais mais difícil de acontecerem, dada a fragmentação das políticas públicas e a dificuldade delas se reconhecerem operando de forma integrada para um objetivo comum: promoção da saúde e qualidade de vida.

É nesta parte do conteúdo – Ações específicas – que se detiveram as críticas dos entrevistados.

Segundo a maioria dos entrevistados, não há sintonia entre a introdução da PNPS e as ações específicas propostas, sendo estas consideradas como reducionistas, excessivamente recortadas ou como uma segunda parte da PNPS:

O contexto da PNPS, ele tem duas partes A segunda parte, ela é mais estratégica, não é? Então, eu acho que essa parte de ações, de atividades, de objetivos, ela é muito focada em questões mais comportamentais. Então, qualquer um que ler a política, vê que tem uma diferença: a primeira parte e a segunda parte. (Entrevistado 2).

Olha, primeiro que eu acho que nós recortamos. (as ações específicas). Até do ponto de vista do que nós conseguíamos definir como prioridade e ter ações concretas de intervenção nessa área. (Entrevistado 9).

Os atores se referiram especificamente a sete das oito ações prioritárias propostas, possivelmente por entender que a primeira delas – Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde – está exclusivamente dedicada ao Ministério da Saúde, como deixa claro o seu conteúdo.

Porém, cabe destacar que estas sete ações aparecem nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde desde o Projeto BRA 98/006, ganhando maior destaque na versão de 2006.

Essa evidência aponta que as ações prioritárias propostas no conteúdo da PNPS, construídas sob a coordenação da SVS, não são elementos novos. No processo de 2003 a 2006, mais parecem que foram retomadas do que apresentadas como ações específicas.

Quando perguntados sobre o que mudariam no conteúdo da política caso fossem convidados a reescrevê-lo, as respostas do conjunto dos entrevistados apontaram mudanças em seis aspectos da PNPS:

1) No conteúdo em geral:

- a) a quantidade de objetivos seria reduzida e esses seriam reescritos a partir do alcance do setor saúde;
- b) O aspecto da subjetividade do sujeito seria trabalhado no texto.

2) Na implementação das ações:

- a) seriam desenvolvidas a partir das potencialidades do território em saúde;
- b) consideraria o território como espaço vivo para o desenvolvimento das ações;
- c) permaneceria com as prioridades, acrescentando o espaço da escola;
- d) mudaria a estratégia de aproximação das ações locais, não restringindo as ações específicas ao financiamento da promoção da saúde.

3) Das características das ações:

- a) não seriam prescritivas;

4) Do alcance da PNPS:

- a) mais amplo, para além de fatores de risco. Uma promoção da saúde para as políticas nacionais.

5) Sobre o financiamento:

- a) PNPS seria cofinanciada por outras secretarias do MS.

Todos os entrevistados disseram ser necessário, em maior ou menor grau, rever as Ações específicas da PNPS, pois essas são restritas e focadas em fatores de proteção para doenças crônicas não-transmissíveis.

Ainda na forma de operacionalização, dois entrevistados sugeriram a atuação em lócus específicos de intervenção, citando como exemplos a escola, o ambiente de trabalho e a comunidade ou bairro. Na opinião desses entrevistados, a PNPS deveria ser mais propositiva, apresentando ações que poderiam ser desenvolvidas nesses espaços.

Como não poderia deixar de ser, a intersectorialidade apareceu em todas as falas como requisito das ações de promoção.

Sabe-se que esse princípio da promoção é abordado tendo como pano de fundo o conceito ampliado de saúde, que exige, essencialmente, ações que ampliem o seu alcance (BUSS, 2000), compreensão essa que permeou a fala de todos os entrevistados.

Apenas um entrevistado informou que mudaria os objetivos específicos da PNPS. Segundo ele:

os objetivos específicos são para atender um contexto político do momento que a política foi escrita. Então eles atiram em todos os lados e eles não são objetivos, na verdade. Então, eu reduziria o número de objetivos e tornaria os objetivos específicos mais diretos, pegando só coisas críticas. (Entrevistado 8).

Sobre esta questão, chamou-nos atenção a ausência do que consideramos o maior objetivo da PNPS: a mudança do modelo de atenção à saúde na descrição dos objetivos geral e específico da PNPS.

O objetivo geral centra-se na mudança dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, enquanto os específicos aproximam-se de forma sutil da ideia de promoção da saúde como estratégia de produção da saúde e mudança do modelo de atenção à saúde, que podemos destacar como subliminarmente colocada, sendo necessária sua explicitação como principal mudança a ser galgada pela implementação da PNPS.

Para nós, a partir da leitura dos documentos preliminares e final da Política Nacional de Promoção da Saúde, o objetivo geral da PNPS seria a mudança do modelo de atenção à saúde, aproximando a possibilidade de sua efetivação da capacidade e alcance da área proponente da política: a saúde.

Outro elemento trazido por um dos entrevistados foi o financiamento da promoção da saúde, destacado como questão a ser mudada na política. Segundo ele:

hoje o grande limite que a gente tem em relação à promoção da saúde é como é que dá a questão do financiamento na promoção da saúde nos três níveis de governo? Sendo que o que tem de financiamento da promoção hoje, por exemplo, está só na Secretaria de Vigilância. (Entrevistado 9)

No caso da PNPS, o que não há é a universalização do financiamento, já que os Fundos de Saúde representam o principal mecanismo de repasse no setor para todos os entes federados.

A fala do entrevistado 9, observada pelo aspecto da construção e implementação de uma política pública transversal como a promoção da saúde, traz a preocupação da SVS estar assumindo a responsabilidade de financiamento da PNPS, indicando a necessidade de construir um plano de financiamento, conforme orienta Viana (1996), entre as três esferas de gestão do SUS para favorecer o alcance dos objetivos propostos para a promoção da saúde.

No conteúdo da PNPS observa-se que é mencionado o compromisso tripartite para o financiamento e, quando trata das estratégias de implementação, é citada a construção de linhas de financiamento para a promoção da saúde na política de educação permanente.

Porém, o anexo B já aponta um formato de financiamento quando da publicação da Portaria nº 2.608/2005, que destina recursos a Estados e capitais por meio do teto Financeiro da Vigilância em Saúde para estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, com ênfase na EG – alimentação saudável, prevenção do tabagismo e atividade física (BRASIL, 2006).

Conforme informa um dos entrevistados, a escolha de financiar ações da EG foi fortalecida pela possibilidade de serem desenvolvidas ações conjuntas entre os elementos da proposta e pela impossibilidade de, naquele momento, serem escolhidos e difundidos programas locais como modelos nacionais:

Nós tivemos assim muita pressão do gabinete inclusive na área de atividade física pra gerenciar, assumir um programa como modelo para área da atividade física. Então o que a gente colocava é que a gente não tinha um modelo fechado e que nem era essa a intenção da Secretaria de Vigilância, mas sim definir, em parceria com os municípios, não é? Do ponto de vista até da autonomia na criação de vários modelos. Então nós repassamos recursos para o conjunto das capitais para que eles financiassem então projetos de estratégia global. Então por isso que naquele momento o foco ainda era estratégia global até porque a gente achava que podia ter uma ação um pouco mais integrada, pegando mais esses dois eixos de alimentação e atividade física. (Entrevistado 9).

O formato do financiamento desenvolvido pela SVS é um dos aspectos criticados por oito dos nove entrevistados.

As falas a seguir sintetizam a percepção dos entrevistados sobre financiar a promoção da saúde por meio de sete ações específicas e indica outro recorte efetivado na implementação da política:

No investimento da política tem uma vertente forte, até nas áreas prioritárias e no investimento estratégico de implementação da política, que é uma visão do Hemisfério Norte, não é? E que você considera que algumas questões básicas, chaves para promoção de saúde, que é a ação intersetorial, que é trabalhar com equidades, que é trabalhar com determinantes sociais, elas aparecem com muito menos saliência do que deveriam aparecer. Se na caixinha vem que ele pode usar para fazer, para comprar equipamento para atividade física, ele vai fazer. E ele vai estar achando que ele está fazendo promoção de saúde com isso: se ele comprar o equipamento e estar disponibilizando nas unidades de saúde para as pessoas fazerem atividade física. Então, é lógico que no inconsciente coletivo, essa é a tradução que se faz da política nacional de promoção da saúde. (Entrevistado 3).

Essa agenda, acho que veio pela dificuldade de perceber a execução de uma política; a impossibilidade de lidar com o que não sabe-se onde vai dar. Ou seja, na forma que você discutia modos de vida e modos de viver respeitando toda uma conjuntura social, econômica, você pensava num projeto de cidade e cidade aí território, territorialização, sentimento de pertinência. Pensava em mudança de forma de sociedade, de organização e hoje a política da forma que está colocada hoje no contexto que ela está colocada ela abrange áreas como uma estratégia para efetivação, só que na prática ela recorta eixos, não é? De repente você financia projeto de promoção ligado à atividade física, prática corporal como uma forma de executar, mas só que isso não garante a política de promoção. (Entrevistado 6).

De fato, na análise dos documentos de repasse de recurso para Estados e Municípios no período de 2005 a 2006, foi identificado na Portaria nº 2.608/2005, financiamento para Estados e capitais desenvolverem atividades no âmbito da EG (atividade física, alimentação saudável e controle do tabagismo), repetida no Edital nº 2 de 11 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006), desta vez ampliada para estados e municípios. De forma concomitante, foram financiados projetos de implementação dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde de 2005 a 2006.

O recorte encontrado refere-se à disseminação de projetos no âmbito da EG e de prevenção de violências e acidentes de trânsito, não sendo encontradas referências às ações de redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas e promoção do desenvolvimento sustentável, que constam na PNPS (BRASIL, 2006).

Sabe-se que esta forma de financiamento permanece na atualidade como estratégia de desenvolvimento das ações de promoção da saúde por Estados e Municípios, o que possivelmente compromete a ampliação do escopo dos projetos e

o alcance dos objetivos centrados no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

#### **7.4 Os Atores**

Para Araújo Jr; Maciel Filho (2001), os atores são os agentes das políticas, e, como tais, carregam para formulação das políticas suas expectativas, ideologias e valores.

São responsáveis por influenciar políticas, processos e por definir assuntos da agenda governamental (VIANA, 1996).

Na análise dessa categoria, Araújo Jr; Maciel Filho (2001), elencam passos para identificar a participação e a importância desses atores no processo:

- a) Identificar os principais atores envolvidos na política;
- b) Identificar a posição de cada ator em relação à política;
- c) Descrever se o ator está ou não mobilizado, de acordo com a posição do mesmo;
- d) Estabelecer as relações de poder de cada ator, em relação aos demais;
- e) Analisar as possibilidades de alianças e coalizões;
- f) Analisar a viabilidade da política.

Com base no proposto pelos autores, serão discutidos os achados sobre os atores nesse processo, sendo enfatizado os três primeiros passos recomendados por Araújo Jr; Maciel Filho (2001).

##### **7.4.1 Os atores do processo de formulação da PNPS**

Durante os oito anos em que a promoção da saúde foi discutida no Ministério da Saúde até sua materialização em política de saúde, vários atores despontaram nesse processo.

Segundo a análise das entrevistas e documentos, a OPAS aparece nesse processo como ator importante na discussão sobre promoção da saúde no período de 1998 a 2004. As falas a seguir ratificam essa informação:

Eu comecei a participar de alguns eventos promovidos aí pelo Ministério da Saúde, pela OPAS, que vinham discutindo a necessidade de criar uma política. (Entrevistado 3).

E, em 99, a gente se aproxima da OPAS, que estava interessada em pensar a avaliação da efetividade, da busca de evidências, quer dizer, a promoção da saúde é um movimento mas, e como que nós vamos analisar essa coisa. Funciona ou não funciona, se isso tem impacto ou não tem pacto. E aí a OPAS inicia esse processo. (Entrevistado 5).

Outro ator identificado nas análises como atuante em 2004 foi a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que institucionaliza nesse mesmo ano o Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde (CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2004).

Esta referência é importante, dado que em grande parte as decisões sobre políticas são tomadas em contextos organizacionais, respondendo a expectativa de sua principal função – servir a sociedade –, não havendo sentido acontecer fora deles (HEIDEMANN; SALM, 2009, p.34).

O CONASS e CONASEMS também foram referenciados na fala dos entrevistados como atores importantes no processo, como mostrado em outros pontos do trabalho.

Várias instituições de ensino brasileiras foram representadas nesse processo.

Segundo os entrevistados, os representantes desse setor eram oriundos das Universidades Federais de Pernambuco (UFPE) e Goiás (UFGO), das Universidades de São Paulo (USP) e Campinas (UNICAMP), da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

Recortando a participação dos atores para o período do estudo – 2003 a 2006 – tanto a participação quanto a influência exercida por eles foi visível no momento da saída da promoção da saúde da SPS, sua passagem pela Secretaria Executiva, sua alocação na SVS e a construção das ações prioritárias ou agenda da PNPS.

No âmbito do Ministério da Saúde, os primeiros atores identificados são Regina Benevides, assessora de Gastão Wagner, Secretário Executivo do Ministro

Humberto Costa. Este último aparece como ator determinante do processo ao protagonizar a extinção da SPS e a alocação da promoção da saúde na SVS.

No processo de formulação da PNPS no período de 2004 a 2006 um dos atores identificados é o Secretário de Vigilância em Saúde da época, Jarbas Barbosa.

A fala de dois entrevistados aponta o quão decisiva foi sua participação no processo.

Em 2004 ela veio pra Secretaria de Vigilância e nesse momento o Jarbas ele reuniu esse conjunto de atividades aqui CGDANT: a promoção e trouxe da (SAS) também uma área de violência. (Entrevistado 9)

Eu lembro que no dia da aprovação da PNPS na CIT o CONASS não quis votar. Aí a intervenção do Jarbas foi decisiva para que ela fosse votada naquele dia. (Entrevistado 8)

Tem-se no processo de formulação e aprovação da PNPS um ator governamental do “alto staff” (VIANA, 1996) da gestão pública conduzindo o processo, o que possivelmente contribuiu para conformação do resultado alcançado.

Mas, especificamente na área de gestão da promoção da saúde na SVS, a coordenadora da CGDANT, Deborah Malta, aparece como sendo responsável por aproximar as discussões da vigilância em saúde da promoção da saúde: “Deborah Malta foi importante nesse processo de trazer a vigilância e unir com a promoção da saúde.” (Entrevistado 5)

O destaque do entrevistado traz a importância do conhecimento político e técnico no desenvolvimento de um processo de formulação e pactuação de políticas.

O então diretor do Departamento de Análise de situação da saúde, Otaliba Libânio – junto com os demais participantes do processo – também configura como um dos atores no processo: “Deborah, Libânio e o Jarbas foram fundamentais nesse momento com as suas articulação políticas para garantir a aprovação da política.” (Entrevistado 8).

Outros atores mencionados nas entrevistas e encontrados no documento da PNPS são Adriana Castro e Dais Rocha, na época consultoras internas da CGDANT no processo e também responsáveis pela elaboração do texto da PNPS:

As pessoas que eu lembro, chaves, que sempre discutiam isso eram a Adriana e a Dais que sempre faziam a ponte do Ministério da OPAS para a gente que estava concebendo algumas coisas do lado de cá. (Entrevistado 1).

A Adriana Castro, não é? Sempre que penso no processo me lembro que a Adriana estava envolvida. (Entrevistado 5).

Nogueira (1998) destaca que, na contemporaneidade, a atuação do gestor público difere da atuação do gestor privado pelos componentes técnico e político, necessários à operação das atividades do setor público, que exigem capacidade permanente de articulação entre atores governamentais e não-governamentais.

Sobretudo – enfatiza o autor – o gestor público deve trabalhar pela democratização das ações do Estado e pela transparência administrativa.

Outros atores no âmbito do MS aparecem no momento da discussão das Ações prioritárias da PNPS.

No processo de inclusão de assuntos na agenda política – no caso, da promoção da saúde – Viana (1996) destaca as pressões dos atores como decisivas.

No contexto de disputa, a presença dos atores é fortalecida no processo de decisão. No caso da formulação das Ações específicas da PNPS, os atores visíveis (VIANA, 2006) no processo são os governamentais, como nos aponta um dos entrevistados quando da definição de temas na PNPS:

Tem a estratégia global que traz atividade física e alimentação. O (INCA) traz a história do tabaco por conta do programa da convenção quatro, do programa do tabagismo. Alcool e drogas e violência vêm porque a violência vem para área e aí a violência tinha uma articulação muito maior, assim, a violência tem uma política, mas, na verdade, você começa a justificar a área também, você começa a reforçar isso. Então vem álcool e drogas, o Programa Nacional de DST-AIDS estava dentro da Vigilância e a gente já tinha trabalhado com o programa na Secretaria Executiva. Então vem a questão da sexualidade via programa de DST-AIDS, e o desenvolvimento sustentável só entra porque CONASS e CONASEMS batem. Na verdade porque o CONASEMS bate! (Entrevistado 8).

Parece-nos que nesse processo as *Ações específicas* da PNPS se conformaram como uma agenda dentro da agenda de promoção da saúde, ou seja, assuntos a serem priorizados (VIANA, 1996, p. 7) dentro da promoção da saúde, passíveis de disputa entre os atores.

Como já demonstrado anteriormente, a articulação política definiu o curso da PNPS. Naquele momento, aspectos de fragilidade e/ou de exclusão de atores governamentais importantes no cenário certamente implicariam num novo curso para PNPS que poderia ser a aprovação tardia ou até a não aprovação.

Um dos entrevistados nos fornece elementos para identificar a tensão que permeou esse processo e a importância dos atores envolvidos em administrar as nuances internas que modelavam o processo a todo instante.

Segundo ele, no momento da votação na Comissão Tripartite, o CONASS muda de diretoria e Jurandir Frutuoso assume a presidência. Com o argumento de que não estava acompanhando o processo, foi cogitada a não votação da PNPS, apesar de já constar na pauta (COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE, 2006). Porém, a articulação anterior feita com o CONASS e CONASEMS para escrever o texto que iria para Tripartite conferiu legitimidade ao processo, mesmo sem a presença de alguns dos atores – outrora envolvidos no processo – que ratificariam essa legitimidade.

Outro ator institucional que aparece no processo é a própria SVS, referenciada pelos entrevistados como a responsável pela aprovação da PNPS.

Nas falas dos entrevistados, a SVS aparece no início do processo, em 2004, como ator institucional estratégico, quando *abriga* a promoção da saúde.

No período de construção e aprovação, entre 2005 e 2006, a SVS destaca-se como ator condutor do processo junto às representações do CONASS, CONASEMS e da SAS.

A SVS era, à época, um ator relativamente novo, com sua criação datada de 2003, mas que trazia a institucionalidade de uma secretaria para o processo.

Portanto, tinha-se um contexto viável para aprovação da PNPS, promovido pelo envolvimento dos atores com maior capacidade de decisão – secretário, diretor e coordenadora –, coordenados para garantir a pactuação de uma política somada à necessidade de se ter uma política, consensuada entre os atores envolvidos, como nos mostra o microcontexto desse estudo.

Sobre os aspectos presentes em todos os processos de decisão política, Hofferbert (apud VIANA, 1996, p. 11), aponta “normas que governam a permanência e as mudanças da atenção pública; princípios que governam a ação política e condições que determinam que ações serão escolhidas”.

Para o autor, não é raro que o desenvolvimento de determinadas políticas seja explicado pelas preferências, expectativas e orientações dos elaboradores da política mais que pelo processo em si.

Tentando situar os vários atores no processo de discussão da promoção da saúde, destacamos dos documentos analisados e das entrevistas informações para

montar uma linha do tempo, situando a presença dos atores governamentais e não governamentais e suas dispersões no período de 1998 a 2006, apontados nos marcos anuais de: 1998, 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006.

Com base em Viana (1996), e considerando o processo de formulação da PNPS, definimos nesse estudo que os atores governamentais são aqueles imbricados diretamente na formulação e gestão da política pública (secretários, funcionários, presidente, instâncias de controle social); e os não-governamentais são aqueles que compõem grupos de pressão e interesse, setores acadêmicos (universidades e associações) – mesmo aqueles institucionalmente ligados ao governo –, Organizações Não-Governamentais (ONGs), organismos internacionais, consultores, apoiadores externos e sociedade civil. A figura a seguir representa essa sistematização:

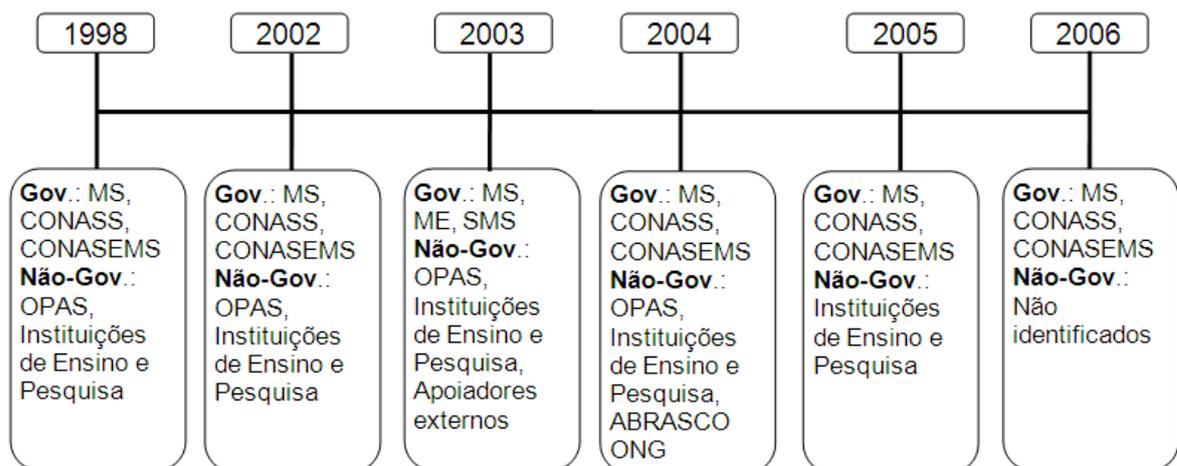


Figura 2: Participação dos atores na linha histórica da construção da PNPS.

Em relação aos atores da sociedade civil, Côrtes (2009) destaca que na literatura os mais influentes nos espaços de disputa e conflitos políticos da saúde são:

organizações de profissionais e trabalhadores de saúde; entidades de trabalhadores, não especificamente da área da saúde; associações comunitárias; movimentos sociais; entidades de portadores de patologias, deficiências, étnicas e de gênero. Os atores de mercado mais influentes seriam os prestadores de serviços, seguradoras de saúde e também organizações de empresários, com interesses não diretamente vinculados à área de saúde (CÔRTEZ, 2009, p. 1627).

Apesar da vasta expressão da organização dos atores sociais na saúde, garantida como princípio na Lei nº 8.080/90, e de tratar-se de uma política que

postula a participação social como essencial à sua materialização (BRASIL, 2002; 2006), não foram encontradas nas entrevistas e nos documentos analisados referências sobre a participação desses atores no processo de formulação da PNPS.

Em relação às instituições de ensino e pesquisa, a participação dos atores no ano de 2005, de acordo com um dos entrevistados, ocorreu em dois momentos.

O primeiro momento contou com representantes da USP e da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que discutiram em conjunto com a CGDANT as Ações prioritárias da PNPS.

O segundo momento, também registrado por um dos entrevistados, foi encontrado nos arquivos da CGDANT. Conforme o documento, em agosto de 2005 foi realizado um evento em Brasília denominado *Oficina de trabalho regional para articulação da política nacional de promoção da saúde com instituições de ensino e pesquisa*, que contou com a participação dos atores deste setor, de ONGs e da OPAS, para discutir formatos de articulação entre estes e o Ministério da Saúde a fim de desenvolver a PNPS.

Porém, analisando a programação do evento, foi observado que a Política de Promoção da Saúde já estava formulada, sendo apenas apresentada aos participantes para ratificação, conforme nos confirma um dos entrevistados:

É. As universidades estavam presentes. Discutimos como operacionalizar a agenda. Mas a agenda da Política já tinha sido construída por nós, daqui da CGDANT, do CONASS e do CONASEMS. (Entrevistado 9).

Sendo assim, apesar de configurarem como atores do processo de formulação da PNPS em 2005, parece-nos que a participação das instituições de ensino e pesquisa deu-se de forma reduzida a poucas representações.

É importante destacar que, justamente no ano de construção das ações pelas quais a PNPS seria implementada no SUS, a diversidade de atores é reduzida, tendo o processo se centralizado nos atores do MS, que são os governamentais.

Possivelmente esse movimento de redução do número de atores não-governamentais no processo seja um dos elementos responsáveis pela variação de respostas dos entrevistados à pergunta: você se considera um participante do processo de formulação da PNPS?

Nessa segunda, acho que não muito. Ah! Um pouco, eu lembro. Eu lembro que a Débora fez uma discussão, e eu lembro que a gente... Eu acho que o CONASEMS que foi um ator mais forte nesta rede. (Entrevistado 5).

Eu me sinto um ator pelas discussões que a gente tinha, pelo desejo, porque a gente sempre estava junto do Ministério da Saúde e da OPAS. E a gente estava sempre se reunindo, a gente sempre discutia, e tentava publicar, e tentava discutir e levar para os alunos, sabe? Então, eu me sinto um ator nesse sentido. Agora, na finalização, eu só sabia das coisas que iam, que eram vetadas, e cortadas. Sabe essas coisas que a gente traz nos encontros? Nos encontros que eu estava, nunca foi trazido assim o texto, não é? Eu sei que teve gente que participou eu acho que até a Geórgia, que participou mais na finalização. Mas assim, eu não. Eu não participei dessa finalização, nesse conhecimento da construção dessa agência. (Entrevistado 1).

Nessa agora? Eu acho que sim. Eu me considero um ator. Porque em alguns momentos, eu participei dessa discussão, mas a decisão final, eu não participei da decisão final. Então, sou um semi-ator, não é? (Entrevistado 2).

Apenas se nos referirmos ao longo do processo – 1998 a 2006 – é possível afirmar que todos os entrevistados se consideram atores na formulação da PNPS lançada em 2006.

As falas dos entrevistados refletem um dos achados do estudo referente ao afunilamento da participação de atores não-governamentais no processo de construção da PNPS, especialmente em 2005.

Sabe-se que nas arenas de disputa da saúde os Governos – em especial o Federal – exercem o papel de decisores fundamentais no processo, sendo coerente encontrá-lo como ator em todo o processo de formulação da política estudada (CÔRTEZ, 2009).

A construção de espaços de participação social na saúde possibilitou a entrada de outros atores nas discussões. Porém, como observa Mendes (2008), a participação depende muito do projeto político em curso, que pode favorecê-la ou não.

Desta forma, o contexto e a condução do processo podem influenciar diretamente na participação dos atores, fazendo com que os mesmos permaneçam, sejam substituídos, surjam ou desapareçam do cenário político de disputa. É possível visualizar esses quatro movimentos na linha histórica de participação dos atores (figura 2).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi gestada durante oito anos no Ministério da Saúde.

Nos anos 90, a elaboração de uma política de promoção da saúde tornou-se premente para o Brasil, a partir da ascendência de movimentos e acordos internacionais que conclamavam o envolvimento dos países desenvolvidos e em desenvolvimento nas questões referentes ao meio ambiente, à urbanização e à saúde, tais como a ECO-92, realizada no Rio de Janeiro, e as discussões sobre a implementação da Agenda 21, resultante daquele evento.

Soma-se a esse contexto a realização de quatro Conferências de Promoção da Saúde, entre elas a de Santafé, em Bogotá, Colômbia, que trouxe as discussões mundiais para o contexto das Américas.

Também nos anos 90, a OPAS foi responsável pela difusão do movimento de *Cidades saudáveis* no Brasil, discutindo a promoção da saúde a partir desse modelo de intervenção, com base nas estratégias de promoção da saúde apontadas nas *Cartas de Promoção da Saúde*.

Sem dúvida, esse movimento protagonizado pela OPAS com apoio de universidades brasileiras que já desenvolviam projetos nesse âmbito ajudou a pautar as discussões sobre promoção da saúde no Ministério da Saúde em 1998.

Desenvolvida na Secretaria de Políticas de Saúde/MS, as ações de promoção da saúde implementadas objetivaram a identificação de iniciativas nesse campo, desenvolvidas em municípios brasileiros, na perspectiva do desenvolvimento de *cidades saudáveis*.

A extinção da SPS não provocou o aparecimento de discussões sobre a institucionalização da promoção da saúde e esta ficou sob a responsabilidade da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE) para continuidade das discussões.

Assim como na SPS, a necessidade de construção de uma política estava presente entre os atores da Secretaria Executiva que empreenderam discussões com a Secretaria de Atenção à Saúde, OPAS, ABRASCO, Ministério do Esporte e secretarias municipais de saúde com experiência em projetos de práticas corporais e integrativas.

É na SE que a importância das doenças crônicas no cenário epidemiológico brasileiro e de programas de atividade física começa a orientar as discussões sobre promoção da saúde, ainda não promovendo a construção de uma agenda centrada nas recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (2000), quando do lançamento da EG.

Porém, elementos referentes ao contexto epidemiológico e às ações de vigilância em saúde e prevenção de doenças já demarcavam o contexto do discurso sobre promoção da saúde, sendo suficientes para criarem uma aproximação com o objeto da Secretaria de Vigilância em Saúde, criada em 2003, ao ponto de promover sua alocação nessa área do Ministério da Saúde.

Nota-se que a promoção da saúde não foi para SVS para incorporar o discurso da prevenção de doenças crônicas, mas sim para dar praticidade a algo que já era anunciado na versão preliminar produzida pela SPS em 2002 e nas discussões desenvolvidas pela SE.

Entretanto, complementar a essa questão, o estudo mostrou outros elementos que podem ter contribuído para tal movimento:

1. A publicação e difusão da EG;
2. A não institucionalização da promoção da saúde no organograma do Ministério da Saúde;
3. A saída dos atores decisores da SE que trabalhavam com a promoção da saúde; e
4. A necessidade de serem materializadas ações de promoção da saúde no SUS.

É na SVS que o discurso da promoção da saúde como estratégia de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e dos agravos à saúde se fortalece, e as estratégias propostas pelo documento da EG relacionadas à atividade física e à alimentação saudável tomam corpo em forma de ações prioritárias no novo conteúdo da PNPS.

Na SVS as discussões centraram-se nas ações prioritárias e nas estratégias de implementação da PNPS.

Isso ficou visível na análise dos documentos preliminares da PNPS, cujo texto recebeu, na SVS, um parágrafo sobre vigilância, na tentativa de pautar essa área no marco-teórico da política e, assim, aproximá-la da promoção da saúde.

Possivelmente, essa opção de recorte para discussão tenha gerado o duplo discurso sobre promoção da saúde no texto final da PNPS e as abordagens prescritivas e preventivas, presentes nas ações prioritárias e nas estratégias de implementação, sendo um dos achados desse estudo.

É possível vincularmos a permanência dos elementos centrais da introdução da PNPS, publicada em 2006, aos atores oriundos dos espaços de discussão sobre promoção da saúde no MS, anteriores a SVS, que migraram para esta secretaria com o objetivo de contribuir na elaboração do texto final da política em questão. Também podem ser pontuados como responsáveis os colaboradores externos, especialmente aqueles oriundos das instituições de ensino, consultados pontualmente, a partir de 2005, para contribuir com o texto da PNPS.

A SVS foi a área responsável pela aprovação da PNPS. Apareceu nesse estudo como “janela de oportunidade” por onde a promoção da saúde entrou como Projeto BRA 98/006 e conteúdo preliminar, tornando-se política de saúde.

Já indicado nos resultados, o envolvimento de atores com poder de decisão no processo de formulação da PNPS foi fundamental para seu desenvolvimento, finalização e aprovação.

Entretanto, em nenhum momento do período estudado nos deparamos com o debate sobre a criação de espaços oficiais de localização e desenvolvimento da PNPS, como secretaria, coordenação, departamento, de maneira que – parece-nos – a aprovação da Política rendeu apenas legitimidade à SVS para a implementação das ações específicas, sendo esta conformação institucional compreendida, naquele momento, como suficiente para o desenvolvimento de uma política do porte da PNPS.

A afirmação que denomina esse estudo – Da promoção à prevenção – é feita à luz da análise dos documentos balizadores da construção dos conceitos, da opinião dos atores entrevistados e da conformação da ideia, das concepções e das estratégias presentes no conteúdo final da PNPS, que visivelmente foram se estreitando sob o discurso de conferir operacionalidade ao que só existia enquanto acúmulo teórico-conceitual.

Reconhecemos que a SVS favoreceu a difusão da promoção da saúde no SUS ao financiar os projetos de Estados e Municípios, pautando essa discussão nas demais esferas de gestão da saúde. Assim como os atores entrevistados, consideramos estas ações um avanço no percurso da promoção da saúde no MS.

Porém, coadunando com várias das opiniões dos atores entrevistados, a SVS não é o lócus para amadurecimento e implantação de uma política com as características da PNPS. Pensada e materializada a partir do olhar da Vigilância em Saúde acreditamos numa concepção de promoção da saúde focada nas intervenções proximais (mudança de comportamento), que certamente respondem com maior presteza os grandes problemas da Vigilância relacionados aos fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Com o objetivo de contribuir com a implementação e possível reformulação do conteúdo da PNPS, cabe neste espaço a apresentação de proposições que possam lançar luz a processos futuros relacionados a esta política.

Nesse caminho, destacamos que a promoção da saúde deve ser retomada no SUS como estratégia de mudança de modelo de atenção.

Os seus objetivos e diretrizes devem ser construídos observando o alcance do setor saúde e as potencialidades para efetivação dos mesmos por meio de ações intersetoriais.

É imprescindível o reflexo dos conceitos e entendimentos presentes no aporte teórico-conceitual da política nos objetivos e estratégias de implementação, a fim de superar o duplo discurso encontrado no texto da PNPS, que não se locupletam para a compreensão e fortalecimento da política, promovendo, pelo contrário, uma leitura afunilada sobre a promoção da saúde.

Vista pela questão de ser formulada e desenvolvida pelo setor de saúde, a política de promoção da saúde deve contemplar como contexto a determinação exercida por vários elementos e estruturas, entre eles os políticos, os sociais, os econômicos, os culturais, os subjetivos e os objetivos na produção social da saúde. Porém, como discutido no estudo, considerando o contexto da gestão pública, estes lançam a promoção da saúde para além do alcance e possibilidade de resolução desse setor, podendo aprisionar estratégias propostas na denominação de “reducionistas” sempre que forem olhadas pela lente da determinação social da saúde.

Para ir além, alguns caminhos podem ser engendrados através da construção ou definição de arranjos político-institucionais que empoderem o setor saúde para arrolar outros setores do governo na produção conjunta de ações; o fortalecimento da capacidade da promoção da saúde em promover campos comuns de discussões, pautando questões de caráter político, ou seja, essencialmente

coletivas, capazes de favorecer a convergência de outros setores e atores identificados com as problemáticas; ou, que a Política seja, referindo-se ao âmbito federal, alocada em espaço que detenha esse poder político.

Permanecendo no MS, ressaltamos que o objetivo maior da PNPS deve ser a *mudança do modelo de atenção à saúde*, para assim buscar as transformações nos modos de produção da saúde de indivíduos e coletivos e a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A inversão proposta é mais política que epistemológica, haja vista as implicações em assumir o conceito amplo de saúde, vastamente discutido nos instrumentos legais do SUS e na literatura, que materializado, se conformará como contra-hegemônico às práticas de saúde atualmente desenvolvida no SUS.

Sobre as Ações específicas da PNPS, debatidas neste trabalho à luz das críticas dos atores, comprovadamente representam recortes dentro do universo da promoção da saúde e são implementadas na perspectiva da prevenção de doenças.

Para superar a conformação da implementação da PNPS foi sugerido pelos entrevistados sua efetivação de forma a considerar como locus de organização social o meio ambiente, os espaços de trabalho e a escola, todos contextualizadas no território de saúde.

Mesmo com vista à mudança do modelo de atenção à saúde, sabe-se que a intersectorialidade é imprescindível às ações de promoção da saúde.

Sendo assim, fortalecemos a necessidade das ações serem contextualizadas no território de saúde, acrescentando aos locus já mencionados estruturas ou aparelhos de setores como a segurança pública – presídios, fundações de apoio e proteção à criança e ao adolescente -, Ação Social - Centros Sociais Urbanos, lares geriátricos – além de perpassar os equipamentos de saúde – Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, hospitais, entre outros.

Por fim, faz-se necessário traçar uma linha entre a compreensão de promoção da saúde, as estratégias de implementação e as ações a serem enfatizadas na PNPS para favorecer o desenvolvimento de avaliações de processo e resultados, com vistas a fortalecer a promoção da saúde como estratégia para o desenvolvimento da atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil., Recife, v. 1, ano 3, p. 203-221, set./dez. 2001.

ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.

ARRETCHE, M. T.S. Tendência no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. 6. ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2009. p. 29-39.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2007. 224 p.

BARRETO, S. M. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1124](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124)>. Acesso em: 14 abr. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil 1988: promulgada em outubro de 1988. São Paulo: Tribunais, 1988.

BRASIL. Decreto de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 14 de mar. 2006. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=14/03/2006&jornal=1&pagina=21&totalArquivos=80>>. Acesso em: 14 abr. 2010.

BRASIL. Decreto nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 29 jan. 1998. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=21&data=29/01/1998>>. Acesso em: 13 abr. 2010.

BRASIL. Decreto nº 2.477, de 28 de janeiro de 1998. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, 29 jan. 1998. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/110983/decreto-2477-98>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 10 jun. 2003. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=10/06/2003&jornal=1&pagina=12&totalArquivos=192>>. Acesso em: 23 jul. 2010.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 12 jun. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=10/06/2003&jornal=1&pagina=12&totalArquivos=192>>. Acesso em: 14 abr. 2010.

BRASIL. Edital nº 2, de 11 de setembro de 2006. Implementação e/ou fortalecimento de projetos vinculados ao estímulo de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas à Estratégia Global referentes às Práticas Corporais e Atividade Física conforme ações específicas na Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 15 set. 2006. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe\\_eletronico/2006/iels.setembro.06/iels180/U\\_Edital-SVS-2\\_110906.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.setembro.06/iels180/U_Edital-SVS-2_110906.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2010.

BRASIL. Edital nº 2, de 11 de setembro de 2006a. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 15 set. 2006. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=15/09/2006&jornal=3&pagina=85&totalArquivos=152>>. Acesso em: 22 out. 2010.

BRASIL. Edital nº 3, de 11 de setembro de 2006. implantação e/ou implementação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em âmbito local (estados, municípios e Distrito Federal), em conformidade com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, e a Política Nacional de Promoção da Saúde (estabelecidas por legislação vigente). Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 18 mai. 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital\\_violencia.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_violencia.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/09/1990&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=176>>. Acesso em: 13 abr. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=4&data=31/12/1990>>. Acesso em: 13 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília, 2002. 56 p. Disponível em <[http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/cartas\\_promocao.pdf](http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/cartas_promocao.pdf)>. Acessado em: 14 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: [s.n.], 2006. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília, DF: [s.n.], 2007. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: [s.n.], 2010. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF: [s.n.], 2006. 76 p.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.255, de 20 de novembro de 2003. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 nov. 2003. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=26/11/2003&jornal=2&pagina=24&totalArquivos=36>>. Acesso em: 14 abr. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.190, de 14 de julho de 2005. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 15 jul. 2005. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=108&data=15/07/2005>>. Acesso em: 23 abr. 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 29 dez. de 2005. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=114&data=29/12/2005>>. Acesso em: 18 abr. 2010.

BRASIL. Portaria nº 596, de 8 de abril de 2004. Instituir Grupo Técnico Assessor, com a finalidade de proceder análise da Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 12 abr. 2004. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=12/04/2004&jornal=2&pagina=24&totalArquivos=40>>. Acesso em: 12 mar. 2010.

BRASIL. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 mai. 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria936.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina (Org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos 20 anos (1998-2008). Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 7-18.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais\\_artigo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf)>. Acesso em: 19 jan. 2010.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! Rev. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 14-24, jan/abr. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 abr. 2010.

CAFÉ com idéias. 2006, Brasília, DF. Café com idéias: as idéias do café. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W.; DE BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de Política nacional de promoção da saúde. Ciênc. saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, Jul/Set. 2004. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000300025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000300025&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

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

CARVALHO, A. I. Princípios e práticas da promoção da saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2010.

CARVALHO, S. R. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005. 174 p.

CASTRO, A.; MALO, M. SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. 222 p.

CASTRO, Maria H . G. Avaliação de políticas e programas sociais. Caderno de Pesquisa, Campinas: UNICAMP, n. 12, p. 1-18. 1989. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br/index.php?p=75>>. Acesso em: 22 jul. 2010.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (Brasil). Ata de reunião. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo\\_mar\\_06.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_mar_06.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2010.

COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE TRIPARTITE (Brasil). Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde. 2005. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/comissao.asp>>. Acesso em: 14 abr. 2010.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 6., 2004, Recife. Oficina de Trabalho Promoção da Saúde: da prevenção à mudança social. Recife: Abrasco, 2004. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao\\_participativa/Oficina%20Recife%20-%20Relatrio%20Final%20completo.pdf](http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Oficina%20Recife%20-%20Relatrio%20Final%20completo.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2010.

CONH, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS; MINAYO; AKERMAN et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 231-258.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE TRIPARTITE . Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2010.

CÔRTEZ, Soraya V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/22.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2010.

CURSO de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.13-30.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a Diferença entre Promoção e Prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-49.

DYE, T. R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDMANN, F. G.; SALM, J. F. Políticas públicas e desenvolvimento; bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Ed. da Universidade de Brasília, 2009. p. 99-132.

FAIRCLOUGH, N. Discurso e mudança social. Brasília: Universidade de Brasília, 2008. 320p.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 1, v. 24, p. 17-27, jan. 2008.

FORUM NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1999, Brasília. Caminhos para construção da qualidade de Vida. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/agenda/1%20FORUM%20NACIONAL%20DE%20PROMOCAO%20DA%20SAUDE.htm>>. Acesso em: 23 jul. 2010.

HEIDMANN, F. G.; SALM, J. F. Políticas públicas e desenvolvimento; bases epistemológicas e modelos de análise. Brasília: Ed. da Universidade de Brasília, 2009. 340 p.

HEIDMANN, I. T. S. et al. Promoção à Saúde: Trajetória histórica de suas concepções. Rev. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr/jun, 2006.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. Cadernos Cedes, ano 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001.

LABRA, E. M. Análises de Políticas, Modos de Policy-Making e Intermediação de interesses: uma revisão. PHISYS. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, ano 2, v. 9, p. 131-166, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n2/08.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2009.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil; 1977.

LUZ, Madel T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil “de transição democrática” - anos 80. Physis: Rev. de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Metodologia Científica. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES, Rosilda. A emergência e o protagonismo dos sujeitos. In: BOTAZZO; C.; OLIVEIRA, M. A. (Org). Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras, 2008. p. 165-172. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/saudebucal/file/anexos/Atencao%20basica/IS-cap13.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2010.

MENDES, R. Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiaí e Maceió. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. 244 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil saudável. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicações/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=1693](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicações/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=1693)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 3, de 11 de setembro de 2006b. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 18 set. 2006. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=3&pagina=65&data=18/09/2006>>. Acesso em: 22 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais saúde: direito de todos 2008-2011. Brasília, DF, 2007

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano\\_Nacional\\_de\\_Saude.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento preliminar para Discussão). Brasília, 2005. Disponível em: [HTTP://www.saude.ba.gov.br/conferenciasST2005/Novosdejunho/docpnps25\\_MAI\\_05.doc](http://www.saude.ba.gov.br/conferenciasST2005/Novosdejunho/docpnps25_MAI_05.doc)>. Acesso em: 23 jul. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde Política Nacional de Promoção da Saúde (versão preliminar), 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.255 de 20 de novembro de 2003. Institui Grupo de Trabalho Interministerial “Esporte, Lazer e Saúde” para, no prazo de sessenta dias contados a partir da publicação desta Portaria, promover estudos e análises técnicas que subsidiem proposição de ações a serem desenvolvidas em conjunto no âmbito do Esporte, Lazer e Saúde, bem como apresentar e discutir uma política do Governo Federal para o mesmo. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, 26 nov. 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri\\_2255\\_20\\_11\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri_2255_20_11_2003.html)>. Acesso em: 13 mai. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto Pratique Saúde, 2006. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/pratique\\_saude/principal.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/pratique_saude/principal.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Revista Promoção da Saúde, Brasília, ano 2, n. 5, jun, 2001.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21 Global. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/sitio/index.php?ido=conteudo.monta&idEstrutura=18&idConteudo=575&idMenu=9065>>. Acesso em: 7 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 45. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/02\\_1141.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/02_1141.htm)>. Acesso em: 17 maio 2010.

NOGUEIRA, Marco A. As possibilidades da política: ideias para a reforma democrática do estado. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/es/index.html)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde: rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde. 2005. Disponível em: <[http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T42\\_CSDH\\_Conceptual%20Framework%20-%20tradução%20APF.pdf](http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T42_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradução%20APF.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de alma-ata. Brasília, DF, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 22 jul. 2010

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santa Fé de Bogotá, 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>>. Acesso em 19 jul. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Rede de Megapaíses. Washington, 1998. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mgpaises.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2010.

PAIM, J. N. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HATZ, Z; SILVA, L. M. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 9-10.

PAIM, J. N. Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; PAIM, J. N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PAIM, Jairnilson. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 339-350, abr./jun. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Fome Zero: conceito. 2006. Disponível em: <<http://www.fomezero.gov.br/o-que-e>>. Acesso em: 23 jul. 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Promoção da Saúde em um Novo Modelo de Atenção. 1998. Disponível em <[http://www.pnud.org.br/projetos/pobreza\\_desigualdade/visualiza.php?id07=68](http://www.pnud.org.br/projetos/pobreza_desigualdade/visualiza.php?id07=68)>. Acesso em: 17 abr. 2010.

PROGRAMA de governo 2002. Um Brasil para todos. Pará de Minas: Virtualbooks, 2002. Disponível em: <<http://virtualbooks.terra.com.br/osmelhoresautores/planodegovernoLULA.htm>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Promoção da Saúde. Brasília, DF, 1999-2002.

ROCHA, D. G. O movimento da promoção da saúde na década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JR, J. L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para estudo no campo da prevenção em AIDS. Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, jul./set. 2006.

SEMINÁRIO NACIONAL EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2005, Brasília. Anais... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_doencas\\_agrivos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_doencas_agrivos.pdf)>. Acesso em: 22 mai. 2010.

SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 2006, Brasília. Anais... Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

SILVA, M. M. et al. Agenda de Prioridades da Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2007. Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 16, n. 1, p. 57-64.

SILVA, P. L. B.; MELO, A. M. B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Caderno, Campinas, n. 48, p. 1-16, 2000.

TEIXEIRA, C. (Org). Promoção e vigilância da saúde. Salvador: ISC, 2002. 128 p.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. Interface: Comunidade, saúde e educação, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832007000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832007000200004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 27 ago. 2010.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Rev. Administração Pública, Rio de Janeiro, ano 2, v. 30, p. 5-43, mar./abr. 1996.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde na atenção básica. In: \_\_\_\_\_. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 6-18.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Planning, Oxford, ano 4, v. 9, p. 353-370, dez. 1994.

WHESTPHAL, M. F. A promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, MINAYO, AKERMAN et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 635-667.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2004. Disponível em: <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2010.

YIN, R. K. Estudo de Caso. Planejamento e Método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Gostaria de ouvir um pouco sobre sua trajetória ou sobre a relação que o(a) sr.(a) possui ou possuía com a saúde pública: quando começou, por que terminou, principais trabalhos realizados, fatos que considere relevante.
2. Em que momento o(a) senhor(a) contribuiu nas discussões de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde?
3. Como foi desenvolvido o processo de discussão sobre a promoção da saúde?
4. Quais os objetivos das discussões que o(a) sr.(a) participou?
5. Foi apresentado algum documento orientador das discussões? Lembra qual? O(a) Sr.(a) conhecia o(s) documento(s) apresentado(s)? Poderia falar algo sobre ele?
6. O que acha que motivou o Ministério da Saúde a fazer este movimento de discutir promoção da saúde? É possível fazer algum destaque na conjuntura política, econômica ou da saúde que possa ser apontado como contribuinte do processo de discussão sobre promoção da saúde pelo Ministério da Saúde?
7. O(a) senhor(a) se considera um(a) participante do processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde? Por quê?
8. Na sua opinião, qual foi a área/setor/instituição protagonista no processo de construção da PNPS? Por quê?
9. O que estava justificando a construção de uma política de promoção da saúde?
10. O que acha que motivou a construção de uma agenda prioritária para PNPS?
11. O que acha que contribuiu para a escolha das sete ações específicas que compõem a agenda prioritária da PNPS 2006-2007?
12. Como o(a) senhor(a) caracterizaria a agenda da PNPS?
13. O conteúdo da PNPS reflete as discussões nacionais e internacionais daquele período? Em quais aspectos?
14. Quais aspectos podem ser levantados sobre a institucionalização da promoção da saúde com o lançamento da PNPS em 2006?
15. O que orienta a implementação da PNPS pelo Ministério da Saúde? Quais as implicações que podem ser apontadas?
16. Caso fosse convidado(a) para reescrever a PNPS, o que apresentaria ao texto?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Da promoção à prevenção: análise do processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006.

Objetivo: descrever e analisar o processo de formulação da PNPS no período de 2003 a 2006, à luz do papel dos atores, do contexto, do conteúdo produzido e dos arranjos institucionais para pactuação de compromissos no SUS.

Nº de Registro no SISNEP:

Pesquisador Responsável: **Danielle Keylla Alencar Cruz**

Orientador do Estudo: **Profa. Dra. Tereza Maciel Lyra**

Eu \_\_\_\_\_, declaro que aceito participar do estudo científico intitulado “Da promoção à prevenção: análise do processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006”. Minha participação é voluntária e consistirá em responder a uma entrevista sobre questões relacionadas à temática central do estudo.

Fui esclarecido sobre o tempo aproximado de duração da entrevista e sobre possíveis constrangimentos que possam ser gerados pelas questões do estudo em relação ao meu envolvimento passado ou atual com o objeto estudado. Entendi que, a qualquer momento, poderei desistir de participar e retirar meu consentimento, sendo que minha recusa não trará nenhum prejuízo em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição que ele representa.

Estou ciente de que a entrevista será gravada para posterior transcrição e que as informações que eu vier a prestar serão publicizadas através dos meios de divulgação dos resultados desse estudo, porém sendo garantida a mim, a confidencialidade de minha identidade.

Declaro, ainda, que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Qualquer esclarecimento que eu necessite, deverei entrar em contato com Danielle Keylla Alencar Cruz, pelos telefones: (61) 3306-7114 ou (61) 8137-7116.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Entrevistado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Data

