

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO
DA VIOLÊNCIA**

TAMMY ANGELINA MENDONÇA CLARET

**A POLÍTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE BELO HORIZONTE:
avanços e desafios**

**BELO HORIZONTE
2017**

TAMMY ANGELINA MENDONÇA CLARET

**A POLÍTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE BELO HORIZONTE:
avanços e desafios**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG.

Linha de Pesquisa: Organização dos Serviços de Saúde e suas Relações com a Violência.

Orientadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo

Belo Horizonte
2017

Claret, Tammy Angelina Mendonça.

C591p A política da promoção da saúde de Belo Horizonte [manuscrito]: avanços e desafios. / Tammy Angelina Mendonça Claret. - Belo Horizonte: 2017.

101f.: il.

Orientador: Elza Machado de Melo.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Promoção da Saúde. 2. Política Pública. 3. Políticas Públicas de Saúde.
4. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Elza Machado de. II. Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 590

Bibliotecária Responsável: Cibele de Lourdes Buldrini Filogônio Silva CRB-6-/999



FOLHA DE APROVAÇÃO

A Política da Promoção da Saúde de Belo Horizonte: Avanços e Desafios

TAMMY ANGELINA MENDONÇA CLARET

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 10 de julho de 2017, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientador
UFMG

Prof(a). Andrea Maria Silveira
UFMG

Prof(a). Antonio Leite Alves Radicchi
UFMG

Belo Horizonte, 10 de julho de 2017.

Este trabalho é dedicado a,

Meu pai e minha mãe, origem e inspiração

Claret, meu parceiro de todas as horas, de todas as caminhadas. Força, luz, serenidade, firmeza, exemplo e alimento. Mãos a me guiar. Presença silenciosa e intensa. Amor.

Marly, que me sinalizou, desde cedo, qual o caminho a trilhar, como mulher e profissional. Que cravou em mim a importância da generosidade, do olhar para o outro. Minha luz constante, minha ausência presente. Minha estrela guia.

A Pedro, filho... fruto...

Meu leão! Paixão! Provoca-me, dia a dia, a vontade de reinventar, de dar exemplos, vencer etapas e barreiras. Energia que pulsa em mim.

Raul, um grande irmão, solidário e presente.

E ainda, às duas mulheres que há muito brilham em outras dimensões:

Jandyra, minha avó, que me ensinou a acreditar no amor e na leveza da vida, me enchendo de carinho.

Liz, minha irmã-filha. Um amor sem igual, uma falta em mim que me faz caminhar!

AGRADECIMENTOS

Agradecer é preciso.

Não fiz essa travessia solitariamente. Conteí com muitos colos, ombros, mãos, ouvidos, carinhos, broncas, aconchegos, abraços, casas, camas, cuidados, livros e textos. E nesse caminhar foram muitos encontros, em cada um, uma nova conexão, um novo olhar, uma nova possibilidade. E a vida pulsou...

Agradecimentos...

Ao meu filho Pedro e ao meu pai, Claret, pelo amor, e por entenderem minhas ausências...

Aos meus amigos, Marcus Pestana, Ricardo e Lina, Ligia, Girlaine e Dilermando, Pitida, Lúcia, Pedro Claudio e Cristina, Celiane e Pedro, Ana Carolina Oliveira, Leila, Edilson e Denise, D. Auxiliadora e às várias Anas Paulas, pelo apoio constante, principalmente nos momentos de fragilidade.

À Áurea (minha irmã do coração) que, junto a Nelson, me acolheu em sua casa, me oferecendo amor e quarto com direito à mesa - a mesma que estudei para o vestibular. Sabemos que podemos contar uma com a outra!

À Dodora, José Hércio e Nanda, que me receberam em sua casa na hora da escrita final e me permitiram ocupar seu território, com computador, livros e textos, transformando o cenário.

À Dodora, agradeço de maneira especial. Além da acolhida, me deu a mão, me puxou ou empurrou, me fez caminhar e não deixou eu desistir. Me abraçou... você é minha medalhinha.

À Giane Elisa, João Daniel, José Francisco, Leonardo Alves e Valéria Farenzini, que me apoiaram, lendo e revisando, ou buscando dados e referências para me auxiliar.

À professora Elza Mello, que, com maestria, nos inspira, nos contagia, nos impulsiona em busca de um mundo melhor.

A todos os colegas, companheiros e amigos queridos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que possibilitaram o encontro que me fez chegar até aqui.

Aos colegas e amigos de Juiz de Fora, em especial, da Subsecretaria de Gestão do SUAS e da Inclusão Produtiva, que me incentivaram a cumprir essa jornada.

Aos Santos, Anjos e Arcanjos que me protegem e me fortalecem!

*A palavra fotografada não é um retrato.
Nada tem de estática, nunca mais.
Uma vez escrita está esperta e à espreita.
Muito mais à espreita do que quando pensada.
Basta um olhar alfabetizado sobre a escrita da palavra,
e pou! Volatiza-se sua potencialidade, abrem-se as travas,
e o mar de significados começa e não cessa de bater e de voar.
Pois de tudo isso, deste acervo contido,
É que meu espírito está hoje repleto,
e é por estar muito cheio que este meu ser está incompleto.*

Elisa Lucinda

RESUMO

O objetivo deste trabalho é estudar a política de promoção da saúde e refletir sobre a importância de sua institucionalização dentro de programas e práticas intersetoriais. Partindo do levantamento histórico desse movimento, que remonta ao *Relatório Lalonde*, de 1974, avança-se na descrição dos seus fundamentos teóricos (revisão da literatura), no contexto das discussões que visam uma política social igualitária, alicerçada em princípios da solidariedade, igualdade e eficiência, comparando-os com os marcos político-institucionais das Políticas Públicas de Promoção da Saúde no nível federal, no Estado de Minas Gerais e no Município de Belo Horizonte. Finalmente, para ilustrar a discussão, faz-se o relato da experiência empreendida pelo Ambulatório/Rede de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Violências e de Vulnerabilidades, colocada em prática pela Faculdade de Medicina e pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Secretaria Municipal de Belo Horizonte, SUS-BH e com o Programa Família Cidadã.

Palavras-chave: **Promoção da saúde. Belo Horizonte. Atenção na saúde.**

ABSTRACT

This work aims the study of health promotion policy and to reflect on the importance of its institutionalization within intersectoral programs and practices. Starting from the historical survey of this movement, which goes back to the 1974 Lalonde report, we will go forward to describe its theoretical foundations (literature review) in the context of the discussions for an egalitarian social policy based on the principles of solidarity, equality and efficiency, comparing them with The political-institutional frameworks of Brazilian Public Policies on Health Promotion, at the federal level, in the State of Minas Gerais and in the municipality of Belo Horizonte. Finally, we report our experience in the Ambulatory / Network for the Promotion of Women's Health in Situations of Violence and Vulnerability, put into practice by the Faculty of Medicine and the Hospital das Clínicas of Federal University of Minas Gerais, in partnership with Belo Horizonte Town Secretary - SUS - BH and with the Family Citizen Program.

Keywords: **Health promotion. Belo Horizonte. Health care.**

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Diagrama Alma-Ata/ Promoção da Saúde/ Cidade Sustentável.....	25
FIGURA 2 - Modelo de determinação proposto por Dahlgren e Whitehead	50
FIGURA 3 - Mapa dos Nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte classificados por situação de risco, segundo o IVS (PBH, 2013)	62
FIGURA 4 - Mapa de BH	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais Marcos Político-institucionais - Eventos Internacionais sobre a Promoção da Saúde	28
Quadro 2	Principais Marcos Político-institucionais - Normas Nacionais da Promoção da Saúde	42
Quadro 3	Principais Marcos Político-institucionais - Normas de Promoção da Saúde do Estado de Minas Gerais	58
Quadro 4	Principais Marcos Político-institucionais - Normas da Promoção da Saúde do Município de Belo Horizonte.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CCL	Comissão de Coordenação Local
CEM	Centros de Especialidades Médicas
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CERSAM	Centros de Referência da Saúde Mental
CERSAMI	Centros de Referência de Saúde Mental – Criança e Adolescente
CF	Constituição Federal 88
CGPNPS	Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIESE	Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
CIPiS	Câmara Intersetorial de Políticas Sociais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CV	Centros de Convivências
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDS	Diálogo Diário de Segurança
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
GT	Grupo de Trabalho

GTPS	Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde
GTVS	Grupo de Trabalho da Vigilância em Saúde
HMCC	Hospital Metropolitano Célio de Castro
HOB	Hospital Municipal Odilon Behrens
IDF	Índice de Desenvolvimento Familiar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MESUS-BH	Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Intersectorial Regional
OS	Organizações Sociais
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PBF	Programa Bolsa Família
PDAP	Plano Diretor da Atenção Primária
PFC	Projeto Família Cidadã
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
POEPS	Política Estadual de Promoção da Saúde
PPAG	Plano Plurianual de Ação Governamental
PS	Promoção da Saúde

PSE	Programa Saúde na Escola
PPS	Política de Promoção da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
SDS	Secretaria de Desenvolvimento Social
SESI	Serviço Social da Indústria
SIM-MS	Sistema de Informações de Mortalidade (Ministério da Saúde)
SINAM	Sistema Nacional de Atendimento Médico
SLU	Serviço de Limpeza Urbana
SMDS-BH	Secretaria Municipal de Política de Desenvolvimento Social de Belo Horizonte
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
SPS-MS	Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UF	Unidade da Federação
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
URS	Unidades de Referência Secundária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO INTERNACIONAL: trilhas iniciais ...	22
2 A CONSTITUIÇÃO DA PNPS NO BRASIL	33
2.1 Balanço dos Marcos Legais em Promoção da Saúde.....	45
3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE.....	47
3.1 Os Determinantes Sociais da Saúde	49
3.2 A Concepção de Intersectorialidade e sua Conexão com a Promoção da Saúde	53
4.1 A Trajetória da Promoção da Saúde em Belo Horizonte.....	59
4.2 A Espacialização da Vulnerabilidade Social	62
4.3 O Plano Municipal e as Conferências: os insumos para a política	65
4.4 A Estratégia da Promoção da Saúde em Belo Horizonte (SUS-BH).....	67
5 EXPERIÊNCIAS DE INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE EM BELO HORIZONTE: dois exemplos de protagonismo na PS.....	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS.....	91

INTRODUÇÃO

O tema dessa dissertação - “Promoção da Saúde em Belo Horizonte: avanços e desafios”- se justifica em virtude das inquietações resultantes da atuação profissional no grupo gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/SUS-BH), no período compreendido entre os anos de 2014 a 2016, como consultora técnica especializada, coordenando ações intersetoriais que envolvem programas e projetos vinculados à Promoção da Saúde (PS) e à Prevenção da Violência, com interfaces principalmente com as Políticas da Assistência Social e Educação do município. Também se explica pela participação, como representante da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no controle social da saúde, em especial, na Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MESUS-BH), assim como articuladora da área de saúde no *Projeto Família Cidadã – BH Sem Miséria*, programa este coordenado pela Secretaria Municipal de Política de Desenvolvimento Social de Belo Horizonte (SMDS-BH).

Muitas foram as mudanças transcorridas no mundo desde o século XIX, com intensas transformações nas esferas da economia, da política pública e na sociedade, alterando significativamente a vida em comunidade. Novas tecnologias foram criadas, com novos desafios sendo colocados para a vida em comunidade em todo o planeta. A saúde não ficou indiferente no curso deste processo.

Quando a sociedade se transforma, transformam-se também as problemáticas sanitárias. Nas últimas décadas, instaurou-se um processo social que reconhece a importância de ‘cuidar da vida’, conceito este entendido como preocupação integral com o sujeito, em vários aspectos, como o do bem-estar, da qualidade de vida, dentre outros. O ato de cuidar é uma atitude, um modo prático de ‘ser-no-mundo’, ‘ser-com’, ‘ser-em-relação’, adotado pelo ser humano em relação à sua própria vida e ao fenômeno da existência de modo geral. O cuidado está na essência da existência humana, sendo inerente ao homem, possibilita a existência autêntica do ser humano. Enquanto componente da política de saúde, provoca a reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do diagnóstico, das enfermidades e do tratamento médico, para o olhar de uma equipe multiprofissional, que constrói vínculos e organiza a partir do acompanhamento de projetos comuns com os usuários, reconhecendo a importância do envolvimento de

sujeitos e subjetividades, possibilitando uma intervenção menos burocrática e mais pessoal. A responsabilidade pelas práticas e transformações em saúde é resultado da valorização de novos saberes, que inclui a construção de uma relação dialógica na equipe entre si e com os usuários, instaurando uma responsabilidade política e ideológica de gestores comprometida com a comunidade. (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010). Nesse sentido, para que o cuidado se efetive, é necessário que outras tantas dimensões, além da biologicista, estejam envolvidas nas abordagens, nas práticas e nos manejos que integram o ato de cuidar. Nessas dimensões têm papel importante as condições e contextos de vida experimentadas pelos sujeitos.

De acordo com Malta et al. (2016), o conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) é introduzido nesse novo contexto para ampliar o olhar sobre a questão, e para relacionar tais dimensões à Promoção da Saúde:

[...] com a perspectiva de reduzir a vulnerabilidade nas situações de acometimento da doença, de modo que a questão seja vista não somente do ponto de vista do indivíduo isoladamente, mas a partir da relação saúde-adoecimento, considerando-se a interação entre fatores contextuais associados aos determinantes sociais de saúde (DSS)¹.

Portanto, trata-se de um processo complexo, que demanda o enfrentamento de desafios e expectativas das comunidades em seus ambientes sociais e em espaços comuns de atuação. (BUSS; FILHO, 2007).

A Promoção da Saúde (PS) tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida, através de projetos e movimentos voltados para a gestão de políticas públicas, que, primeiramente, discutam o significado de qualidade de vida para um determinado grupo, segmento ou indivíduo. A qualidade de vida – conceito relacionado ao coletivo - tem componentes políticos que podem influenciar diretamente nas condições de vida das comunidades e nas decisões que dizem respeito aos interesses das mesmas. Diz respeito a um conjunto de comportamentos individuais, às responsabilidades e direitos do sujeito sobre seu corpo, sua higiene e sua saúde individual, estando associada à mudança de comportamento e de estilos de vida. Tais mudanças são importantes e surgem através da identificação de problemas e da construção de propostas que possam transformar as práticas de

¹ Segundo a OMS, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de riscos na população. (BUSS, P. M.; FILHO, A. Pellegrini. A Saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007).

promoção de saúde, levando em consideração os elementos vitais dos processos decisórios, mas não se restringindo apenas às ações individuais

No Brasil, encontrar caminhos que garantam a saúde da população significa pensar na redemocratização do país e na construção de um sistema de saúde inclusivo. Dessa forma, o Sistema Único de Saúde (SUS), como política de Estado brasileiro, busca a melhoria da qualidade de vida da população e afirma o direito ao bem-estar e à saúde, dialogando com as principais problemáticas, propondo reflexões e participando dos movimentos nacionais e internacionais no âmbito da promoção da saúde. (SCRIBD, 2018).²

Assim sendo, a Política de Promoção da Saúde é uma estratégia que propõe atividades e ações de produção de saúde, apontando para um modo de pensar e operacionalizar tais serviços e as pautas neste campo, articuladamente a outras políticas e tecnologias desenvolvidas pelo sistema de saúde brasileiro. A Política de Promoção da Saúde tem por escopo responder às necessidades e demandas da sociedade, com base no conceito ampliado de saúde. O significado ampliado do fenômeno saúde, implica, em suma, aumentar as possibilidades interativas além da articulação entre a teoria e a prática por meio de debates e discussões que fortaleçam e divulguem o conceito de saúde numa perspectiva ampliada. É preciso, portanto, compreender o ser humano como um ser singular e multidimensional, inserido em um contexto real e concreto. (DALMOLIN et al., 2011).

Nesta nova configuração de abordagens, os programas de promoção da saúde, a vigilância, a educação, a Atenção Primária à Saúde, desenvolvidos pelo Estado, se unem de forma integradora, construindo agendas conjuntas com o objetivo de melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida dos usuários, estimulando o protagonismo do cidadão e implementando preceitos constitucionais de participação social.

A política de promoção da saúde tem por base estratégia transversal que se concentra em fatores que influenciam a saúde da população, assim como, coloca em evidência suas necessidades territoriais e culturais existentes, propondo a criação de uma série de mecanismos que diminuam as situações de vulnerabilidade a que está exposta, que enfatizem a equidade e que incorporem a prática de

²Cf. Promoção da Saúde. SCRIBD.com. Disponível em: <<https://www.scribid.com/document/365112864/promoção-da-saúde>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

participação comunitária, assim como o controle social de usuários na gestão das políticas públicas. (CASTRO, 2010).

É possível perceber que as diversas ações na área da promoção da saúde passaram a exigir um aprofundamento da reflexão teórica sobre as limitações, os avanços e as possíveis soluções para esse quadro, levando em conta que ela se realiza na articulação entre vários âmbitos: sujeito/coletivo, estado/sociedade, política/clínica, privado/público, setor sanitário/outros setores, objetivando acabar com a excessiva fragmentação existente no processo tradicional saúde-adoecimento, que resulte na redução da vulnerabilidade, dos danos e dos riscos que nele se reproduzem. (CASTRO, 2010).

Nesse sentido, espera-se que este estudo possa contribuir com o tema abordado, por meio de sua utilização por profissionais que atuam na área médica e na assistência social. Acredita-se que este estudo possa aproximar o conhecimento acadêmico da experiência desenvolvida nas unidades públicas de saúde que prestam serviços à população, na medida em que as práticas aí verificadas podem ser discutidas à luz das informações levantadas por profissionais, vinculados à academia, através de projetos e/ou programas realizados em parceria com as redes de serviços públicos, reforçando a importância do ensino, contribuindo para incentivar novas reflexões e para lançar um novo olhar sobre as formas de articulação do trabalho em rede, buscando, sobretudo, melhorar a qualidade da intervenção nos cenários de prática médica e nos atendimentos de saúde prestados à população de modo geral.

Como metodologia de trabalho escolhida para desenvolver o tema desta dissertação, utiliza-se a revisão da literatura na área aliada ao levantamento documental de um conjunto variado e consistente de dados referentes à saúde em âmbito federal, estadual e municipal, que compreende, além da Constituição de 1988, material jurídico como resoluções, deliberações, portarias, guias, diretrizes, expedientes de divulgação, além de outros. A relação mais detalhada desta legislação é apresentada nos Quadros 1, 2, 3 e 4, que compilam a documentação legal referente à regulamentação da Promoção da Saúde para análise que se quer empreender. Com base na contribuição desses autores e nos arquivos consultados, faz-se, a título de exemplo, o relato da experiência acumulada junto ao Ambulatório de Promoção de Saúde para Mulheres em situação de violências e de

vulnerabilidades do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais –HC-UFMG – Ambulatório Redes e o *Projeto Família Cidadã*, ora descrita.

Para a revisão bibliográfica recorre-se a diversos autores que tratam do tema, entre eles: Wetspal (2007); Buss (2000, 2007, 2009); Santos, M. (1982); Paim (2009); Czeresnia (2009); Czeresnia e Freitas (2003), para fundamentar as discussões aqui desenvolvidas, entre elas: o papel dos atores - Estado, sociedade, fóruns participativos; suas características sociodemográficas, como classe social, gênero, raça e etnia, condições e contexto do trabalho, lazer, escolaridade, poder aquisitivo, condições de moradia e interação com outros agentes do território.

Para desenvolver o estudo também foi necessário resgatar o marco inicial da Promoção da Saúde, enunciado no *Relatório Lalonde*, do Ministério da Saúde do Canadá, em 1974, visto como modelo, por conter em seu arcabouço teórico e em suas recomendações operacionais conteúdos que orientam a formulação de políticas e intervenções de saúde, na perspectiva dos coletivos humanos e das comunidades, como estratégias para fortalecer suas capacidades individuais e sociais. (LALONDE, 1974).

Anterior à Lalonde, vários questionamentos eram feitos na busca de uma melhor compreensão da questão da saúde. Por que alguns grupos da população estão mais saudáveis do que outros? Sempre existiu uma busca humana no sentido de compreender o processo saúde-doença, intervindo sobre o mesmo? Esse quadro se deve a diversos fatores que oscilam do meio físico ao metafísico, perpassam os campos naturais, sociais, individuais ou coletivos. O homem sempre tentou encontrar modelos de causalidade e de intervenção através dos quais fosse possível explicar os processos envolvidos na questão da saúde/doença humana. Nesta trajetória, procurou-se refletir sobre os determinantes sociais e o processo saúde-doença, considerando-se a sua temporalidade histórica, analisando-se os modelos de causalidade e de intervenção; discutindo-se as iniquidades em saúde e os determinantes sociais da mesma; e refletindo sobre a questão dos âmbitos das políticas sobre os determinantes sociais da saúde. (BUSS, 2009).

A teoria da multicausalidade demonstra que a determinação do processo saúde-doença de uma comunidade está intimamente relacionada à cultura e ao modo de organização da mesma, e ao que ela própria exige do atendimento de saúde pública e das políticas públicas prestadas, o que requer um processo de intervenção diferenciado. Sob esse olhar, as ações de saúde devem ser

desenvolvidas integradamente, considerando-se aqueles indivíduos ou grupos da população mais expostos a fatores de risco. No campo da saúde, observa-se a inter-relação de vários tipos de fatores, individuais, biológicos, características próprias e estilo de vida, fatores ambientais e a forma organizacional do próprio serviço de saúde. (PAULI; ARTUS; BAUBINUTI, 2003). Com o Relatório Lalonde, a Promoção da Saúde deixa de ter como base exclusiva ou orientação o estilo de vida dos indivíduos (o livre arbítrio) e passa a se orientar a partir dos fatores sociais e ambientais, trazendo, assim, para a pauta da questão da saúde, a discussão de uma política pública saudável que considera estes aspectos, assim como também a questão da cidade/comunidade saudável. É importante que se analise a prática de promoção da saúde a partir de fundamentos como a equidade, a autonomia, a abordagem territorial, a participação social e a integralidade, assim como a intersectorialidade, o estabelecimento das redes sociais, a vulnerabilidade e o risco, e ainda a sustentabilidade das ações em saúde, o que implica em pensar alternativas viáveis e contínuas, que só podem sê-lo a partir do empoderamento dos diversos atores sociais envolvidos. É preciso considerar que a política da promoção da saúde exige processos participativos que integrem diversos saberes e práticas, pessoas – profissionais e população atendida - mobilizando recursos humanos institucionais e comunitários, públicos e privados, visando enfrentar e resolver os problemas de saúde e seus determinantes. (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SPS, 2002). Dessa forma, a Política de Promoção da Saúde se consubstancia como possibilidade de compreensão do papel que os determinantes sociais exercem nas condições de saúde e doença dos indivíduos e na relação entre ambas, deslocando o tradicional olhar de uma perspectiva fragmentária e individualizante para outra de construção social coletiva dos modos de viver a vida. É necessário articular diferentes campos de conhecimento e reconhecer a diversidade de atores, de práticas e de relações de poder que se explicitam no território para se avaliar as respostas dos serviços em relação às demandas de saúde. (BUSS, 2000).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar a Política de Promoção da Saúde de Belo Horizonte, buscando identificar atores, ideias centrais e os norteadores que influenciaram e conduziram a sua formulação, em 2016. Da mesma forma, visa levantar e conhecer a produção e as ações da Promoção da Saúde desenvolvidas nos últimos anos. Pretende-se ainda, a partir dos procedimentos acima mencionados, analisar o planejamento, a execução, e a gestão das Ações de

Promoção da Saúde no município, avaliando-se as seguintes questões: se o trabalho se desenvolve de forma integrada ou fragmentada; se há uma busca pela intersetorialidade no escopo das políticas de saúde; se existe conhecimento e relação com outros setores, políticas e redes de serviços locais, que possam contribuir no estabelecimento de parcerias institucionais.

No âmbito das ações referentes à saúde, existe o reconhecimento por parte de gestores, trabalhadores e população usuária de que, apesar dos significativos avanços que ocorreram, grandes desafios ainda persistem. Nos espaços de atuação da saúde da família emergem questões importantes, como a violência urbana, a drogadição, a pobreza, a falta de saneamento, além de outras dificuldades cotidianas que extrapolam o campo de atuação da saúde, exigindo cada vez mais a articulação entre as políticas públicas da cidade. (BRASIL, 2002).

Visando desenvolver a presente proposta de análise, estruturou-se a dissertação em cinco capítulos, divididos da seguinte forma:

No capítulo 1, 'A Promoção da Saúde no Âmbito Internacional: trilhas iniciais', tem-se o resgate histórico do tema a partir do movimento internacional que se inicia no Canadá, em 1974, e que busca uma perspectiva mais ampla e contextualizada para compreensão do termo saúde, e para o tratamento das enfermidades humanas, vistos, por essa ótica, como um processo social, enquanto aponta-se para os seus desdobramentos, passando por eventos realizados mundialmente, e também no Brasil, até chegar aos dias atuais. Nesse percurso, são identificados os fundamentos essenciais para a Prática da Promoção da Saúde que alimentam a luta para a construção de uma política social igualitária, alicerçada em princípios de universalidade, solidariedade e eficiência.

O tópico ainda situa cronologicamente, no período de 1946 até 2016, eventos, normas, e orientações de cada um dos principais eventos, correlacionando-os à evolução do debate. Neste contexto, são destacadas as estratégias e diretrizes que norteiam a promoção do bem-estar e da melhoria da qualidade de vida da população.

O capítulo 2, 'A constituição da PNPS no Brasil', descreve-se a trajetória da Política de Promoção da Saúde no país, diante do novo enfoque mundial e da concepção ampla de promoção de saúde, diretamente ligada à promulgação da Carta Magna de 88; localiza os entraves encontrados no cenário brasileiro, onde coexiste um sistema de saúde dividido, e que reflete a desigualdade social reinante.

Ainda delinea a incorporação e instrumentalização da PS pela legislação nacional desde então, recuperando os principais marcos normativos e as referências que a constituem, tendo por parâmetro os determinantes sociais, o protagonismo dos atores envolvidos e o comportamento social, enquanto aspectos estruturantes da nova abordagem em OS. Apresenta, também, um balanço dos marcos legais em promoção de saúde.

No capítulo 3, 'A Promoção da Saúde e a Intersetorialidade', é analisado o contexto da saúde tomando-se por referência a intersetorialidade, fundamento requerido na nova abordagem do processo saúde-doença e para a efetivação de políticas de promoção de saúde. Analisa ainda a PS sob o enfoque mais específico dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), noção importante, que incorpora fatores sociais à discussão do tema da saúde, na clínica médica e na promoção da qualidade de vida sociedade moderna.

No capítulo 4, 'A Promoção da Saúde em Minas Gerais e Belo Horizonte', o estudo enfoca os principais marcos institucionais da Política de Promoção da Saúde no estado de Minas Gerais, apontando para o descompasso em relação a PNPS. O capítulo discute o impacto importante que a PS representa para os municípios mineiros, buscando desenvolver políticas de saúde que reflitam diretamente o cotidiano da população, envolvendo atividades físicas integradas à comunidade e à escola, e dialogando com as políticas de vigilância e meio ambiente, além das ações voltadas para garantir uma dotação orçamentária específica.

É neste capítulo que se desenvolve a discussão central do trabalho, a saber, a PS em Belo Horizonte e tem por fundo o contexto socioeconômico do município e o mapeamento dos Distritos Sanitários de acordo com a vulnerabilidade social desses territórios. Analisa o Plano Municipal de Saúde de BH dentro do quadro das conferências mundiais de promoção da saúde, as principais estratégias e ações adotadas, situando os principais marcos políticos regulatórios e institucionais, enumerando normas e outros dispositivos relacionados, especificando conceitos e metas. Analisa ainda os programas e atividades implementadas junto aos serviços de atendimento aos usuários e à comunidade, bem como a interação das atividades do setor da saúde com outros órgãos, de uma perspectiva relacionada aos conceitos e programas estabelecidos para o período 2012 a 2016.

O capítulo 5, 'Experiências de Intersetorialidade em Saúde em Belo Horizonte: dois exemplos de protagonismo na PS', se dedica a ilustrar a PS no

município, com a análise de duas experiências específicas desenvolvidas pela Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, em parceria com serviços públicos de educação, universidade e comunidade. São programas que se tornaram referência na concretização do protagonismo e da intersetorialidade no processo de promoção da saúde, articulados a segmentos da população considerados socialmente vulneráveis, utilizando temas transversais como saúde-doença, cidadania, família, mulher e violência, e levados a efeito no município de BH.

No capítulo 6 são apresentadas as ‘Considerações Finais’ sobre o estudo, que sugerem que os princípios da intersetorialidade não estão sendo cumpridos nas ações de Promoção da Saúde em BH, verificando-se a existência de uma distância entre os conceitos teóricos no campo da Promoção da Saúde e a prática de atenção dos serviços de saúde à população, mesmo com todos os avanços que a discussão desse tema tem alcançado no Brasil e no mundo.

A expectativa deste estudo é a de que as análises aqui desenvolvidas possam servir de subsídios para os profissionais que atuam na área, especialmente aqueles da rede de saúde pública e da assistência social. A esperança é de que o estudo venha estimular o aprofundamento das reflexões sobre as práticas intersetoriais e a importância da institucionalização da política de Promoção da Saúde no município de Belo Horizonte para além da doença propriamente dita.

1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO INTERNACIONAL: trilhas iniciais

“Por um mundo donde seamos socialmente iguales, humanamente diferentes y totalmente libres”.

Rosa Luxemburgo

Este capítulo descreve a trajetória da Política de Promoção da Saúde no Brasil, recuperando os principais marcos normativos que a constituem, considerando-se o tripé determinantes sociais, participação e comportamento, como aspectos estruturantes da abordagem.

Na década de 60, ocorre no âmbito internacional, um amplo debate dando destaque ao tema “a economia da saúde e determinação social”, com vistas a superar a orientação da saúde até ali vigente, centrada no controle da enfermidade do cidadão. Naquele cenário, dois acontecimentos mundiais fornecem a base para um importante movimento que provoca uma mudança de paradigma na questão, transformando o conceito de saúde em âmbito mundial. São eles: a abertura da China nacionalista, onde duas missões internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) observaram a organização social das comunidades rurais daquela nação; e o Movimento Canadense, que discutia uma nova perspectiva para a saúde no país. (SPS, 2002).³

Esses movimentos despertaram o que seria discutido e proposto ao mundo em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, também conhecida como a Conferência de Alma-Ata, propondo o tema “Saúde para Todos no ano 2000”, lançando um novo desafio a todos os governos na busca da Promoção da Saúde de caráter universal, estimulando a adoção de ações que diminuíssem a desigualdade social em todos os países e internamente, para que esta meta fosse atingida. (CZERESNIA, 2009).

A Declaração de Alma-Ata representa o ponto de partida para as Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde. A primeira delas ocorreu em Ottawa, Canadá, em 1986, quando surge a definição de Promoção da Saúde -

³ SPS/SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde. Ministério da Saúde.** Coleção SUS (Brasil). Série B: textos básicos em saúde. 2002. 56 p

“Carta de Ottawa”- como processo de capacitação da comunidade no sentido de atuar em prol da melhoria de suas condições de existência, qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. (BRASIL, 2002).

A partir de então, outras conferências internacionais e regionais passaram a compor a agenda mundial da saúde, impactando, direta e principalmente, na Atenção Primária à Saúde (APS), influenciando as políticas de saúde no mundo, bem como as grandes escolas formadoras de opinião e de profissionais, sobretudo aquelas filiadas à área da saúde. O conceito efetivou-se a partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde, em 1978, em Alma-Ata. A conferência, em seu documento final, definiu a Atenção Primária à Saúde como:

[...] a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de atenção à saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contacto de indivíduos, famílias, e comunidades com o sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (MENDES, 2009, p. 149).

Temas importantes passaram a compor a agenda da saúde desde então, como por exemplo: a ampliação da visão de ‘cuidado da saúde’ em sua dimensão setorial; integração entre as ações de vários setores que ultrapassam o tema da saúde propriamente dita, mas que mantém uma estreita relação com a mesma; a paz mundial; o envolvimento do cidadão como indivíduo portador de direitos e deveres; a saúde, como conceito e componente central do desenvolvimento humano; e a promoção e proteção da saúde de todos os povos e etnias. Todos estes temas passaram a ser vistos como essenciais para o desenvolvimento econômico e social. (BRASIL, 2002).

Nessa trajetória, merece destaque a 34ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em 1981, quando a OMS incorporou a ideia dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Surge nesse momento um novo modo de olhar e analisar a relação

saúde-doença, no qual os componentes sociais passam a ter um papel relevante, como parte impactante no processo de saúde dos indivíduos. Essa abordagem amplia a visão sobre o tema, nele inserindo a problemática da iniquidade social e a relação de classe social, contemplando também indicadores de morbidade e mortalidade. (AKERMAN; XIMENES, 2016).

Ocorre, então, uma ampla disseminação desse novo pensar, expandindo a pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas à saúde. A partir de então, a Promoção da Saúde deixou de ter como base exclusiva ou orientação o estilo de vida dos indivíduos e o seu livre arbítrio, reorientando-se para a abordagem dos fatores sociais e ambientais que trazem para a pauta a discussão da Política Pública Saudável, como também da cidade saudável.

A partir dessa abordagem, ficou evidente que as decisões externas ao setor da saúde, que dizem respeito também às agendas políticas, econômicas, sociais, dentre outras, influenciam diretamente na saúde individual e coletiva dos cidadãos. Da mesma forma, influenciam na inter-relação existente entre Atenção Primária da Saúde (APS), Promoção da Saúde (PS) e Cidades Saudáveis.

Vários eventos ocorreram a partir da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986. A realização desses eventos demonstrou a inter-relação existente entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis, como é possível observar.

Em 1988, dois eventos importantes para os rumos da Promoção da Saúde destacaram-se. Um deles foi a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Adelaide, na Austrália, que afirmava o seguinte:

[...] saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social, devendo os governos investir recursos em políticas públicas saudáveis, em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos. [...]. Ressalta, ainda, que as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes nas sociedades. (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SPS, 2002, p. 35).

Na Figura 1, na sequência, o esquema demonstra a abordagem intersetorial, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e à qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e na equidade social, campos nos quais se avançou muito pouco nos últimos 25 anos. (BRASIL, 2002).

ALMA-ATA	PROMOÇÃO DA SAÚDE	CIDADE SAUDÁVEL
1973 – 1978	1974 – 1986	1984
<ul style="list-style-type: none"> * Outros setores * Promoção/qualidade * Participação/planos * Atenção Primária de Saúde <ul style="list-style-type: none"> - Educação - Alimentação - Saneamento - Materno-Infantil - Imunizações - Prevenção de endemias - Doenças/traumatismos - Medicamentos * Tecnologia adequada <ul style="list-style-type: none"> - Ação comunitária - Autodeterminação - Auto-responsabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> * Capacidade de comunicar-se p/ melhorar a qualidade de vida * Participação decisória * Políticas saudáveis * Abordagem setorial * Ambientes favoráveis * Habilidades pessoais * Reversão do sistema de saúde <ul style="list-style-type: none"> - ênfase na equidade - atenção determinante - extensão da promoção - prevenção, tratamento e reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> * Comunidade participa dos planos p/ melhorar o ambiente e a qualidade de vida * Amplia a participação * Empoderamento * Compromisso público local * Políticas saudáveis * Ênfase em equidade * Atenção determinante * Macrofunção social <ul style="list-style-type: none"> - trabalho e renda - infra-estrutura - desenvolvimento social - saúde e nutrição
"EMPODERAMENTO"		SUSTENTABILIDADE SOCIAL

Figura 1 - Diagrama: Alma-Ata/Promoção da Saúde/Cidade Sustentável
 Fonte: BRASIL/Ministério da Saúde, 2017.

Outro acontecimento importante ocorreu no Brasil com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), que se estabeleceu como grande marco na democracia brasileira, conhecida também como Constituição Cidadã, que traz no seu bojo princípios que vêm sendo construídos desde as primeiras discussões mundiais na Saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Apenas em 2006, dezoito anos após promulgação da CF 88, é que se tem no país a aprovação de uma política específica para a Promoção da Saúde: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da portaria nº 687, do Ministério da Saúde, revisada em 2014. (CASTRO et al., 2010, p. 28).

E no caso de Minas Gerais, somente 28 anos depois, em 2016, é que surge a Política Estadual da Promoção da Saúde, firmada em 19 de abril de 2016, com a aprovação da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.341, da Resolução SES/MG, nº 5.250 de 19/04/2016, que instituiu a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais, bem como as estratégias para promover a sua implementação.

Nesse mesmo ano, o município de Belo Horizonte, por meio da portaria SMSA/SUS-BH nº 0102/2016, de 28 de julho de 2016, institucionalizou o Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde (GTPS). Esse grupo foi criado com o objetivo de dar continuidade às diversas ações já desenvolvidas na Rede SUS-BH e apresentar à Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), até 01 de dezembro de 2016, uma proposta para implantação da Política Municipal de Promoção da Saúde. Percebe-se, então, que há uma distância temporal entre a publicação dos instrumentos legais que passam a institucionalizar as diversas políticas no nível Federal, no nível do Estado de Minas e do Município de Belo Horizonte.

As ações intersetoriais constam da pauta de planejamento e de trabalho dos órgãos vinculados à saúde, como a OMS, desde 1986, quando ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa/Canadá:

A 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. Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde, não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OMS, 1986).

Em novembro de 2016, organizações de todo o continente americano assinaram a Declaração de Viena, que “apela a todos os setores da comunidade de saúde pública, na Europa e além, trabalhando em todos os níveis, local, nacional, regional e global, para reconhecer os determinantes da saúde em múltiplas camadas e oportunidades de ação”. (EPH, 2017).⁴ Essa declaração atualiza a Carta de Ottawa para século XXI e salienta os enormes desafios a serem enfrentados no âmbito da saúde em todo o mundo.

Seguem, identificadas no Quadro 1, na sequência, as principais normas internacionais e nacionais que fazem referência à Promoção da Saúde, e que representam os marcos políticos-institucionais no avanço do movimento, bem como os acontecimentos nesse sentido. Observa-se que estão relacionadas em ordem de importância hierárquica, iniciando-se pela Constituição de 1988, informando as leis, decretos, portarias e resoluções. (AITH, 2016:148-154).

⁴ Cf. Artigo Sustaining resilient and healthy communities. Disponível em: <<https://ephconference.eu/conference-themes-313>>. Acesso em: 6 jun. 2017, às 11h47.

Quadro 1 – Principais Marcos Político-institucionais - Eventos Internacionais sobre a Promoção da Saúde

ANO	EVENTOS E/OU NORMAS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VÍNCULOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE
1946	Tratado Internacional de relevante importância de proteção à Saúde, assinado pelo Brasil.	Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS)	Iniciando uma nova conceituação de Saúde, ampliando assim, sua abrangência. “Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeições e enfermidades”. (1948)
1966	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Tratado Internacional - assinado pelo Brasil em 1966 e ratificado pelo Congresso Nacional apenas em 1992. o documento destaca o direito de toda pessoa gozar da melhor saúde física e mental.	Estado é responsável por adotar medidas para diminuir a mortalidade infantil, garantir o desenvolvimento das crianças, melhoria dos aspectos de higiene do trabalho, do meio ambiente, prevenção e tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, assegurando assistência médica e serviços médicos em caso de doença.
1974	Relatório Lalonde (Canadá) Uma nova perspectiva da saúde canadense	Relatório governamental importante, pois reconhece a assistência médica para além do ponto de vista biomédico e aponta a necessidade do olhar além do sistema tradicional de saúde (tratamento dos doentes)	Romper com o modelo biomédico, considerando a saúde com os seguintes elementos: biologia; ambiente; estilo de vida e organização da assistência sanitária
1978	Declaração de Alma Ata (Cazaquistão)	Resultado da Conferência Internacional sobre cuidados primários da saúde, realizada em Alma Ata, no Cazaquistão Apresenta os primeiros consensos globais sobre a Promoção da Saúde, traçando diretrizes para os governos e estados. Primeira Declaração Internacional.	Realça a importância da participação social e da responsabilidade da Atenção Primária atuar como articuladora da promoção da saúde. Declara que “[...] as pessoas têm o direito e o dever de participar do planejamento e execução da saúde”, e ainda, “que a atenção primária é a solução do espírito de justiça social”. (AITH, 2016).

Continua

Quadro I (Continuação)

ANO	EVENTOS E/OU NORMAS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VÍNCULOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE
1986	I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde: de Ottawa – Canadá	<p>Aprovada a Carta de Ottawa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Define a Promoção da Saúde como pilar para garantir a melhoria de qualidade de vida da saúde das pessoas; - Defende a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo; - Declara que Promoção da Saúde não é competência exclusiva do setor saúde. 	<p>Relacionando a Promoção da Saúde aos determinantes e condicionantes da saúde, buscando construir políticas públicas que favoreçam ambientes saudáveis, provocando uma mudança de modos de vida, de trabalho e de lazer.</p> <p>Construir Políticas Públicas que favoreçam ambientes saudáveis, promovendo mudanças de modos de vida, de trabalho e de lazer. E também reforça a importância da ação comunitária na construção e participação da promoção da saúde e na direção dos assuntos de saúde.</p>
1988 - 2009	<p>1988 - II Conferência, em Adelaide, Austrália;</p> <p>1991 - III Conferência, em Sundsvall, Suécia;</p> <p>1997 - IV Conferência, em Jacarta, Indonésia;</p> <p>2000 - V Conferência, na Cidade do México, México;</p> <p>2005 - VI Conferência, em Bangkok, na Tailândia; 2009 - VII Conferência, em Nairóbi, Quênia</p>	<p>Objetivo principal dessas conferências é promover o suporte às ideias e medidas necessárias para as ações em saúde. O resultado da discussão aberta e organizada em cada conferência é expresso através da elaboração final de um documento em defesa da promoção da saúde, salientando o bem-estar de todos os povos como requisito essencial para o desenvolvimento dos países e, conseqüentemente, para a manutenção da paz mundial.</p>	<p>Base Carta de Ottawa e a Declaração de Alma Ata.</p>

Continua

Quadro I (Continuação)

ANO	EVENTOS E/OU NORMAS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VÍNCULOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE
2013	VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde - Declaração de Helsinque, Finlândia. ⁵	<p>Facilitar a troca de vivências e estabelecer orientações para implementação da abordagem “Saúde em Todas as Políticas”</p> <p>A Saúde é a maior meta dos governos, e a pedra angular do desenvolvimento sustentável</p> <p>“[...] compromisso com o mais alto padrão de saúde para todos e reconhecemos que os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos. Reconhecemos a saúde como um direito humano fundamental e a equidade em saúde como expressão de justiça social. Sabemos que a boa saúde melhora a qualidade de vida, aumenta a capacidade para aprender, fortalece as famílias e comunidades, e melhora a produtividade da força de trabalho. Ações voltadas para a equidade contribuem significativamente para a saúde, redução da pobreza, inclusão social e segurança.”⁶</p>	<p>Teve como base e influência ideias, ações e evidências inspiradas na Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários de saúde (1978) e na Carta de Ottawa para a promoção de saúde (1986).</p> <p>Considera a ação intersetorial e as políticas públicas saudáveis, centrais para a promoção e equidade em saúde, reforçados na Declaração sobre Determinantes Sociais da Saúde, Rio/2011, e na Assembleia Geral das Nações Unidas para a Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis de 2011 e ainda no Documento Rio+20, em 2012 (O Futuro que Queremos).</p>

Continua

⁵Cf. Doc da 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Declaração de Helsinque sobre Saúde em todas as Políticas, postado por Marco Akerman, jun. 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AA-Confer%C3%Aancia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2017, às 12:07.

⁶Tradução da UIPES/ORLA – Brasil 24/06/2013

Quadro I (Continuação)

ANO	EVENTOS E/OU NORMAS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VÍNCULOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE
2016	IX Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Shanghai, China	A Declaração de Xangai sobre Promoção da Saúde, que se compromete a fazer escolhas políticas audaciosas na área, enfatizando as ligações entre saúde, bem-estar e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas e seus Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).	O Consenso dos Prefeitos de Cidades Saudáveis de Xangai, que contém um compromisso de mais de 100 gestores para avançar em relação no campo da saúde por meio de uma melhor gestão dos ambientes urbanos
2016	22ª Conferência Mundial da de Promoção da Saúde da UIEPS – Curitiba Brasil.	A Carta de Curitiba aponta que os participantes reconheçam seu papel e o da sociedade internacional na busca de uma agenda com de vínculos de solidariedade que defenda coletivamente a priorização da democracia, dos Direitos Humanos como condições essenciais para a promoção da saúde e equidade.	Enfatiza como o fortalecimento da Promoção da Saúde e a maior equidade podem melhorar a vida das pessoas independentes de onde vivam, trabalhem brinquem e aprendam.

Fonte: Autoria própria, 2017

Relacionando-se o aspecto sustentabilidade como um dos fundamentos da Promoção da Saúde, é importante realçar que as iniciativas dessa área são de natureza complexa,

O que nos parece mais relevante é assinalar que sustentabilidade deve estar referida a um complexo sistema de relações, que envolvem atores e instituições na busca de soluções mais amplas e duradoras, e observar com mais atenção o conceito em relação aos arranjos societários que vão estabelecendo e que podem permitir longevidade das iniciativas. Menos do que um conceito, essa perspectiva aponta para questões básicas: de continuidade, manutenção, durabilidade, considerando o porquê, para que e com quem. É importante, portanto, refletir sempre sobre a sustentabilidade dos projetos, ações e políticas, transformando-a em ponto permanente de pauta para gestores, formuladores de políticas e outros atores urbanos. Essa perspectiva aponta a necessidade de buscar caminhos articulados e de construir novas institucionalidades que ganhem potência e qualidade para enfrentar eficazmente os desafios da contemporaneidade, permeados que são de muita complexidade. Complexidade é, aqui, entendida como um atributo de múltipla determinação, histórico e contextualizado, e não uma impossibilidade, dificuldade ou complicação. (CASTRO; SPERANDIO; GOSCH, 2010, p. 54).

Fundamentado em todo o exposto é que este estudo quer fornecer elementos para instigar e incentivar a permanente luta pela construção de políticas públicas alicerçadas nos princípios e fundamentos da universalidade, solidariedade, igualdade, equidade e também na luta pela implementação e fortalecimento da Política de Promoção da Saúde como potente instrumento da democracia.

2 A CONSTITUIÇÃO DA PNPS NO BRASIL

“Os modos de produção escrevem a história no tempo. As formações sociais escrevem-na no espaço.”

Milton Santos

Nos últimos 30 anos, a discussão da Promoção da Saúde tem sido recorrente nos países industrializados, particularmente no Canadá, onde se questiona, por exemplo, a “eficiência da assistência médica curativa de alta tecnologia”, que surge da necessidade de controlar os aumentos de custos com o “modelo biomédico”. Desde então, vêm sendo feitas críticas a esse modelo e às suas práticas, enquanto espaços novos se abrem para pensar o “médico social” e a “nova saúde pública”. Essa discussão, entretanto, não é homogênea, apresentando contradições inerentes aos diversos interesses nela envolvidos. Neste período, vários eventos internacionais são realizados (ver Figura1) e as discussões neles fomentadas impactam de modo decisivo os grupos de profissionais que atuam na área da saúde, instituições formadoras, governos e organizações internacionais de saúde. Os eventos em questão, apontaram para compromissos internacionais a serem assumidos pelos diversos Estados participantes, inclusive o Brasil. (CZERESNIA et al., 2016).

No Brasil, a década de 80 torna-se um marco para o processo democrático, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 - a Carta Magna. Para a área da saúde, sobretudo, inaugura-se um momento novo, por “[...] consagrar o direito à saúde e ao definir princípios e diretrizes”, o que altera radicalmente o modelo de natureza essencialmente assistencialista anterior. O novo modelo traz a garantia do acesso universal, igualitário e não contributivo, rompendo com o caráter meritocrático (em vigor até então) de acesso aos serviços de saúde, que restringe esse direito apenas aos trabalhadores com vínculos formais/legais com mundo do trabalho. Na nova Constituição é incorporada a ideia de cidadania, o que muda radicalmente os paradigmas até então vigentes. Com isso, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema inclusivo que personifica o novo modelo de

assistência, organiza e consolida um processo de cobertura pública e universal, provocando ou gerando um novo ordenamento ideológico e institucional da assistência à saúde no país. Toda essa revolução, provocada a partir da abordagem da saúde como um direito de todos, cujo acesso deve ser universal, não conseguiu, no entanto, contemplar igualmente todos os cidadãos brasileiros, dado o modelo econômico e social imperante do capitalismo, e uma vez que a sociedade de classe se vê dividida hoje em dois grupos de cidadãos e dois sistemas de atendimento médico, de acordo com o poder aquisitivo: daqueles que só dispõe do serviço público como alternativa de tratamento, e os que se dirigem à assistência privada, através dos planos de saúde pagos. Embora nosso sistema de saúde seja único e universal, existem duas possibilidades, dois sistemas regulados desde então pelo Estado. A própria Constituição revela essa dualidade, quando, ao mesmo tempo, cria o sistema público universal e define a liberdade da iniciativa privada. Desta forma, ela acaba preservando as práticas institucionalizadas. (MENECCUCCI, 2003).

Neste contexto, a trajetória da política de promoção da saúde dá um salto com a Constituição Federal de 1988, sendo essa considerada o marco da democracia nacional, também conhecida como Constituição Cidadã, por trazer no seu bojo os princípios que vêm sendo construídos desde que se levantam as primeiras discussões mundiais tratando a saúde de uma ótica social, inserida em um processo contextual do promover o não-adoecimento e não somente técnica. Conforme declaração da Carta: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

A Constituição vem alterar os princípios que guiavam a política de saúde, incluindo entre eles a concepção de direito à saúde e as atribuições governamentais na busca destes mesmos direitos; também vem garantir continuidades, mostrando a possibilidade de convivência entre serviços públicos e privados de assistência em saúde – apesar da universalização dos direitos à atenção pública -, articulando essas esferas no atendimento de saúde à população. Mesmo assim, apesar das transformações organizacionais do sistema de saúde, das melhorias quantitativas e qualitativas advindas com a criação do SUS, estes preceitos não significaram uma ruptura definitiva com modelo em vigor até a década de 70, que era misto: privado e

público. Assim sendo, a regulamentação constitucional não foi uma mudança na rota da assistência à saúde, considerando-se os segmentos público e privado.

Todavia, com a criação do SUS, aconteceu uma inovação institucional do ponto de vista da assistência prestada no setor público diretamente. Ao mesmo tempo em que ocorrem mudanças, elas se fazem de forma limitada, ainda constrangidas pela antiga estrutura institucional que não é desativada, e, não sendo possível desmontá-la, segue-se em trajetória dupla: a da assistência pública e da privada.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, e com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), a Promoção da Saúde se destaca como um compromisso constitucional.

O direito à saúde, reconhecido como um Direito Humano fundamental, pode ser categorizado no que se convencionou chamar de Direitos Sociais ou Direitos Humanos de segunda geração. [...] A criação de leis e normas infralegais sobre o direito à saúde resulta no aprofundamento do dever estatal com relação a este direito, daí a importância em se compreender quais as normas legais que atualmente regulam a promoção da saúde no Brasil. (AITH, 2013, p.148-54).

A Política de Promoção da Saúde está apoiada em três pilares: ambiente, trabalho e cidadania. (MELO et al., 2016). Esses pilares com suas complexidades e grandes pontos de interseção, fazem pensar a 'promoção da saúde' como '*práxis* de autonomia' pois envolvem a participação dos sujeitos em diversos espaços privados e públicos, num esforço contínuo de construção das relações individuais e coletivas.

A promoção da saúde pode se apresentar em dois modelos. Um com predominância no 'indivíduo', 'no estilo de vida', e o outro voltado para os 'aspectos sociais'. Ambos, porém, não se apresentam isoladamente, se misturam em determinados momentos, com maior ou menor intensidade, se complementando na prática diária. (MELO et al., 2016).

A prática da Promoção da Saúde pressupõe uma compreensão do território. Como observa Santos (1982):

[...] o espaço é a matéria trabalhada por excelência. Nenhum dos objetos sociais tem uma **tamanho imposição sobre o homem**, nenhum está tão presente no cotidiano dos indivíduos. A casa, o lugar de trabalho, os pontos de encontro, os caminhos que unem a atividade dos homens e comandam a prática social. A *práxis*, ingrediente fundamental da transformação da natureza humana, é

um dado socioeconômico, mas é também tributária dos imperativos espaciais. (SANTOS, 1982, p. 6 -16, grifo meu)⁷.

Pressupõe também, reconhecer a história de cada sujeito, a partir do próprio sujeito, a partir de movimento de escuta e de diálogo que o profissional em saúde estabelece com o mesmo, conhecendo o território a que pertence a partir de seu olhar, de seu próprio conhecimento e de seu sentir. (SANTOS, 1982).

A escuta é o movimento de acolhimento dos sujeitos e coletividades em todos os aspectos e fatores que constroem suas vidas, movimento que auxilia a reconstruir as correlações que eles estabelecem consigo, entre si e com o mundo. (BRASIL, 2009).

Um desafio constante para a prática da Promoção da Saúde é compreender o significado do território, sua complexidade, seus movimentos de reconstrução e sua permanente transformação, como também conseguir encará-lo como um grande ponto de encontro entre sujeitos.

Diz-nos Habermas que “o mundo da vida se abre sempre que pelo menos dois sujeitos se encontram e se dispõem a agir cooperativamente”. (HABERMAS, 1987 apud MELO, 2016). E a tradição Marxista trabalhava com as concepções de igualdade “de cada qual segundo sua capacidade, a cada qual segundo o trabalho realizado” e a outra, “de cada qual segundo sua capacidade, a cada qual segundo suas necessidades”. (FETSCHER, 1988 apud AZEVEDO, 2013, p. 136). Essas reflexões dos dois pensadores inspiram a pensar a Promoção da Saúde como um processo dinâmico, transformador, individual, mas também coletivo e, de toda forma, bastante complexo.

Quando se pensa no conceito de “Promoção da Saúde”, pode-se considerar que nos últimos trinta anos a participação social ganha destaque, provocando a construção e reconstrução de alguns conceitos tais como os de democracia, cidadania, sujeito de direito e subjetividade. Esta tendência traz consigo uma valorização das comunidades e um novo significado para os princípios de solidariedade, igualdade, autonomia, dentre outros. Assim, remetendo-se à política, há que se considerar o momento atual oportuno para as novas práticas e para a criação de novos espaços de integração entre múltiplos atores. Significa definir compromissos de interesse público, redefinir o papel do Estado e da sociedade, bem

⁷ SANTOS, M. (1982). Sociedade e Espaço: formação espacial como teoria e como método, p. 6 -16. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/157247397/Sociedade-e-Espaco-Formacao-Espacial-milton-santos>>. Acesso em; 03/04/2016

como estabelecer políticas sociais que tenham no seu seio fóruns de participação popular e pactuação social, que expressem a diversidade de interesses e as necessidades existente na sociedade.

Retomando o conceito de 'promoção' é preciso considerar cada sujeito como cidadão de direitos, devendo ser respeitada sua singularidade e suas necessidades. Portanto, há que se falar em autonomia. MELO (2016) discute promoção de saúde como *práxis* de autonomia e de mudança:

Queremos pensar a promoção de saúde como *práxis* de autonomia, que começa com participação de todos os envolvidos, aqui e agora, em múltiplos espaços. E se amplia e ganha novos adeptos, segundo um processo contínuo de construção de opinião e vontade coletivas, capazes de fazer ecoar e expressar, em toda sua diversidade, as vozes de todos: controlar os imperativos econômicos; produzir direito, democracia e saúde. (MELO et al., 2016, p. 07).

O empoderamento e a participação do cidadão são estratégias para atingir a promoção da autonomia, conceito complexo que parte do pressuposto de controle e de empoderamento do sujeito sobre seu próprio destino. Empoderar-se implica aquisição de competências como confiança em si mesmo e autoestima, “capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política”. (CARVALHO, 2004 apud ESP-MG, 2011).

Com relação ao conceito de participação, observa-se que: “[...] não é um conteúdo que se possa transmitir, ou uma habilidade a ser adquirida pelo treino, mas uma mentalidade a ser construída pela reflexão crítica e amadurecimento do cidadão.” (ESP/MG, 2011, p. 40).

A Política de Promoção da Saúde (PPS) levanta tensões próprias da luta sobre esse direito, bem como propõe um novo modelo de atenção, que fomenta a construção de parcerias entre diversos setores fora do setor sanitário (intersetorialidade), aumentando a discussão sobre o papel dos determinantes sociais de saúde. Para produzir saúde, a PPS institui várias estratégias, visando aprofundar a integralidade do cuidado, de forma a atender as necessidades individuais e coletivas e promover a melhoria da qualidade de vida da população, tendo como objetivo principal reduzir as iniquidades em saúde, capacitando o próprio cidadão a ser protagonista do processo de produção de saúde. (MALTA et al., 2016).

Segundo Malta et al. (2016), o percurso da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) se apresenta distribuído em três grandes blocos. O primeiro deles compreende o período 1998/2004, que os autores consideram embrionário para a PNPS; o segundo, compreendido entre os anos de 2005 e 2013, quando ocorre o nascimento e todo o desenvolvimento da PNPS; e, finalmente, o terceiro momento, entre 2013 a 2015, e que envolve o processo de revisão, ampliação e difusão da PNPS. (MALTA et al., 2016).

No primeiro período – de resgate, formulação e de institucionalização da PNPS -, destacam-se as iniciativas de cooperação do Ministério da Saúde (MS) com as Nações Unidas, no projeto denominado “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, que coloca em pauta a discussão de um modo distinto de pensar e fazer política pública; e a tradução das Cartas da Promoção de Saúde, que fomentaram esta discussão, tornando visíveis experiências já em curso.

Outro movimento importante foi a articulação de uma rede brasileira de cidades e municípios saudáveis, pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que realiza a I Oficina de Promoção da Saúde no SUS, em 2000, em parceria com o MS. O resultado desse evento foi a realização de um intenso debate sobre os princípios que caracterizam um município saudável, a atenção básica e a promoção da saúde – momento quando também foi apresentada a proposta para reger uma indústria saudável, através da parceria que seria formalizada entre SESI, MS e OPAS. (MALTA et al., 2016).

Outro marco importante neste período foi o patamar que o Brasil alcançou na elaboração de um tratado internacional cujo objetivo era discutir o controle do consumo mundial do tabaco.⁸ Em termos de ganho para a PNPS, são computados os esforços do MS através da Secretaria de Políticas de Saúde, que se concretizam com o “Documento para Discussão”, publicado em 2002, anunciando o: “[...] processo dialógico de teoria/prática, refletir/agir, para a construção de uma PNPS que amplie nossa capacidade de gestão, atenção e parcerias, pautada por um compromisso ético em defesa da vida”. (MALTA et al., 2016, p. 1685).

Esse primeiro período, embora tenha deflagrado um grande debate em torno da Promoção da Saúde, também foi marcado por dificuldades e tensões,

⁸Site do Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/o_que_e>. Acesso em: 6 jun. 2017, às 11:38h.

especialmente aquelas existentes entre o paradigma da biomedicina ou modelo biomédico, centrado no tratamento da doença, e o outro, que se preocupa com a promoção da saúde, compreendendo o ser humano como sujeito singular e multidimensional. Em contrapartida, acontece uma articulação ampliada entre gestores municipais e estaduais de saúde, instituições de ensino e pesquisa envolvidas com a PS, na defesa dos princípios fundantes no SUS, quer seja: autonomia, empoderamento, intersetorialidade, integralidade, equidade, redes sociais e sustentabilidade.

O período 2005/2013 é caracterizado por grandes mudanças institucionais e pelo nascimento da primeira versão da PNPS. A Vigilância da Saúde (SVS) assumiu a missão de coordenar o grupo de trabalho responsável pela construção da PNPS, tendo como objetivo realizar intervenções de PS nas três esferas de governo. A primeira versão da PNPS foi então avaliada pelo Grupo de Trabalho da Vigilância em Saúde (GTVS), de caráter tripartite, composto de representantes do MS, CONASEMS e CONASS, sendo aprovada em 2006.

É criada a Agenda Nacional de Promoção da Saúde, para o biênio 2007/2008, e, a partir desta data, a PS é incluída na Agenda de Compromissos pela Saúde, nos pactos em defesa do SUS, de proteção da vida e da gestão, e também na Agenda Estratégica do MS e nos Planos Nacionais de Saúde. Fato importante é registrar que, a partir de então, a PS passa a incluir peças orçamentárias do governo, sempre através de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio de editais ou portarias públicas.

A partir de 2008, tem início na PNPS a inclusão do monitoramento de indicadores da PS. Dentre esses indicadores, são elencados o sedentarismo, o tabagismo, a prevenção de violência doméstica/sexual, a implementação do programa academia da saúde, a alimentação saudável, a prevenção de lesões e mortes no trânsito e também o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, o Programa Saúde nas Escolas e outros.

Os temas prioritários da PNPS nesse período, e que definiram a agenda de ações intersetoriais, são: formação e educação permanente; alimentação saudável adequada; práticas corporais e atividades físicas; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo do álcool; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura da paz e de direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável.

Ações intersetoriais de prevenção de violência com relação ao tema da cultura da paz e de direitos humanos consolidaram-se por meio de marcos legais instituídos em políticas, tais como: Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a pessoa idosa (2005); Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas; Lei Maria da Penha (2006); Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), de 2008; Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Linha de Cuidado para Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (2010), entre outros.

Destaca-se nesse sentido, no período, a atuação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e, ainda, o Programa Cidades Sustentáveis (Brasil + 20), com as políticas públicas voltadas para a gestão ambiental urbana.

No terceiro período, 2013/2015, revisando, ampliando e divulgando a PNPS, surgem novas agendas e outros desafios no campo da Promoção da Saúde. Várias ações e programas intersetoriais são desenvolvidos e/ou coordenados pelo governo federal, como o Programa de Enfrentamento da Pobreza, o Programa Bolsa Família, etc., além de agendas internacionais, entre as quais: a Conferências de Alto Nível - ONU/DCNT (2011); a Conferência Mundial dos Determinantes Sociais de Saúde (2011); a Conferência Rio + 20 (2012); a 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde/Saúde em todas as Políticas (Finlândia, 2013), e a IX Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Shanghai (China, 2016).

O Ministério da Saúde promoveu um amplo debate nacional, envolvendo as cinco regiões geográficas brasileiras na revisão da PNPS, de forma a torná-la mais democrática e participativa, garantindo o envolvimento de todos os atores da saúde, como também de outras políticas públicas. Com este movimento, percebe-se a necessidade de maior participação também da sociedade e dos movimentos populares nesse sentido; de promoção e de articulação com outras políticas públicas das diferentes esferas governamentais e com a sociedade civil organizada, uma vez que o setor sanitário não consegue responder isoladamente ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde. (SILVA; BAPTISTA, 2015).

A estratégia de Promoção da Saúde foi fortalecida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que redefiniu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), trazendo para a administração pública valores fundantes expressos em seu

artigo 3º, como a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito à diversidade, a humanização, a justiça social, a corresponsabilidade e a inclusão social. Com este novo 'escopo', a PS desafia o modelo de planejar, executar, analisar e fazer o trabalho em saúde, reforçando a necessidade de planejamento e de ação conjuntamente com as demais políticas.

O MS utilizou estratégias de comunicação como indutoras de informação da população sobre a Promoção da Saúde, usando como *slogan*: “Da Saúde se Cuida todos os Dias”, divulgando princípios norteadores da ação de promoção da saúde. Em 2015, o parto normal é incluído como novo eixo da PNPS, buscando a redução dos índices de cesárias realizadas em parturientes no país, envolvendo uma grande ação de conscientização de profissionais da saúde e, principalmente, o segmento de mulheres, já que o Brasil liderava, à época, a lista de países com alto índice desses procedimentos.

Em 2016, a Carta de Curitiba “Promoção da Saúde e Equidade - Para garantir a democracia e os direitos humanos em todos os países do mundo”, fruto da 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPES, realizada no Brasil, na cidade de Curitiba, observava “[...] como o fortalecimento da Promoção da Saúde e maior equidade podem melhorar a vida das pessoas, independentemente de onde vivam, trabalhem, brinquem e aprendam. ” (UIPES, 2016).

A Carta de Curitiba salienta que os participantes dessa conferência

[...] reconhecem seu papel e o da sociedade internacional na busca de uma agenda comum e de vínculos de solidariedade, que defenda coletivamente a priorização da democracia e dos direitos humanos como condições essenciais para a Promoção de Saúde e equidade” (UIPES, 2016).

Definiu também os papéis de atuação em seis grandes grupos de atores: organizações Internacionais, governos, setores de saúde, cidadãos, profissionais da área de saúde e pesquisadores.

O Quadro 2, a seguir, apresenta os principais marcos normativos do período compreendido de 1988 a 2014, conforme demonstrado abaixo.

Quadro 2 – Principais Marcos Político-institucionais - Normas Nacionais da Promoção da Saúde

ANO	NORMAS LEGAIS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VINCULOS
1988	Constituição da República Federativa do Brasil	As normas da Promoção da Saúde entendidas como tema de responsabilidade do Estado e da sociedade com origem nas reformas promovidas pela Constituição Federativa do Brasil.	Artigo 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante efetivação de políticas sociais e econômicas de redução do risco de doença e de outros agravos, e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).
1990	Lei 8.080 de 19/09/1990	Organiza o Sistema Único de Saúde – SUS.	Art. 2 - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1 - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2 - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Art. 3 - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990a).
1990	Lei 8.142 de 28/12/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa lei é mais um instrumento de garantia de transparência através da participação efetiva dos diversos atores sociais.	Participação social Conferências e conselhos de saúde

Continua

Quadro 2 (continuação)

ANO	NORMAS LEGAIS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VINCULOS
2006	Portaria MS/GM nº 687 de 2006	Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). É uma norma de grande importância administrativa, pois orienta os agentes públicos da área da saúde para as ações e serviços associados à PS da saúde no Brasil.	Bases normativas orientadoras para as seguintes normas: Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC); Portaria GM/MS nº 710, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para sua pactuação. Tem como objetivo: 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 a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2006).
2006	Portaria Interministerial nº 1.010 de 2006 ⁹	Editada conjuntamente pelos Ministério da Saúde e Ministério da Educação, instituindo as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas de educação infantil, de nível fundamental e médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Intersetorialidade.	Define a promoção da alimentação saudável nas escolas com base em alguns eixos prioritários, em especial as ações de educação alimentar e nutricional, considerando os hábitos alimentares como expressão de manifestações culturais regionais e nacionais e o estímulo à produção de hortas escolares para a realização de atividades com os alunos e a utilização dos alimentos produzidos na alimentação ofertada na escola. (AITH, 2013).

Continua

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.010 de 2006. **Saúde Legis**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html>. Acesso: 6 jun. 2017, às 12h04

Quadro 2 (continuação)

ANO	NORMAS LEGAIS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VINCULOS
2007	Decreto nº 6.286/2007	Publicado pela Presidência da República, institui no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola – PSE. O Decreto pretende promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.	As ações devem ser desenvolvidas articuladamente à rede de educação e saúde pública, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.
2007	Portaria nº. 1.409/GM/MS	Instituiu o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde – CGPNPS. Uma ação colegiada cuja função é coordenar a implantação da PNPS no SUS, e ainda, articular setores governamentais e não governamentais, monitorando e avaliando estratégias de implantação do PNPS e o seu impacto na coletividade e na melhoria da qualidade de vida do sujeito. Intersetorialidade	
2008	Portaria Interministerial nº. 675 de 2008¹⁰	Assinada pelos Ministérios da Educação e Saúde, institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE, estabelecendo diretrizes da política de educação e saúde nas escolas, conforme as políticas nacionais de educação e os princípios e diretrizes do SUS.	

Continua

¹⁰BRASIL. Ministério da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial nº 675 de 04/06/2008**. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.agosto.08/iels163/U_PT-INTER-ME-MS-675-REP_040608.pdf>. Acesso: 6 jun. 2017, às 12h13

Quadro 2 (continuação)

ANO	NORMAS LEGAIS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VINCULOS
2013	Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013¹¹	Redefine o Programa Academia da Saúde, que foi instituído pela Portaria GM/MS nº 719 de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Objetivo principal contribuir para a promoção da saúde e para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos dotados de infraestrutura e profissionais qualificados.
2014	Portaria nº 2.446, de 11/11/2014	Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).	Destacamos o Art. 2º, que diz: A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde, como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersectorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. (BRASIL, 2014).

Fonte: Autoria própria, 2017

2.1 Balanço dos Marcos Legais em Promoção da Saúde

O debate em torno do tema Promoção da Saúde é importante para a construção de uma política forte e eficaz de promoção de saúde no Brasil. Reconhecer a importância do protagonismo da população na construção da saúde é fundamental para a divulgação do conceito ampliado de saúde. Em contrapartida, é essencial que o Estado assuma seu papel em garantir a melhoria de condições de vida à população, “[...] para não se correr o risco de se afirmar uma política que, principalmente, culpabiliza e responsabiliza o indivíduo pela sua não saúde.” (SILVA; BAPTISTA, 2015, p.103).

¹¹ Biblioteca Virtual em Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Disponível em: Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso: 28/05/17 às 15h06.

Considerando o conjunto das leis, portarias e decretos referentes à PNPS, percebe-se um avanço na construção e no amadurecimento da promoção de saúde como política pública. Cada novo documento, ou documento revisado e revigorado trouxe uma contribuição e um novo desafio para os gestores públicos, provocando tensões entre os diversos atores e, ao mesmo tempo, contribuindo para o aprimoramento desta política em todo território nacional.

Toda essa construção é fruto dos esforços de movimentos nacionais e internacionais que discutem a promoção da saúde a partir de um reconhecimento ampliado nesse campo, e que já não se contentam com ações fragmentadas, isoladas e desconectadas entre si, propondo desenvolver um debate articulado e consciente das novas necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e das demais políticas nacionais, gerando mais tensões e mais desafios.

Na análise da trajetória da PS e de seus marcos legais, percebe-se que a Política da Promoção da Saúde está em construção. Ela está viva, dialoga e articula-se permanentemente, com sujeitos e coletivos, no público e no privado, com os interesses individuais e da coletividade, estado e sociedade civil, nas três esferas de poder, no âmbito do controle social e das políticas públicas, da saúde e nas demais políticas, com objetivo de construir ações intersetoriais, espaços coletivos de decisão e de saberes, visando romper com “a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, assim como os riscos e os danos que produzem”. (BRASIL, PNPS, 2006, p.18).

Considera-se que promover saúde significa também fortalecer sujeitos e a coletividade, capazes de analisar e exercer controle sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), melhorando assim as suas condições e a qualidade de vida, comprometendo-se com a defesa da autonomia da população, corresponsabilizando-se pelo cuidado consigo, com os outros e com o mundo.

As discussões e os eventos realizados em diversos espaços, tendo como tema a Promoção da Saúde, seus conceitos e sua implantação, nas últimas duas décadas e meia, podem ser visualizadas através da linha do tempo desenhada por Buss (2009). E mesmo que a cronologia do autor não seja completa, ela proporciona uma visão geral do movimento, demonstrando os diversos impactos do novo pensar a saúde, da promoção da saúde e de suas consequências nos dias de hoje, com ênfase para a perspectiva da integralidade e para uma visão mais multidimensional de saúde.

3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE

“Não se restringe a colocar junto o que se faz separadamente, mas de fazer algo novo de forma compartilhada”.

Joaquim Brugué, 2010.

De acordo com PAIM (2009), a saúde da população está relacionada com a sua forma de organização em sociedade. Esta concepção mais global leva em conta vários fatores, incluindo as dimensões econômicas, políticas e culturais, e resultou em avaliações e propostas mais abrangentes para os problemas relacionados à saúde.

A compreensão de que a saúde da população é resultante da forma como a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões econômica, política e cultural, estimulava a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde. [...]. Ainda assim, percebem-se iniciativas de construção de propostas alternativas, destacando-se as ações programáticas de saúde, a oferta organizada, a vigilância da saúde e a estratégia da saúde da família. (PAIM, 1999, p.167).

Na esfera local os conselhos de saúde são importantíssimos para legitimar e dar transparência às ações, construindo a cidadania e assegurando o direito de proteção da saúde. Assim reforça Paim,

[...] a vigilância constitui-se em um modo tecnológico de intervenção em saúde que pode incorporar modelos assistenciais vigentes e articular-se com as propostas atuais de promoção da saúde, implicando a redefinição do objeto, meio de trabalho, atividades, relações técnicas e sociais, bem como as organizações de saúde e da cultura sanitária. (PAIM, 2009, p.178).

Assim, vários temas e dimensões relevantes foram sendo incorporados à agenda de saúde, dando continuidade às metas e pautas dos governos e da sociedade que consideram a importância da dimensão social, política, econômica, incluindo-se aí a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, como forma de efetivar a

promoção da saúde, já que o segmento feminino tem um papel fundamental no cuidado e administração do núcleo familiar.

Há também dois aspectos importantes a serem considerados, quais sejam, o papel da “[...] educação como direito humano básico e elemento chave para realizar mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias [...] (BRASIL/MS, 2002, p. 43), e o da violência, que recentemente vem chamando a atenção no cenário nacional e internacional em todas as suas formas de manifestação, contribuindo para a deterioração dos serviços de saúde, absorvendo recursos, implicando, dessa forma, também em inúmeros problemas psicossociais decorrentes desse quadro, além de constituir o fundamento de graves problemas da saúde pública. Políticas públicas saudáveis requerem fortes defensores que coloquem a questão no topo da agenda dos políticos, legisladores, governantes e dirigentes públicos, sendo que esse é um desafio a ser vencido desde a década de 1960. (SVS, 2002).

Quanto à questão da Promoção da Saúde no Brasil e na América Latina, Melo et al. (2016), levantam o seguinte questionamento:

O grande desafio da discussão e do movimento de Promoção da Saúde no cenário brasileiro é lidar com a seguinte questão: como a preocupação com a equidade consegue se articular com uma nova ontologia trazida na luta dos movimentos sociais na América Latina, que desafia e questiona os pilares do modelo da modernidade, ‘capturada’ pela lógica de progresso e desenvolvimento, dotando ou resgatando um novo sentido para a vida, para as relações sociais, para nossa existência para como a humanidade? (MELO et al., 2016, p.33).

Diante dessa indagação recorre-se a Carvalho (2009), ao analisar o pensamento de Boaventura de Sousa Santos para fundamentar a perspectiva emancipatória da saúde no princípio do reconhecimento da igualdade e da diferença: “[...] defender a igualdade sempre que a diferença gerar inferioridade e defender a diferença sempre que a igualdade implicar descaracterização”. (SANTOS apud CARVALHO, 2009, p.8). É a tensão entre a igualdade e a diferença, entre a exigência do reconhecimento e o imperativo da redistribuição, uma dialética política que não pode ser menosprezada.

A partir da argumentação de Boaventura Santos, é possível concluir que a implementação de políticas públicas sociais e de saúde requer o empenho de toda a sociedade no combate aos modelos políticos e econômicos hegemônicos que reproduzem e alimentam a pobreza e desigualdade. Devem ser construídas políticas

sociais igualitárias alicerçadas nos princípios de universalidade, equidade, solidariedade e eficiência.

3.1 Os Determinantes Sociais da Saúde

O processo de produção da saúde e do adoecimento tem provocado o levantamento de análises e de reflexões permanentes. Vários estudos e teorias discutem o tema e seus determinantes.

Parte-se da premissa que,

[...] o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida. (CARVALHO; BUSS, 2008, p.151).

Conclui-se, portanto, que a saúde é também socialmente determinada e sua produção envolve diversos e diferentes níveis e áreas de responsabilidades.

Segundo o documento base que norteia a discussão sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2011), torna-se necessário um conjunto de ações a serem implementadas sobre esse fator, tendo como base três eixos: reduzir as iniquidades em saúde, como imperativo moral; melhorar as condições de saúde e de bem-estar, promovendo o desenvolvimento e alcançando objetivos gerais no campo da saúde; e, por último, sendo necessário promover ações em uma série de prioridades sociais que extrapolam a área saúde e dependem de melhores níveis de igualdade. Diante de tal complexidade e desafios, para que esse conjunto de ações seja implementado é necessário o envolvimento de todos os setores da sociedade nas ações em saúde, dirigindo-lhe um novo olhar e efetivando-se um novo tipo de gestão com a participação de vários setores e com a articulação e o comprometimento de políticas públicas distintas, quer seja, criando-se uma intersectorialidade como ação estratégica.

Em 2008, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) definiu a base conceitual dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), utilizando o modelo de determinação proposto por Dahlgren e Whitehead (2007).

Esses determinantes dizem respeito às condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e que influenciam as suas oportunidades de saúde, as suscetibilidades à doença e a expectativa de vida.

Este modelo proposto pelos autores estratifica os DSS em camadas que se distribuem desde os determinantes individuais (sexo, idade, fatores genéticos), passando pelo comportamento e por estilos de vida individuais, pelas condições contextuais de vida e de trabalho das pessoas, pela disponibilidade de alimento, pelo acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e educação, até, por fim, abranger os fatores macrodeterminantes, que relacionam-se às condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade em que os indivíduos estão inseridos.

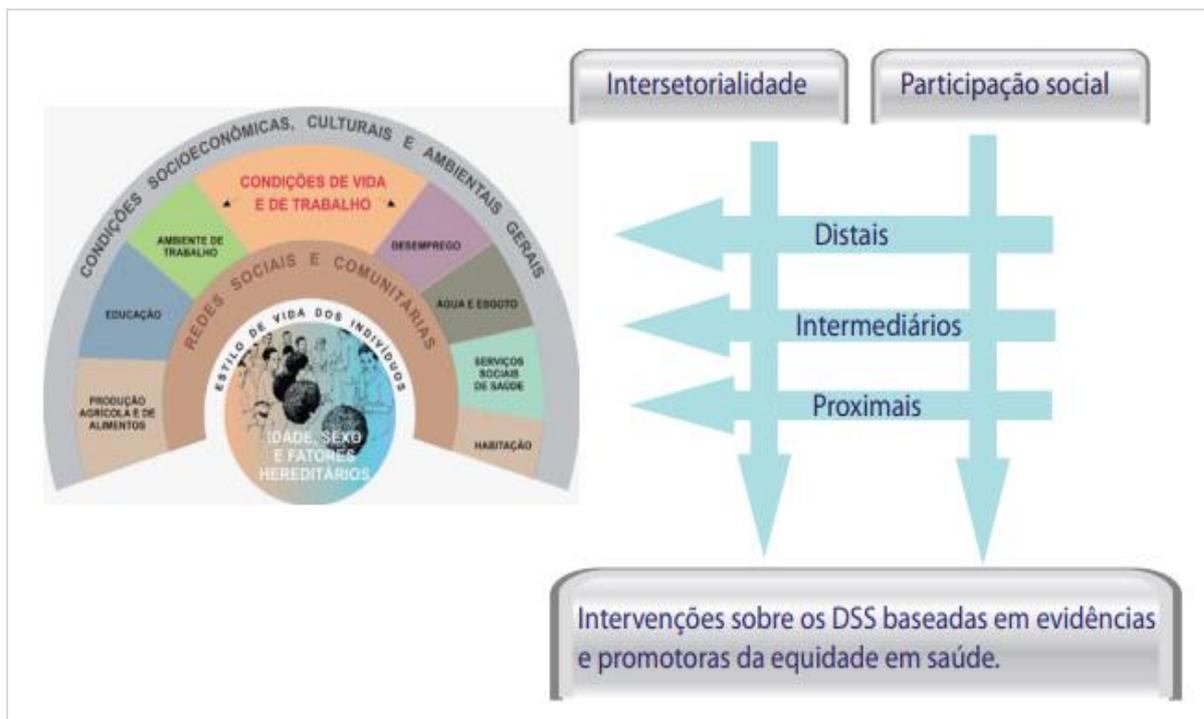


Figura 2 - Modelo de determinantes proposto por Dahlgren e Whitehead, 2008.
Fonte: Carvalho e Buss, 2008

O diagrama demonstrado na figura 2, de Dahlgren e Whitehead (2008), quando insere níveis de intervenção sobre os DSS, participação social e a intersectorialidade, remete às condições necessárias para que as ações de Promoção da Saúde sejam realizadas.

Carvalho e Buss (2008) organizam as intervenções em três níveis de abrangência: proximal, intermediário e distal. No nível proximal, estão as escolhas, hábitos e rede de relações humanas. Nesse nível, as intervenções envolvem políticas e estratégias que favoreçam escolhas saudáveis, mudanças de comportamento para redução dos riscos à saúde e a criação e/ou fortalecimento de laços de solidariedade e confiança. Assim, realizam-se programas educativos, projetos de comunicação social, ações que possibilitam a ampliação do acesso às escolhas saudáveis (alimentação de qualidade, espaços públicos para prática de atividades físicas etc.), construção de espaços coletivos de diálogo e incentivo a organizações de redes sociais. (CARVALHO; BUSS, 2008).

No nível intermediário, estão as condições de vida e trabalho partilhadas em uma determinada organização da sociedade. Nesse nível, as intervenções implicam na formulação e implementação de políticas que melhorem as condições de vida, assegurando o acesso à água potável, saneamento básico, moradia adequada, ambientes e condições de trabalho apropriadas, serviços de saúde e de educação de qualidade, além de outros. Aqui, exige-se a promoção de ações sinérgicas e integradas entre os diversos níveis da administração pública. (CARVALHO; BUSS, 2008). No nível distal, identifica-se as políticas estruturantes da sociedade. Trata-se de intervir para a consolidação de políticas “macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais” (CARVALHO e BUSS, 2008, p. 40).

Recomendações importantes foram propostas nessa Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS, 2008): melhorar as condições de vida, lidar com as questões das iniquidades e combater a distribuição desigual de poder, de renda e de recursos, e medir a magnitude do problema, compreendendo-o e avaliando o impacto das intervenções. (DSS, 2011).

Os determinantes sociais mais importantes são os estruturais, aqueles que geram estratificação social: tais como a distribuição desigual de renda, os preconceitos de gênero, etnia ou contra as deficiências e limitações pessoais, bem como os modelos políticos e estruturas de governança que alimentam – ao invés de reduzir - as iniquidades relativas ao poder aquisitivo dos indivíduos. Estas questões levantadas pela Comissão fomentam uma intensa discussão na área da saúde, principalmente por que hoje já se reconhece que a saúde de qualidade contribui

para outras prioridades sociais como: bem-estar, educação, coesão social, preservação do meio ambiente, aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico, gerando um círculo virtuoso no qual a saúde e seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente. (BUSS; PELLEGRINI FILHO; ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Arkeman e Ximenes (2016) discutem algumas tendências no debate da DSS que tendem à recuperação das contribuições do pensamento latino-americano e anglo-saxão, dando ênfase para correlação ou causalidade entre as dimensões do biológico e do social. Discutem a problemática da realidade social e da saúde da população brasileira, enfocando a “geografia da fome”, da forma como preconizada por Josué de Castro (1946). Assim, desmistifica-se o fenômeno da fome como naturalizado, contextualizando-o como consequência da realidade e de interesses políticos envolvidos, bem como sob a influência de aspectos médicos, sociais, culturais e humanos. Citam também Mc Keow (1979) na discussão do DSS, recorrendo ao exemplo da queda dos índices de tuberculose na Inglaterra e País de Gales, que resultaram da melhoria das condições de vida da população naqueles países, mais do que pela oferta de serviços de saúde propriamente dita.

Segundo Sicoli e Nascimento (2003, p. 102), “a promoção da saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes”.

Conforme preconizado na PNPS (2006), “os DSS podem ter um efeito positivo na saúde quando fomentam, promovem e colaboraram com a qualidade de vida. Por outro lado, também podem ter efeitos negativos quando favorecem o risco, o agravamento e a doença”. (PNPS, 2006, p. 33).

O desafio colocado para a operacionalização da promoção da saúde se dá pela complexidade dos princípios norteadores que o conceito traz consigo: pela sua concepção holística, a intersetorialidade, pelo empoderamento, a participação social, equidade, pelas ações multiestratégicas e pela sustentabilidade que requer, conforme destaca a OMS, e ainda pela abordagem que deixa de focar apenas no comportamental, exigindo uma visão ampla dos problemas de saúde e do processo da doença. Além desses, identifica o caráter coletivo do tema, envolvendo as demais políticas públicas de Estado, comunidades e seus indivíduos, requerendo uma combinação estratégica de ações individuais, ambientais e políticas.

Quando se fala em políticas públicas, em especial na Política de Promoção da Saúde, a grande dificuldade é sua gestão. Gerir as políticas a partir do princípio da equidade é um enorme desafio, em especial na saúde e na assistência social. Segundo Malta (2001) e Sarah Escorel (2009), a gestão da equidade implica na superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e considerados injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas. Desigualdades não são dadas naturalmente, são resultantes do processo histórico e do modo de produção e organização da sociedade.

3.2 A Concepção de Intersetorialidade e sua Conexão com a Promoção da Saúde

Para Mendes e Akerman (2007),

De todos os fundamentos da Promoção da Saúde que abordamos até aqui, a intersetorialidade é aquele que mais radicalmente nos remete à ação, ao modo de gestão das políticas e iniciativas de melhoria de qualidade de vida e, conseqüentemente, de intervenção nos diferentes níveis de determinação social da saúde. Ocorre que a intersetorialidade é mais que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com limites da organização setorial na abordagem dos fenômenos complexos de nossa sociedade. (MENDES E AKERMAN, 2007 apud CASTRO; SERANDIO E GOSCH, 2010, p. 51).

Todos esses aspectos provocam mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde, trazendo em sua essência a necessidade de estabelecer relações com outras políticas públicas conquistadas pela população. A saúde requer condições e recursos essenciais necessários aos cidadãos: alimentação, educação, renda, equidade, justiça social, paz, entre outras, para que possa ser conquistada. (SILVA; BATISTA, 2015).

Segundo Cavalcanti et al. (2013), o termo intersetorialidade é identificado na literatura por Andrade (2004); Monerat (2009); Pereira (2011); Nascimento (2010) e Bronzo (2012), como possuidor de vários sentidos. O prefixo 'inter' é oriundo do latim *inter*, que significa "no interior de dois"; "entre"; "no espaço de"; "posição intermediária". Assim, a palavra intersetorialidade desvela: relações entre dois ou mais setores; que é comum a dois ou mais setores. Portanto, é com base nesse

aspecto relacional que a intersetorialidade propõe uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilitem a superação da fragmentação dos conhecimentos, das estruturas sociais e das práticas. A gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem sobre uma população de determinado território. A intersetorialidade não é uma mera reunião de ações setoriais específicas, ela exige planejamento, articulação, coordenação e interação de agentes em torno de um projeto territorial comum, no qual todos os envolvidos precisam ser corresponsáveis em seu processo e gestão.

Caberá aos gestores da administração pública e também aos profissionais que atuam com políticas públicas nos diferentes espaços o papel de articular, mobilizar e catalisar, para garantir e proporcionar a efetivação de políticas públicas mais eficazes, papel este reforçado com a publicação da “Declaração de Helsinque” fruto da “VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde” (Quadro 1), que enfatiza a necessidade dos gestores de priorizar a saúde e a equidade como responsabilidade central dos governos para com seus cidadãos, de reconhecer a urgência de coordenação política eficaz na área da saúde e afirmando (grifo meu) **que isso exigirá vontade política, coragem e visão estratégica dos governantes.**

Outro aspecto importante é a articulação e mobilização popular para a questão pública, discutido por Melo et al. (2016):

[...] a promoção da saúde e a participação social na gestão pública é o pressuposto de que a participação social tem um grande potencial de aprimorar as políticas públicas e dessa foram afetar positivamente os determinantes sociais e ambientais de saúde. (MELO et al., 2016, p. 77).

Os autores comentam o pensamento de Mijuca:

[...] que destaca que a participação desenvolve habilidades dos indivíduos e os obriga a expressar publicamente suas preferências privadas. E que essas são ideias básicas de Habermas e constituem o coração do argumento da democracia participativa. Para tanto, requerem-se consensos sobre certas bases mínimas de igualdade e de respeito de todos os integrantes concebidos em uma visão pluralista. (MELO et al., 2016, p. 81).

Outro fundamento importante é o da integralidade, um dos princípios doutrinários para a saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), que conjuga ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço.

Mattos (2001) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas e como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. O autor ressalta que “a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”. (MATTOS, 2001, p. 61).

Entende-se que a integralidade da atenção à saúde da população não está restrita e nem condicionada a um único serviço de saúde, nem do sistema de serviços de saúde em si, mas que envolve a melhoria das condições de vida do indivíduo, a qual depende dos determinantes sociais de saúde, pois os DSS ultrapassam as funções de mera governabilidade do setor saúde. Redes sociais e sustentabilidade são dois requisitos fundamentais que marcam a promoção da saúde e confirmam a complexidade de sua prática.

Quando se fala em rede, pode-se pensar na ‘rede’ que protege, na ‘rede’ que aconchega e acolhe, na rede de pesca, que coleta o pescado que nos alimenta, na rede que acolhe a bola e celebra o ponto, o gol, na rede de contatos, nas redes sociais, enfim, a rede que tece as relações e facilita a comunicação entre sujeitos e entre estes e as comunidades. Na perspectiva da promoção da saúde, a rede que se deve colaborar para tecer é a de ‘estruturas de comunicação’, entre elas, a *internet*, constituídas de pessoas e de novas tecnologias que proporcionam a democratização, a circulação de informações e a troca de saberes, ampliando a eficácia daquelas organizações já constituídas com objetivos específicos; e também as que são formadas por entidades ou pessoas em apoio a outras redes, ancoradas por tecnologias. Essas redes devem configurar várias formas de dialogar e se comunicar e compartilhar saberes distintos, e são uma ferramenta possante quando se pensa no enfrentamento dos desafios de efetivação da Política de Promoção da Saúde em várias políticas públicas.

4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS E BELO HORIZONTE

De forma breve, observa-se o percurso, em Minas Gerais, no que concerne à Política Estadual da Promoção de Saúde (POEPS) por meio da legislação, com a sua institucionalização, em 2016, (Quadro 3), com a publicação da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2341, em 19/04/2016, “agregando a PNPS as necessidades e prioridades do Estado” (MINAS GERAIS, 2018)¹². Observa-se então, uma distância temporal, com um descompasso entre a implantação da PNPS e a POEPS, de dez anos. Mesmo com este lapso de tempo e com este ‘atraso’ em relação ao movimento da promoção da saúde nacional, considera-se um avanço em termos do estado e, entre os municípios, cria-se, também, uma expectativa, pois, a POEPS dispõe de uma metodologia que possibilita ampla participação em todas as regiões do estado e coloca a PS na pauta das instâncias de discussão, pactuação e da educação permanente, estimulando os municípios a planejar e inserir a PS entre seus instrumentos de gestão do SUS.

Vale destacar que “Minas são muitas”, com seus 853 municípios com características e necessidades distintas, sendo que apenas 29 deles possuem população acima de 100 mil habitantes (IBGE, 2017)¹³. Acredita-se que o impacto da POEPS para os municípios de pequeno e médio porte doravante será importante, até porque o Estado mineiro criou, segundo deliberação CIB-SUS-MG, de no. 2341, de 19/04/2016, cinco indicadores a saber: **indicador 1** - promover ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população; **indicador 2** - realizar junto à comunidade, atividades coletivas de educação em saúde voltadas para a promoção da saúde; **indicador 3** – implementar o Programa Saúde na Escola (PSE); **indicador 4** - realizar o registro do formulário de marcadores de consumo alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN web; e o **indicador 5** – realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF). (MINAS GERAIS/SUS, 2018).¹⁴

¹² Cf. site: Saúde.mg.gov.br. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br/component/banners/click/110>. Acesso em: 21 jan. 2018, às 19:45

¹³ Cf. IBGE/Órgãos Estaduais de Estatística/Secretarias Estaduais de Governo/SUFRAMA. **Censo 2014**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/download/mapa_e_municipios.php?lang=&uf=mg>. Acesso em: 7 jun. 2017, às 19h05

¹⁴ Deliberação CIB-SUS/MG nº 2341, em 19/04/2016. Disponível em: <saúde.mg.gov.br>. Acesso em: 21 jan. 2018, às 19h45.

Estabeleceu também metas a serem cumpridas para o recebimento de recursos financeiros.

Tais indicadores irão impactar na promoção e produção da saúde, proporcionando ações intersetoriais e colaborativas. Por exemplo, na prática de atividades físicas há a possibilidade da construção de uma vida saudável tanto individualmente quanto coletivamente, estimulando a criação de hábitos saudáveis, já que segundo o material publicado na Cartilha Promoção da Saúde (PBH/SMSA, 2015):

As doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, neoplasias, diabetes, e respiratórias crônicas) tornaram-se as principais causas de adoecimento e morte no Brasil e em Belo Horizonte. [...] A inatividade física, o comportamento sedentário, a alimentação não saudável, o uso do tabaco e o consumo prejudicial do álcool são apontados como fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças. (PBH/SMSA, 2015, p.3).

A educação em saúde nas comunidades desperta para a importância da promoção da saúde e das ações integradas; programas como, Saúde na Escola e Bolsa Família fortalecem ações intersetoriais e colocam em pauta a importância das ações planejadas conjuntamente no âmbito das políticas de educação, saúde e assistência social e a destinação de orçamento para tais políticas. Os indicadores e os valores e princípios da POEPS se entrelaçam, reforçando a necessidade de uma ação política forte, que considere prioridade o cuidado integral do cidadão.

É importante, aqui, destacar, mesmo sem uma análise e comentários específicos, o capítulo I, da POEPS, no seu artigo 4º, que cita/nomeia quais são os “valores e princípios da política estadual da promoção da saúde e devem ser **incorporados em todas as práticas de promoção desenvolvidas no Estado**” [...] (Grifo meu), sendo eles a solidariedade, a felicidade, a ética, a humanização, a corresponsabilidade, a inclusão social, a equidade, a justiça social, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade, a territorialidade, a criatividade, o respeito, a perseverança, o pertencimento, a amorosidade, a horizontalidade e a justiça ambiental. Vinte e três valores e princípios, de uma complexidade enorme, e que, alguns, em vários momentos, são tratados nesse estudo. Aqui, o Estado se coloca um enorme desafio, de fazer valer estes princípios e valores em todas as suas ações.

A ilustração abaixo, (Quadro3), demonstra que a promoção da saúde, no ano de 2016, teve destaque no Estado, não apenas do ponto de vista institucional, onde leis e resoluções foram publicadas, mas também pela articulação promovida com os diversos atores vinculados à área na busca da construção de uma Política Estadual de Promoção da Saúde.

Quadro 3 – Principais Marcos Político-institucionais - Normas de Promoção da Saúde do Estado de Minas Gerais

ANO	NORMAS LEGAIS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VÍNCULOS
2016	Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.264 de 22/01/2016	Aprova a prorrogação de vigência e inclusão de período de monitoramento do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, nos termos da Deliberação CIB-SUS/MG nº1763, de 19/03/2014. Aprova o edital de convocação para adesão ao projeto de fortalecimento da Vigilância em Saúde, para o exercício 2014/2015.	
2016	Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.341, de 19/04/2016	“Institui a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação”.	
2016	Resolução SES/MG nº 5250, de 19/04/2016	“Institui a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação” “Artigo 2º - A Promoção da Saúde constitui-se uma estratégia de articulação transversal na qual um conjunto de intervenções, individuais e coletivas e ambientais, é responsável pela atuação intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde, com o objetivo de estabelecer mecanismos para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades e que vise o empoderamento social como forma de fomentar indivíduos/comunidades ativos sobre a produção de sua saúde”.	Determinantes Sociais da Saúde; Transversalidade; Município Saudáveis; Fortalecimento da PNPS

Fonte: Autoria própria, 2017

4.1 A Trajetória da Promoção da Saúde em Belo Horizonte

“[...] ninguém consegue ser realmente feliz em um mundo povoado por tantos infelizes. No mínimo se deixa apoderar pelo medo de que os infelizes ataquem as muralhas da felicidade individual.”

Frei Beto, em “Felicidade foi-se Embora?”

Para falar da promoção de saúde em Belo Horizonte é preciso conhecer suas características principais, seus dados e sua população. Belo Horizonte ou BH, como é popularmente conhecida, é uma jovem cidade brasileira localizada no estado de Minas Gerais. Capital do estado mineiro, com 118 anos, foi projetada na década de 30 para abrigar 200 mil moradores. Belo Horizonte, como nos diz Melo,

[...] traz a marca do planejamento desde sua origem. Uma das primeiras cidades brasileiras planejadas, projetada para ser a capital de Minas Gerais, foi traçada com régua e esquadro como tabuleiro de xadrez por sobre as montanhas mineiras”. (MELO et al., 2016, p. 83)

Atualmente, sua população é de 2.375.151 habitantes aproximadamente. (IBGE, 2010)¹⁵. Integra a Região Metropolitana de BH (RMBH), composta por 34 municípios, abrangendo uma população aproximada de 5.152.217 de pessoas. (IBGE, 2013).¹⁶

A capital do estado está classificada como município polo, sede de micro e de macrorregião na área de saúde, exercendo responsabilidade sanitária perante o Estado. Apresenta, segundo o censo IBGE de 2010, um índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,810, considerado elevado – “muito alto”. (IBGE, 2010).

Interessante perceber as contradições, segundo Melo

A primeira favela surgiu, assim, já na construção da cidade. A desigualdade social em Belo Horizonte remonta, portanto, a sua origem e ao seu histórico de planejamento. (MELO et al., 2016, p. 83).

¹⁵ Conforme dados do IBGE, Censo 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>>. Acesso em: 6 jun. 2017, 12h50.

¹⁶ Cf. IBGE/2013. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013/>>. Acesso em: 6 jun. 2017, às 14h48.

Melo destaca ainda a observação de Le Vem de que “o planejamento não é neutro, nem obedece a uma racionalidade moral ou ética. A planta da cidade é altamente classista, nela existe a preocupação de destinar a cada fração da população seu lugar”. (MELO et al., 2016, p. 83)

Abaixo, apresenta-se o Quadro 4, especificando no período 2012-2016, a legislação municipal para a Política da Promoção da Saúde de Belo Horizonte, que subsidia o debate do assunto nesse capítulo.

Quadro 4 – Principais Marcos Político-institucionais - Normas de Promoção da Saúde do Município de Belo Horizonte

ANO	NORMAS LEGAIS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VÍNCULOS
2012	Decreto Municipal 14.878	Institui o Programa Família Cidadã, sob coordenação geral da Secretaria Municipal de desenvolvimento Social.	Desenvolvimento do Programa a partir de ações Intersetoriais. Define o acompanhamento das famílias mais vulneráveis do município de BH (Família Cidadã), tendo como objetivo melhorar as condições de vida e de saúde dos moradores.
2014	Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte – 2014-2017	O Plano contempla uma diretriz que indica a aprovação da Política Municipal de Promoção de Saúde da SMSA/SUS-BH até o ano de 2017.	
2016	Portaria SMSA/SUS-BH nº 0102/2016 de 29/06/2016	Institucionaliza o Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde (GTPS) da SMSA/SUS-BH, oficializando o grupo e definindo sua composição e participação, sob a coordenação do gabinete da SMSA-BH. O GTPS deverá propiciar a articulação transversal na SMSA/SUS-BH das ações de Promoção da Saúde, incluindo o controle social e a participação comunitária.	Formulação de modelo de intervenções intra e intersetoriais no município de BH, incluindo universidades e o meio acadêmico. Criação de subgrupo específico para discussão dos temas das violências e cultura de paz.
2016	Portaria SMSA/SUSBH nº 0181/2016 – revoga a Portaria SMSA/SUS nº 0155/2016	Indica os representantes que farão parte do Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde (GTPS) da SMSA/SUS-BH	
2016	Portaria SMSA/SUS-BH nº 0212/2016 de 15/12/2016	Coloca sob consulta pública a proposta da Política Municipal de Promoção da Saúde/SUS-BH elaborada pelo GTPS da SMSA/SUS-BH.	

Continua

Quadro 4 - (continuação)

ANO	NORMAS LEGAIS	DECISÕES E/OU DIRETRIZES	CONCEITOS E/OU VÍNCULOS
2016	Portaria SMSA/SUS-BH nº 0023/2016	Dispõe sobre a implementação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde. ¹⁷	Art. 1 Para efetivar o Programa Municipal de Educação Permanente em Saúde – ProEP, será destinado até 10% da carga horária do trabalhador em saúde, distribuídas em 11 meses, para desenvolvimento das ações educativas propostas no Programa Municipal de Educação Permanente em Saúde
2016	Portaria Conjunta SMSA/SMARH nº 0001/2016	Dispõe sobre as diretrizes da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde. ¹⁸	<p>Art. 2º -[...] - Ser fundamentada nos princípios do SUS, na Política Nacional de Humanização do SUS, na Política Nacional de Educação Popular em Saúde e na Política Nacional de Promoção da Saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar metodologias ativas de ensino que valorizem a prática cotidiana em que o aprender e ensinar se incorporem aos processos de trabalho, buscando a excelência no cuidado em saúde e fortalecendo o compromisso dos trabalhadores com o seu fazer e com a população; - Elaborar o Programa Municipal de Educação Permanente em Saúde (ProEP) direcionado por ações educativas que respondem as lacunas de aprendizagem dos trabalhadores, mediante as competências necessárias dos mesmos, para sua prática cotidiana do trabalho, considerando a territorialização com suas condições de saúde sejam elas locais, distritais e municipais. O ProEP deverá estar alinhado à Política Municipal de Desenvolvimento dos Servidores; - Considerar a Gestão do conhecimento constitutiva da Política Municipal de Educação Permanente, à medida que incentiva e induz a elaboração, inovação, captação, sistematização e arquivamento do conhecimento, além da disseminação e divulgação do mesmo, com suporte científico baseado nas melhores evidências e por meio dos processos educacionais; - Contribuir com a formação dos futuros profissionais da saúde, de forma que o Projeto Político Pedagógico e respectivamente os conteúdos programáticos das Residências em Saúde da SMSA-BH sejam alinhados ao ProEP da SMSA-BH.

Fonte: Autoria própria, 2017

¹⁷ BELO HORIZONTE (MG). Prefeitura de BH/Poder Executivo/SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 0023/2016. **Diário Oficial [do] Município**. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1157171>>. Acesso em: 27 jan. 2018, às 10h57.

¹⁸ Idem. Portaria Conjunta SMSA/SMARH nº 0001/2. **Diário Oficial [do] Município**. Ano XXII, n. 4977. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1157172>>. Acesso em: 27 jan. 2018, às 11h06.

4.2 A Espacialização da Vulnerabilidade Social

Para o planejamento e gestão da cidade, o município foi subdividido em nove áreas administrativas, e para cada uma delas há uma Gerência Regional de Saúde (Distrito Sanitário) que preserva suas particularidades e especificidades, tendo como fundamento de jurisdição a territorialização dos serviços em saúde. O município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, se organiza em unidades de serviços próprios, somando 150 unidades, os Centros de Saúde, distribuídos pelos nove territórios/distritos sanitários a saber: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Norte, Noroeste, Oeste, Venda Nova e Pampulha. (SMSA-BH, 2010; 2014).

A Figura 3, a seguir, ilustra os nove distritos, conforme a classificação das áreas segundo o grau de vulnerabilidade.

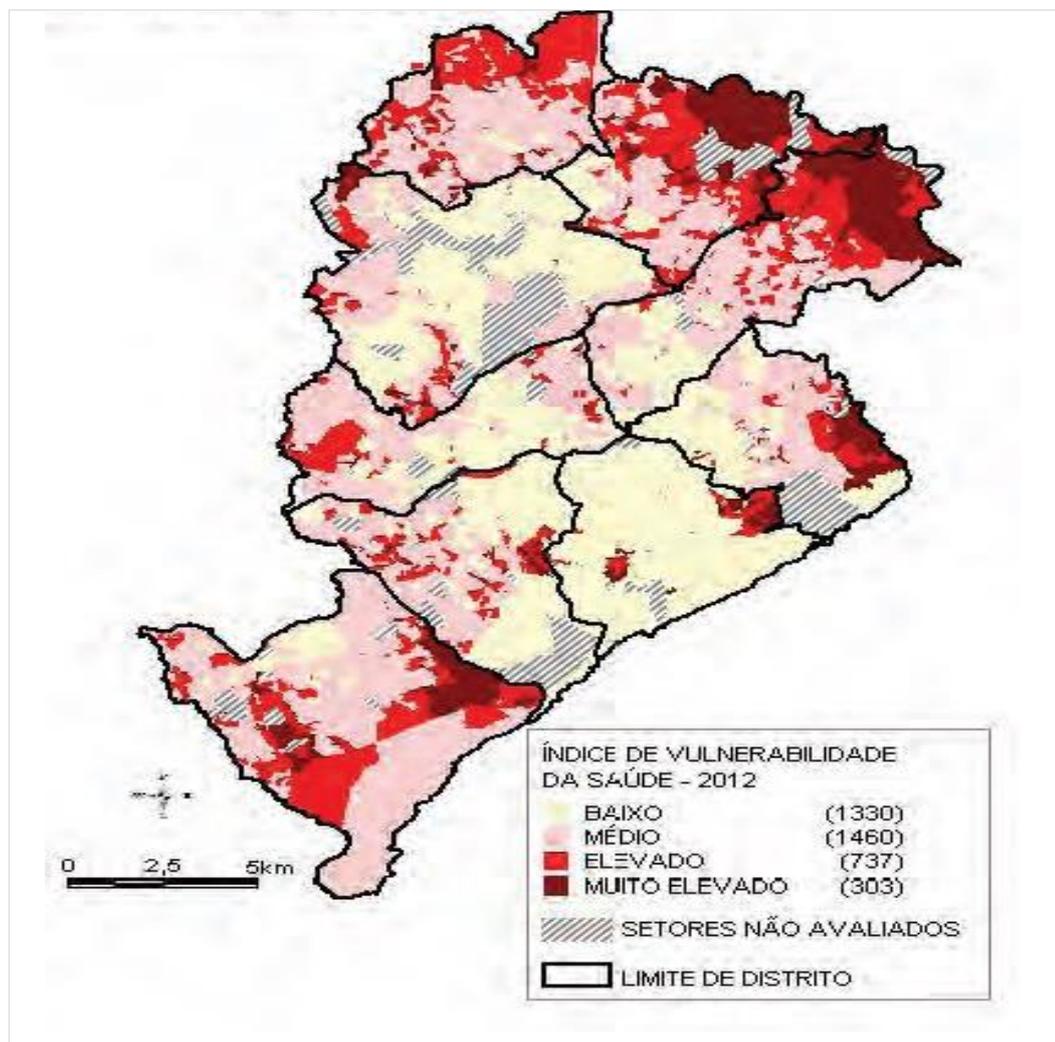


Figura 3 - Mapa dos Nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte classificados por situação de risco, segundo o IVS (PBH, 2013).
Fonte: SMSA/GETIS-2017.

O mapa mostra o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) nas nove regiões sanitárias da grande BH, diferenciados em cores. O IVS é desmembrado em duas dimensões: sanitária e socioeconômica, divididas em oito indicadores, sendo três indicadores para a dimensão Saneamento - percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente; percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente e percentual de domicílios particulares permanentes com destino de lixo de forma inadequada ou ausente - e cinco indicadores na dimensão socioeconômica - razão de moradores por domicílio, percentual de pessoas analfabetas, percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até meio salário mínimo, rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis (invertido) e percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena. (IVS, 2012, SUS-BH). É calculado para cada conjunto de pessoas residentes em uma determinada área geográfica contínua (setor censitário do IBGE), classificada em 4 categorias: médio risco, baixo risco, risco elevado e muito elevado

O índice tem representado um importante instrumento para planejamento e avaliação das políticas de saúde, pois “[...] permite maior justiça social, quando conjugado a outras estratégias. O IVS é uma ferramenta importante no redesenho de uma rede de atenção à saúde e promoção social, em diversas escalas geográficas”. (SMSA-BH, 2013). Porém, ele não identifica as vulnerabilidades individuais, familiares ou comunitários, cabendo às equipes de saúde a utilização de outras ferramentas e outras metodologias que permitam um olhar diferenciado para identificar estes fatores.

Segundo os dados do IBGE (2009), 12,2% da população de BH (292.157 pessoas) vive em favelas, comunidades, vilas, entre outras, atestando o perfil de contrastes sociais da cidade. E é nesse contexto, marcado por desigualdades e iniquidades, que a cidade desenvolve sua longa trajetória na organização dos sistemas de saúde e na implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS-BH), trilhando caminhos que buscam a inovação, a qualidade necessária e a justiça social no atendimento dos usuários.

Para tanto, o SUS-BH conta com uma rede de serviços de saúde robusta, conforme mapa abaixo.

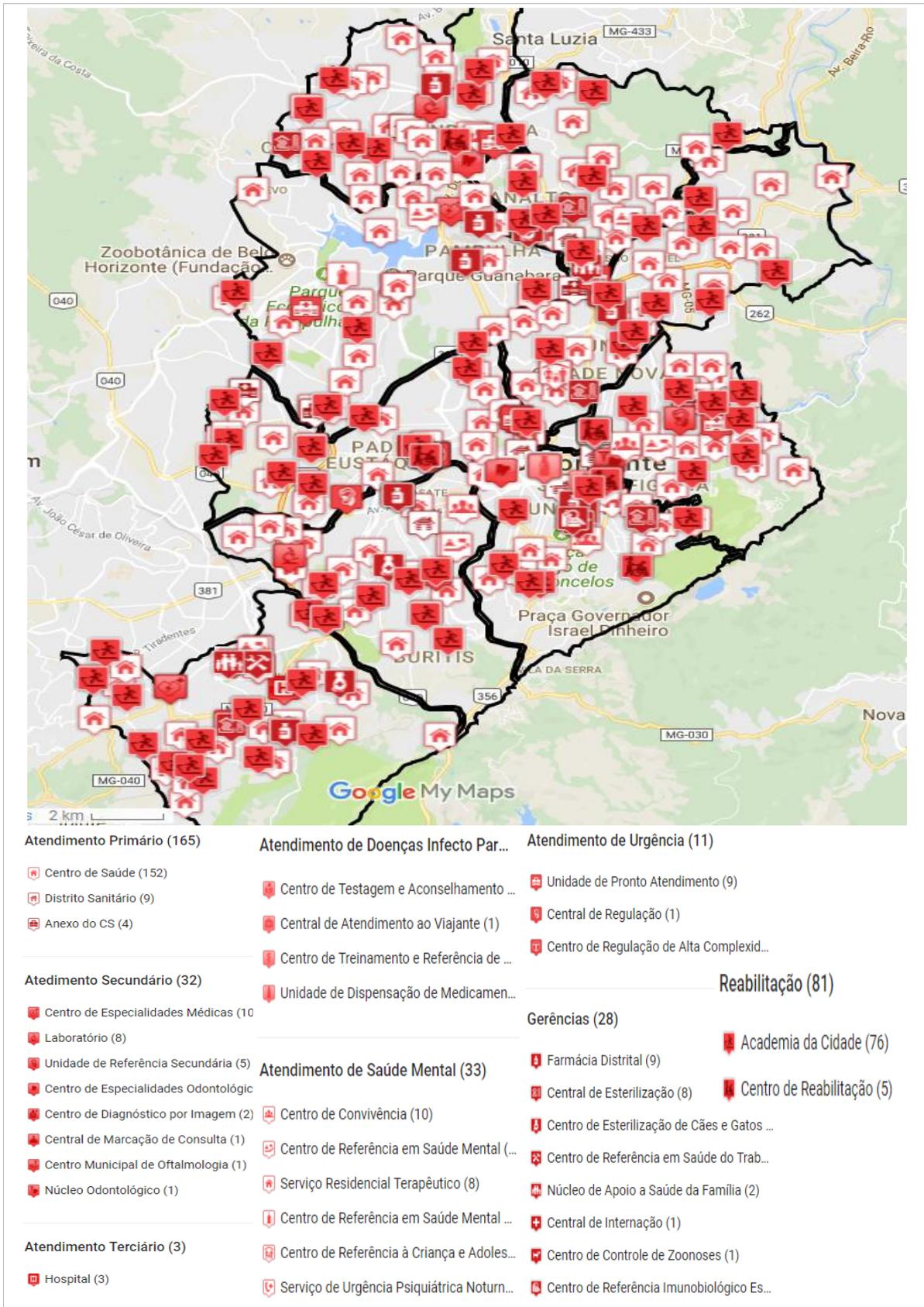


Figura 4 – Mapa com Representação dos Equipamentos Municipais de Saúde, Belo Horizonte (MG)

Fonte: <<https://www.google.com/maps>>. Acesso em: 21 set. 2017, 18h.

Pensar e organizar a produção da saúde a partir do SUS implica, antes de tudo, conhecer sua legislação e os instrumentos básicos de planejamento e gestão. Na trajetória do estudo da Promoção da Saúde, passando pelos movimentos nacionais e internacionais, pelos atos normativos nacionais e, agora, introduzindo-se ao estudo dos marcos legais do município de BH, foi possível verificar a importância e a influência de toda a legislação na política local.

Em 2016, o município de Belo Horizonte, por meio da portaria SMSA/SUS-BH nº 0102/2016, de 28 de julho de 2016 (Quadro 4), institucionalizou o Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde (GTPS). O grupo teve como objetivo dar continuidade a diversas ações já desenvolvidas pela Rede SUS-BH e apresentar à gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), até 01 de dezembro de 2016, uma proposta para implantação da Política Municipal de Promoção da Saúde. Percebe-se, como já foi observado anteriormente, a distância temporal entre a publicação dos instrumentos legais que institucionalizam as diversas políticas - a nacional, a estadual e a municipal.

4.3 O Plano Municipal e as Conferências: os insumos para a política

O Município conta com um instrumento importante e fundamental para planejamento, desenvolvimento e fortalecimento do SUS-BH - o Plano Municipal de Saúde, que norteia a política de saúde nas três esferas. Foi elaborado a partir das deliberações das Conferências Municipais, envolvendo todos os atores parceiros em movimento ascendente e integrado.

Em novembro de 2013, foi realizada a XII Conferência Municipal de Saúde, com o tema “Acesso, qualidade e transparência na atenção à saúde em Belo Horizonte”, que passa a discutir, desde então, além de aprovar, as diretrizes e os objetivos para o quadriênio 2014-2017. Foram aprovadas 876 proposições, agrupadas em cinco eixos de programação que estruturam o Plano, sendo eles: **a Atenção Primária a Saúde, a Vigilância em Saúde, a Rede de Cuidados Complementares à Saúde, a Melhoria do Atendimento Hospitalar e Especializado e a Gestão do SUS**, eixos estes que “estão em consonância com estrutura do Plano Plurianual de Ação governamental (PPAG), 2014-2017 da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).” (SMSA-BH, 2014).

Para operacionalização do quadriênio 2014-2017, o município recorreu às diretrizes anteriores pertencentes ao Plano Nacional de Saúde 2012-2015, adaptando-as para o nível local e aos eixos de programação, processo este que resultou em dez diretrizes. Seguem, destacadas em negrito, as diretrizes que atuam mais diretamente com a Promoção da saúde:

- 1. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Primária.**
- 2. Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.**
3. Fortalecimento da rede psicossocial do SUS-BH, incluindo as atividades relativas aos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas.
- 4. Articulação da Promoção à Saúde do SUS-BH, intra e intersetorialmente, para ações de fortalecimento e desenvolvimento humano sustentável.**
- 5. Redução de riscos e agravos por meio de promoção e vigilância em saúde.**
6. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Especializada.
7. Aprimoramento das redes de atenção hospitalar e de atenção às urgências com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articuladas às outras redes de atenção.
8. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
- 9. Qualificação do modelo de gestão e instrumentos de relação intramunicipal com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.**
- 10. Contribuição à adequada alocação, qualificação, desenvolvimento profissional, valorização e democratização das relações de trabalho no SUS-BH. (SMSA-BH, 2014, p. 83-84, grifos meus).**

Nos eixos do PMS, estão previstos as seguintes ações: **eixo da APS: ações de Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Reabilitação**, tendo como objetivo alcançar a integralidade do cuidado; **eixo Vigilância em Saúde**, que objetiva identificar agravos, riscos e determinantes sociais, intervindo no sentido de proteger, prevenir e promover saúde da população; **eixo Rede de Cuidados Especializados Complementares à Saúde**, para garantir o acesso a

serviços de qualidade com equidade e implantação de novos atendimentos nos territórios; eixo Melhoria do Atendimento Hospitalar e Especializado, **regulando da assistência e a atenção hospitalar e a rede de urgência; e o eixo Gestão do SUS**, **focando a formação dos trabalhadores do SUS, na qualificação da gestão, na garantia de acesso e na participação popular e controle social.** (SMSA-BH, 2014, grifos meus).

Este plano foi resultado do trabalho integrado e pactuado entre gestores, profissionais de saúde, conselheiros de saúde e a população usuária, configurando-se como eixo central de uma gestão voltada para resultados e com participação popular. (SMSA-BH, 2014).

4.4 A Estratégia da Promoção da Saúde em Belo Horizonte (SUS-BH)

Um grande movimento para a formalização da Promoção da Saúde é realizado na Secretaria Municipal - SMSA-BH, resultando na publicação da portaria SMSA/SUS-BH nº 0102/2016¹⁹, que institucionaliza o Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde (GTPS) da SMSA/SUS-BH, oficializando o grupo e definindo sua composição e participação, e ainda sua vinculação à coordenação de gabinete da SMSA-BH.

O grande avanço para a PS de Belo Horizonte com a institucionalização desse grupo é retratado em seus artigos 3º e 4º, conforme segue:

Artigo 3º – o GTPS deverá propiciar a **articulação transversal** na SMSA/SUS-BH das ações de promoção da saúde realizadas, incluindo aquelas relativas ao controle social e à participação comunitária, e deverá contribuir na formulação do modelo de intervenções intra e intersetoriais no âmbito do Município de Belo Horizonte, incluindo as Universidades e o Meio Acadêmico.

Artigo 4º – com base nas atribuições e de acordo com as necessidades e ações desenvolvidas pelo GTPS, poderão ser criados núcleos específicos ou outros grupos de trabalho para tratarem dos assuntos relacionados à promoção da saúde. Parágrafo único – fica definido que, obrigatoriamente, um dos grupos de trabalho deverá tratar, especificamente, dos **temas das violências e cultura de paz.** (MINAS GERAIS, 2016b, grifo meu).

¹⁹ Minas Gerais. Portaria SMSA/SUS-BH nº 0102/2016, de 28 de julho de 2016b – Ano XXII – Edição N.: 5098.

Assim, o GTPS entrega ao secretário municipal de saúde, em 01 de dezembro de 2016, a proposta da Política Municipal da Promoção da Saúde de Belo Horizonte, com a sugestão de que fosse colocada em consulta pública.

A sugestão é acatada e a proposta é apresentada, em janeiro de 2017, ao novo secretário municipal de saúde, que amplia o prazo da consulta pública para 20 de abril de 2017.

O cotidiano de um serviço de saúde não é linear, homogêneo ou estático. Relações intensas, surpresas, inesperados, agenciamentos múltiplos, equipes, trabalhadores, usuários estão em constantes movimentos, chegadas e partidas. Estranhamentos e confortos. Relações, processos de trabalho, necessidades e apostas também sendo construídas, desconstruídas, potencializadas e desmobilizadas a todo encontro/ momento/ processamento/ cristalização/ movimento. (MENDES et al., 2016, p. 7).

Em 2016, outro marco fundamental para o fortalecimento da Promoção da Saúde em BH se dá com a criação da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde, através da portaria SMSA/SUS-BH, de nº. 0023/2016, e da portaria Conjunta SMSA/SMARH, nº 0001/2016 (ver Quadro 4), que dispõem sobre as diretrizes da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde.

Cabe aqui destacar, que o município, ao definir as diretrizes para a Educação Permanente, nos seus artigos 2º e 3º, enfatizam a Promoção da Saúde como um compromisso político

Art. 2º - São diretrizes da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde:

- **Ser fundamentada nos princípios do SUS, na Política Nacional de Humanização do SUS, na Política Nacional de Educação Popular em Saúde e na Política Nacional de Promoção da Saúde;**
- Utilizar metodologias ativas de ensino que valorizem a prática cotidiana em que o aprender e ensinar se incorporem aos processos de trabalho, buscando a excelência no cuidado em saúde e fortalecendo o compromisso dos trabalhadores com o seu fazer e com a população;
- Elaborar o Programa Municipal de Educação Permanente em Saúde (ProEP) direcionado por ações educativas que respondem as lacunas de aprendizagem dos trabalhadores, mediante as competências necessárias dos mesmos, para sua prática cotidiana do trabalho, **considerando a territorialização com suas condições de saúde sejam elas locais, distritais e municipais.** O ProEP deverá estar alinhado à Política Municipal de Desenvolvimento dos Servidores
- Considerar a Gestão do conhecimento constitutiva da Política Municipal de Educação Permanente, à medida que incentiva e induz a elaboração, inovação, captação, sistematização e arquivamento do

conhecimento, além da disseminação e divulgação do mesmo, com suporte científico baseado nas melhores evidências e por meio dos processos educacionais;

- Contribuir com a formação dos futuros profissionais da saúde, de forma que o Projeto Político Pedagógico e respectivamente os conteúdos programáticos das Residências em Saúde da SMSA-BH sejam alinhados ao Programa Municipal de Educação Permanente da SMSA-BH.

Art. 3º - O Centro de Educação em Saúde - CES da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte é responsável por:

- Planejar, coordenar e organizar os processos educativos que qualifiquem os trabalhadores para a excelência do cuidado em saúde, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e coletividades, da gestão do setor saúde, do controle social, baseado nas melhores evidências disponíveis para aperfeiçoar as práticas institucionais, das e entre as equipes de trabalho;

- Coordenar a elaboração, execução e o monitoramento do Programa Municipal de Educação Permanente em Saúde, de acordo com a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e com a Política Municipal de Desenvolvimento Profissional do Município de Belo Horizonte;

- Estabelecer articulação com as instituições de ensino de todos os níveis de formação visando à aproximação precoce e sucessiva dos educandos com a realidade do Sistema Único de Saúde da SMSA-BH. Aprofundar relações com instituições de ensino e de fomento à pesquisa visando a inovação e o desenvolvimento de tecnologias em saúde, baseadas nas melhores evidências;

- Gerir e otimizar a execução de recursos financeiros destinados a processos de educação em saúde;

- Conduzir no âmbito da SMSA-BH, a tradução do conhecimento, de forma a incentivar a elaboração, inovação, captação, sistematização e arquivamento da memória do conhecimento, além da disseminação e divulgação do mesmo, pelo suporte científico baseado nas melhores evidências e através dos processos educacionais;

- Contribuir com o desenvolvimento das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Educação Popular considerando suas diretrizes e princípios incorporando-as aos processos, de forma transversal. (BELO HORIZONTE/PBH, 2016, grifos meus).²⁰

Ao se analisar e descrever as ações e acontecimentos decorridos no SUS-BH, não se utiliza uma linha do tempo. São entrelaçados os estudos e observações com as proposições contidas nas normas, projetos e nas análises, buscando refletir como esse conjunto de procedimentos vai sendo construído e colocado em prática

²⁰BELO HORIZONTE (MG). Prefeitura de Belo Horizonte/Poder Executivo/Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 0023/2016. **Diário Oficial [do] Município**. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1157171>>. Acesso em: 27 jan. 2018, às 10h57

no contexto dos serviços. A intenção é registrar as possibilidades de diálogo entre as ações locais que vão sendo concretizadas - e que tiveram como objetivo enfatizar a APS como espaço de articulação transversal -, mostrando seus aspectos e as situações da vida diária.

Olhar para a Promoção de Saúde no município de Belo Horizonte é observar e verificar se, no desenvolvimento das ações realizadas, estão sendo estabelecidas redes e parcerias, se há valorização dos diversos saberes técnicos envolvidos na formulação e na implementação de políticas, se existe a preocupação com o investimento em recursos humanos que possa conduzir a uma atuação articulada; se a elaboração de programas, projetos e ações se faz coletivamente e integradamente, tanto no SUS quanto no SUAS e nas demais políticas públicas e em outros setores.

No início dos anos 2000, em função da epidemia da dengue na capital do estado mineiro, surge a urgência em reunir e integrar diversas áreas de saberes e competências, o que favoreceu a criação do Grupo Intersetorial Regional, fato que envolveu várias secretarias municipais, representando as áreas de saúde, educação, cultura, esporte e lazer, o Serviço de Limpeza Urbana (SLU), a Defesa Civil, lideranças comunitárias, dentre outras, com o objetivo do enfrentamento e do combate à dengue.

Em 2002, BH adota a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial para Atenção Primária, iniciada com o cadastramento de 176 equipes estruturadas com profissionais da Rede SUS. Com isto, a estratégia passa a ser um eixo norteador da organização da Atenção Básica e propõe a reinserção de todos os profissionais dos Centros de Saúde neste projeto, possibilitando a integração entre as equipes multidisciplinares. Outro ponto importante nesse período foi a definição de diretrizes assistenciais do processo de trabalho, destacando-se a efetivação de ações intersetoriais, a diversificação da oferta de ações da promoção da saúde, a ampliação do vínculo das equipes com a população, medidas estas que aumentaram a possibilidade de manter o cuidado continuado e a gestão participativa, sendo reestruturados os colegiados locais gestores, o controle social na gestão local e a participação popular.

Este novo padrão de atuação dos profissionais da saúde, em Distritos Sanitários, permitiu um contato com os territórios, revelando a real situação dos mesmos e seus aspectos sociais e econômicos, a pobreza extrema e outras

dificuldades da vida familiar, percebendo-se a necessidade de mobilizar novos atores e parceiros, buscando uma maior articulação com as demais políticas públicas, principalmente aquelas vinculadas a questões sociais e urbanas. (SMSA-BH, 2008, p. 34)

Neste modelo de atendimento à população, toda a comunidade deveria ter acesso e participar da Atenção Primária a Saúde. Além do setor sanitário, outros setores relacionados à saúde (habitação, educação, trabalho, assistência social, saneamento e etc.) devem estar comprometidos com esse processo. Ainda, segundo Rabelo (2010), a 'Atenção Primária a Saúde está estreitamente vinculada com a Promoção da Saúde e a prevenção de enfermidades. Em síntese, a Atenção Primária a Saúde não abandona a dimensão setorial, técnica, mais inclui outras dimensões. (SMSA-BH, 2008, p. 25).

Ações isoladas de Promoção da Saúde, que aconteciam na Rede SUS-BH de forma bem incipiente e dependente da iniciativa de profissionais que nelas apostavam, começam a se fortalecer com a organização e desenvolvimento dos grupos "operativos" de trabalho com usuários, vinculados, inicialmente, às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A SMSA passa, assim, a buscar, no seu campo de atuação, a adoção de hábitos e modos de vida saudáveis, já que as doenças crônicas, além de ocasionar altos índices de óbito no Brasil, são causadoras de incapacidades nos indivíduos por elas afetados, representando altos custos de tratamento para o Sistema de Saúde e para a sociedade.

Há um reconhecimento consensual sobre a importância de se estabelecer prioridade nas questões de saúde e nos aspectos de cunho político dessa diretriz. A Promoção da Saúde vista como atenção direta aos indivíduos e também como "tarefa para os governos" (RABELO, 2010), passa a afetar a organização da atenção primária do município.

Em 2006, é publicado o PNPS, orientando a atuação dos agentes públicos da saúde para as ações de Promoção de Saúde no Brasil; propondo compromissos de gestão que reforcem a PS com foco na mudança de estilo de vida e na redução de fatores de riscos. Mesmo tendo como base o conceito ampliado de saúde, a política define estratégias que visam evitar as doenças, investindo em ações preventivas básicas, como o incentivo à alimentação saudável, à prática de atividades físicas, no controle ao tabagismo e uso abusivo de álcool e outras drogas, como forma de

redução da morbimortalidade e também dos acidentes de trânsito, na prevenção da violência e na promoção da cultura da paz e de um desenvolvimento sustentável.

Essas novas diretrizes, advindas do texto da PNPS, influenciaram o município de Belo Horizonte a criar estrategicamente a experiência de Organizações Sociais (OS), com o objetivo de reduzir vulnerabilidades e riscos da população, melhorando sua qualidade de vida dos indivíduos. Com a criação da SMSA, a Gerência de Projetos Especiais, dando continuidade às atividades dos grupos de trabalho intersetoriais já existentes, cuja responsabilidade é fomentar ações voltadas para a promoção da saúde, incentivando a criação de grupos como o '*Lian Gong em 18 terapias*' – *prática corporal*, a partir de 2007, que trabalha a promoção da saúde e que permanece atuante até os dias de hoje, se fortalecendo e expandindo para todos do serviço, se mantendo vivo em 217 diferentes espaços da cidade (SMSA-MG, 2016), mostrando sua importância e efetividade prática. (SMSA-BH, 2016).

Em 2008, são criados, pelo MS os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. O NASF é composto por profissionais de diversas formações (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e educadores físicos), o que contribui para trazer múltiplos olhares para o universo dos usuários, trabalhadores e para os processos de trabalho. Através desses grupos, foram fortalecidas as equipes de Saúde da Família, equipadas para prestar cuidado integral à população atendida, com a realização de consultas individuais nos centros de saúde, visitas domiciliares, atuando conjuntamente aos grupos e em reuniões de matriciamento para a discussão de casos, contando com o apoio de diversos profissionais das unidades, além de terem ampliados os seus atributos para o exercício da clínica médica, no sentido de afirmar a capacidade de análise e de intervenção desses profissionais com relação aos problemas e demandas de saúde, enfrentados pela comunidade atendida, tanto em termos clínicos quanto em relação aos aspectos sanitários e ambientais dentro de seus territórios de atuação.²¹

É implantado o Programa de Saúde nas Escolas (PSE), de caráter intersetorial, que tem por finalidade construir, de maneira descentralizada,

²¹ Portal da Saúde/ DAB-SUS. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 6 jun. 2017, às 14h51.

participativa e conjunta, a proposta de Promoção da Saúde por meio da formação e mobilização dos profissionais de saúde (em especial os profissionais da atenção primária) e de educação no território atendido, visando o trabalho em equipe entre trabalhadores das diversas áreas, como nas escolas, com os alunos - crianças e adolescentes – e ,a comunidade, no enfrentamento dos riscos e condicionantes do processo saúde-doença. Esse modelo de trabalho contribuiu para a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos estudantes e de seus familiares, tendo ainda como pressupostos uma cultura de paz, a prevenção de agravos à saúde, a promoção da cidadania e dos direitos humanos, assim como a valorização de ações ambientais e a promoção da saúde propriamente dita.

Outro desafio enfrentado no município e BH, em 2009, era a necessidade da qualificação dos profissionais da APS para fortalecimento da mesma e para garantir a melhoria dos serviços de saúde, alinhando conceitos relacionados ao processo de trabalho da equipe do programa de maneira que a sua atuação refletisse em práticas promotoras de saúde, de empoderamento dos cidadãos, famílias e comunidades, resultando um processo de natureza interativa, participativa e integradora, propiciando o encontro, o debate e a construção coletiva dos processos de trabalho local. Em parceria com o governo do estado de Minas Gerais, foram realizadas em BH dez oficinas para a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária (PDAPs), denominadas “Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte”. O evento contou com a participação estimada de 10 mil trabalhadores da saúde. As oficinas adotaram a metodologia de períodos de concentração – presenciais - para aquisição de conhecimentos e habilidades; e períodos de dispersão, que ocorriam nos territórios de responsabilidades das equipes de saúde, com aplicação prática dos conteúdos trabalhados. As oficinas tiveram início no ano de 2009 e foram concluídas em 2011.²²

Os temas desenvolvidos foram: análise da APS, Redes de Atenção à Saúde e regulação assistencial, territorialização e diagnóstico local, a organização da

²² No percurso das oficinas, os trabalhadores da Atenção Primária tiveram a oportunidade de discutir a saúde a partir das revisões conceituais e da legislação em vigor. A título de ilustração, destaca-se uma das oficinas, a número 8, por ter esta abordado o mesmo assunto do estudo ora desenvolvido, quer seja da Promoção da Saúde. A oficina teve como objetivos alinhar conceitos, relacioná-los ao processo de trabalho da equipe da APS e elaborar um exercício de planejamento com o tema “Promoção da Saúde que envolva o empoderamento de cidadãos, famílias e comunidades”. (ESP-MG, 2011, p. 5). O eixo conceitual adotado foi o “empoderamento crescente dos sujeitos, que se inicia na atitude dos cidadãos e dos profissionais, perpassa pelas comunidades em que residem e caminha em direção a uma cidade saudável”. (ESP-MG, 2011, p. 5).

demanda espontânea e do trabalho para atenção programada; a agenda das equipes de saúde e os contratos internos de gestão; abordagem familiar; promoção da saúde e vigilância em saúde.²³

A oficina também possibilitou a discussão do percurso da equipe da saúde da família, que inicialmente tem suas ações voltadas para o indivíduo, para posteriormente dirigir o olhar à família.

Com a consolidação do conceito e dos princípios de promoção da saúde, o olhar e as ações passam a se dar, também, a partir da perspectiva e da participação comunitária. Essa discussão provoca outras tantas, pois a promoção da saúde traz em seu bojo a necessidade de desenvolver ações integradas entre várias políticas e da compreensão do processo doença-saúde para além dos aspectos tão somente físicos e individuais. As oficinas propiciaram o encontro de atores interessados, o debate e o intercâmbio de saberes visando a atuação coletiva em processos de trabalho locais, buscando a qualificação do atendimento na Atenção Primária e a construção cotidiana de uma cidade cada vez “mais saudável”. (ESP-MG, 2011).

Essa estratégia de capacitação adotada pela SMSA-BH ofereceu elementos valiosos aos participantes, proporcionando uma visão filosófica, política e técnica-pedagógica, dando suporte para o enfrentamento dos desafios encontrados nas atividades do trabalho cotidiano e fomentando a discussão da Promoção da Saúde como política fundamental para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde local e da atenção primária.

Essa experiência permite encontrar na educação permanente um dos pilares da promoção em saúde, na medida em que integra um conjunto de estratégias que captam a amplitude desse conceito e o canalizam para o cotidiano de seus serviços, para suas práticas, onde, efetivamente, a promoção deve ser concretizada.

Para além do espaço físico das unidades de saúde, a problematização do cotidiano das relações de cuidado que a educação permanente propõe interfere também, de maneira significativa, no cotidiano dos territórios, afetando as relações de poder neles presentes e, por consequência, também os contextos de Promoção da Saúde. Tal como discerne Tesser (2011), a educação permanente,

É fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do

²³ Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE/MG. Disponível em: site <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/>>. Acesso em: 6 jun. 2017, às 17h36

trabalho e na valorização deste como fonte de conhecimento, na valorização da articulação da atenção à saúde com a gestão e o controle social e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores. Volta-se à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orienta-se para a transformação das práticas (TESSER et al., 2011, p.4296).

O impacto da educação permanente na mudança de comportamento dos profissionais de saúde também é tratado em Mendes (2009), em “As Redes de Atenção à Saúde”, onde o autor descreve sobre,

[...] a evidência na literatura internacional sobre os efeitos positivos da educação permanente na mudança de comportamento dos profissionais de saúde e em outras dimensões da prática profissional, sobre os resultados sanitários e sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. (MENDES, 2009, p. 644-645)

O circuito de oficinas representou um avanço, um diferencial na organização da Atenção Primária e uma discussão teórico-prática da Promoção da Saúde que remete a um movimento distinto, pois exige a atuação de profissionais de diversas áreas e de saberes também ecléticos.

É possível afirmar que BH se destaca em sua caminhada, pois já vem trabalhando com os princípios da Promoção da Saúde desde a década de 80, contando com profissionais comprometidos com os princípios do SUS, com a formação acadêmica, onde sustentam e atualizam as discussões pertinentes, tanto com os parceiros, instituições de ensino, órgãos nacionais e internacionais da saúde, como também internamente, no sistema de saúde. Todas as conquistas de BH demonstram o crescimento e fortalecimento do SUS-BH, com o desenvolvimento de gestões participativas e a inovação nos modelos de administração, inserindo a Atenção Básica numa lógica sistêmica. Tal situação representa dizer, por exemplo, que BH é uma das poucas cidades brasileiras que instalou a Mesa Municipal de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MESUS), espaço de discussão permanente mantido com trabalhadores da saúde e com o controle social.

Em 2016, o município contava com 588 equipes de Saúde da Família, número três vezes maior do que o preconizado, alcançando a cobertura de 86,23% da população. (SMSA, 2016). O município tem cadastrado em seu sistema de informatização - o SISREDE (SUS-BH), 2.062.837 pessoas, número que demonstra a robustez e o investimento na atenção primária.

5 EXPERIÊNCIAS DE INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE EM BELO HORIZONTE: dois exemplos de protagonismo na PS

“Somos sempre homens e mulheres produtos e produtores do mundo da vida.”

Melo, 2016, p.289

Este capítulo apresenta e analisa duas experiências desenvolvidas no município e que estão articuladas entre si: o Projeto Família Cidadã e o Ambulatório/Rede para Elas, de Práticas de Promoção da Saúde, dedicado à mulher em situação de violência.

O Projeto Família Cidadã permite compreender como o programa intersetorial voltado para famílias vulneráveis em Belo Horizonte foi implementado a partir da perspectiva adotada pelo setor de saúde e da estratégia de promoção da saúde desenvolvida no município. Criado em 2012, o projeto não alcançou, inicialmente, uma participação notável da área de saúde, ainda que tenham sido utilizados os índices de saúde (IVS) para identificar áreas/territórios cuja intervenção se fizesse prioritária. Na segunda fase de implementação do programa, a participação da saúde foi intensamente maior, produzindo mudanças que convergiram para o fortalecimento das estratégias em prol de sua promoção, viabilizando a otimização de recursos e a expansão do entendimento de intersectorialidade, que é diretriz central do programa, como condição para se afirmar e ampliar a integralidade prevista nas diretrizes do mesmo. A partir do envolvimento mais assertivo da Secretaria de Saúde, houve o desenvolvimento de um segundo projeto, o Ambulatório Redes, que também é objeto de análise nesse tópico.

O decreto nº 14.878, de 02 de abril de 2012,²⁴ instituiu o Programa Família Cidadã, determinando o acompanhamento das famílias mais vulneráveis com a finalidade de melhorar as suas condições de vida e de saúde, contribuindo para a promoção da cidadania.

²⁴ Cf. Decreto no. 14.878, de 2 de abril de 2012, Prefeitura de Belo Horizonte, que institui e dispõe sobre o Programa Família Cidadã. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1077833>>. Acesso: 8 jul., às 16h41

Não existe aqui nenhuma pretensão de esgotar a discussão nem tampouco o assunto, ao contrário, ele é ilimitado, está em franca construção, e traz em sua essência a complexidade das ações intersetoriais, bem como a influência da troca dos gestores na continuidade e/ou na intensificação dessas ações. Discutir Promoção da Saúde olhando estas duas experiências requer a compreensão e a reflexão sobre temas como pobreza e a violência, que perpassam a vida e o comportamento de cidadãos e cidadãs, individualmente ou no conjunto familiar, ou ainda, no contexto comunitário desses projetos.

Em 2001, é criado o Programa BH-Cidadania como um dos projetos sustentadores do planejamento estratégico de BH-2030, “tendo como público-alvo a população de territórios vulneráveis definidos no ‘mapa da exclusão social’ e população com direitos violados que necessita de proteção especial”. (MOURÃO et al., 2011, p. 5), e tendo por objetivo garantir o acesso digno da população aos serviços públicos básicos.

Nesse contexto, nasce, em 2008, o “Projeto Família Cidadã” com o Piloto “Família Cidadã - Cidade Solidária”. O grande desafio naquele momento era a construção coletiva e intersetorial, principalmente entre as políticas da saúde, da assistência social e da educação. O projeto tinha como objetivo “promover a inclusão das famílias mais vulneráveis, melhorar sua condição de vida e de saúde, contribuindo para a promoção da cidadania e para o fortalecimento do vínculo entre os serviços de saúde, os indivíduos e famílias”. (PBH, 2016). O projeto se inicia em nove áreas da cidade – os Espaços BH-Cidadania/área CRAS, coordenado pela política da assistência social.

Em 2012, é publicado o decreto nº 14.878, que institui o projeto “Família Cidadã - BH sem Miséria”, com finalidade de atender a 33 áreas da cidade, espalhadas nas nove Regionais Administrativas/Distritos Sanitários, sob a coordenação da então Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS); em **2014 é assinado o Termo de Compromisso pelo chefe do executivo, abrangendo as seguintes áreas temáticas: políticas sociais, saúde, educação e esporte e lazer, objetivando o desenvolvimento e a continuidade de iniciativas intersetoriais.** Esse ato representou um marco político na busca de novos modelos e estratégias para enfrentamento das vulnerabilidades sociais, formalizando a opção da gestão pela estratégia da intersetorialidade.

Em 2015, o projeto foi ampliado para 34 Núcleos do BH Cidadania/Territórios Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e definido para o período 2016/2017, com meta de acompanhamento de 2.040 famílias em situação de vulnerabilidade social, selecionadas a partir de quatro critérios: o Índice de Desenvolvimento Familiar (IDF) igual ou menor que 0,5; morar em território BH Cidadania/CRAS; possuir renda *per capita* igual ou menor que R\$77,00, além de constar no Cadastro da Secretaria Municipal de Políticas Sociais (CadÚnico).

São pertinentes aqui algumas observações:

- O projeto conta com as seguintes instâncias de gestão: Câmara Intersetorial de Políticas Sociais (CIPiS), Grupo de Trabalho (GT), Núcleo Intersetorial Regional (NIR) e Comissão de coordenação Local (CCL);

- A população referenciada é de 170 mil famílias e não há cobertura de todo o território em BH.

- O eixo da saúde envolve investimento em ações de prevenção em saúde, buscando promover mudanças efetivas dos hábitos e condições saudáveis.

Neste momento de redesenho do Projeto Família Cidadã na SMSA, também acontece um movimento com o grupo que discute a PS e suas ações – o GTPS. Durante o desenvolvimento da metodologia a ser adotada, e diante de sua pertinência e vínculo com a Política de Promoção, o Projeto Família Cidadã passou a integrar o escopo do GTPS, passando a representar a saúde nos espaços intersetoriais que deliberavam sobre o projeto e seus caminhos.

Juntamente com essa discussão, acontece o debate com a construção simultânea da intersetorialidade e da intrasetorialidade como estratégias de gestão na saúde. Esse movimento proporcionou e exigiu um olhar integral para as ações da saúde no território.

Com o fortalecimento do GTPS, é agregada à pauta da discussão da saúde no município a questão da violência, em suas várias manifestações, e o tema, em sua complexidade passa a ser trabalhado efetivamente pelos profissionais da SMSA. Parcerias com a UFMG são consolidadas para fortalecer e dar sustentação ao trabalho. Internamente, na SMSA, o movimento de agregar e rever fluxos de informação, protocolos e processos de trabalho é concretizado através da discussão e construção compartilhada nos grupos de trabalho oriundos do GTPS. Em 2015, são publicadas três cartilhas: a primeira, versa sobre promoção da saúde (2015c) e as outras duas são o “Guia de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de

Violência” (2015a) e o “Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência” (2015b).

Registra-se assim o avanço e a introdução do tema violência no GTPS. Novas perspectivas se abrem, e a discussão da violência começa a se fazer presente em todos os âmbitos do debate, como questão que perpassa todas as situações vividas pela comunidade, como conteúdo pertinente e necessário à promoção da saúde.

Essas publicações sobre a violência estimularam a realização de encontros regionais, tendo como pauta a promoção da saúde e o enfrentamento e prevenção da violência, culminando com um grande encontro municipal com participação de aproximadamente 500 profissionais da Rede SUS-BH e de parceiros, como a UFMG e a Fundação João Pinheiro. O Projeto Família Cidadã constitui, dessa forma, a primeira experiência concreta de processo de construção intra e intersetorial, porque exigiu uma discussão interna entre os setores e Distritos Sanitários, enquanto gerava a necessidade da elaboração e publicação de um material educativo, o “Guia de Acompanhamento para o SUS-BH, Família Cidadã BH sem Miséria”, que teve como finalidade orientar os debates, qualificar os profissionais na metodologia a ser empregada e na utilização das ferramentas de trabalho interativo e comunitário, bem como no alinhamento conceitual do projeto e de seus princípios, para só depois iniciar as discussões nos grupos intersetoriais, nos níveis locais, regionais e central.

O guia foi destinado a trabalhadores e à gestão da SMSA/SUS-BH, com o propósito de subsidiar as equipes dos Centros de Saúde nas atividades de acompanhamento assistencial e promoção do cuidado em saúde com as famílias inseridas.

O Projeto Família Cidadã tem como estratégias e/ou eixos centrais a intersectorialidade, princípio que busca integrar as ações em determinado território, o exercício de direitos sociais e a equidade, sendo uma decisão política promotora da articulação de saberes, de avaliação de ações com alcance de efeito sinérgico, visando o desenvolvimento e a superação da exclusão social.

A gestão intersectorial surge como uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem sobre uma população de determinado território (JUNQUEIRA, 2004), compreendendo a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores ao pensar a questão complexa da saúde como direito humano e de cidadania, mobilizando-se na formulação de intervenções que a propiciem e que busquem a resposta conjunta,

que é bastante distinta de um conjunto de respostas. (BRUGUÉ, 2010).

Neste período, concomitantemente, a UFMG/Faculdade de Medicina convida a SMSA a aderir ao Projeto de Atenção a Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade, em parceria com o Projeto Para Elas e a Rede de Saúde de BH.

Este convite deflagra uma intensa discussão interna na SMSA, envolvendo o grupo gestor da secretaria, com seus vários especialistas - gerentes de primeiro nível, consultora técnica especializada, secretária adjunta e secretário (que no primeiro momento, aprova a ideia, encaminhando-a ao GTPS) e pela Gerência de Atenção à Saúde, responsável pela análise técnica e operacional da proposta de parceria, e por designar um membro do gabinete da secretaria para acompanhar a discussão.

O outro exemplo aqui analisado a título de ilustração dessas experiências municipais, mereceu a seguinte argumentação, segundo Melo (2016):

O ambulatório/rede Para Elas surge da articulação de estruturas e atividades já existentes em andamento: as redes de atenção que garantem, em sua rotina, cobertura de bens e serviços à população; os movimentos sociais que lutam pela conquista dos direitos e prosseguirão nessa missão; o Programa de pós-graduação de promoção de Saúde e Prevenção de violência e, dentro dele, o projeto Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós,” pontos de partida da presente proposta, que atuam no ensino e na pesquisa. O que se agrega, portanto, resulta da melhor integração e aproveitamento do que existe: é o novo que surge, dialeticamente, do ‘velho’, não por mágica e sim pela lógica da construção compartilhada e cooperativa. (MELO, 2016, p. 287).

E tem como objetivo, ainda de acordo Melo (2016),

[...] que esse seja um local para cuidar e amparar as mulheres em situação de violência. Se quisermos combater a violência temos que criar uma rede coletiva capaz de transformar. Somos homens, mulheres e crianças contra a violência. (MELO, 2016).²⁵

Esse serviço tem como base estruturante o princípio de promoção da saúde, como potente recurso de prevenção da violência e como desafio para superação dos

²⁵ Fala da prof. Elza Machado de Melo na inauguração do Ambulatório da Rede de Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Vulnerabilidades. Matéria da UFMG/Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 01 dez. 2016. [Online]. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/inicial/ambulatorio-de-apoio-a-mulheres-em-situacao-de-vulnerabilidade-e-inaugurado/>>. Acesso em: 27 jun. 2018

abusos praticados contra mulheres e crianças. Os princípios orientadores do ambulatório são a *práxis* de autonomia dos envolvidos, a integralidade do indivíduo e a sustentabilidade da ação. Os pilares sustentadores requerem ações que sejam coletivas, participativas e realizadas nos espaços onde as mulheres residem ou estabelecem seus vínculos, promovendo 'encontro entre mulheres' que se realizem através de metodologias de atuação que mobilizem, organizem, integrem os recursos, as famílias e os serviços públicos de modo geral, potencializando e valorizando o território onde vivem.

A metodologia proposta pela rede ambulatório é a realização de diferentes tipos de atendimentos, individualizados, coletivos e integrados, visando o exercício da promoção da saúde com interação de profissionais e serviços de saúde, academia de ginástica, usuários e outros atores sociais, incentivando o protagonismo destas mulheres com a acolhida integral.

Este serviço objetiva sensibilizar os profissionais da Atenção Primária da Rede SUS-BH, mostrando a importância do acolhimento a essas mulheres em seus territórios, envolvendo discentes matriculados no Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência e participantes do Projeto Para Elas, no acompanhamento e no desenvolvimento das atividades do ambulatório.

Durante todo o processo de análise e discussão da proposta de ambulatório pela SMSA (durante o ano de 2016), foi pensada, e proposta pelo GTPS e pela GEAS ao grupo gestor, a articulação desse projeto ao Projeto Família Cidadã, como ponto de partida concreto e viável. Porém, atualmente (2018) as mulheres atendidas são oriundas de toda a Atenção Básica.

A justificativa dessa proposta foi pautada em argumentos a seguir enumerados:

- O PFC já trabalhava com as famílias em situação de vulnerabilidade e em áreas de risco, incluindo mulheres e crianças, todas já selecionadas e usuárias de serviços da saúde, da assistência social, entre outros;
- O PFC vinha sendo discutido intensamente em todas as esferas da administração da SMSA, inclusive no controle social;
- Os trabalhadores da Atenção Primária já acumulavam uma grande bagagem de conhecimento da metodologia de acolhimento e de intervenção no território;

- Vários trabalhadores eram também alunos ou egressos do Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, participando do Projeto para Elas e de outros grupos de pesquisa da UFMG.

E, ainda, soma-se como justificativa para a proposta de articulação dos dois projetos a afinidade existente entre os mesmos no tocante às ações de prevenção da violência e de promoção da ação de saúde. A proposta é aprovada internamente e discutida com a UFMG, que acolhe o encaminhamento ao ambulatório das mulheres da Família Cidadã. Toda essa discussão foi desenvolvida com representantes das duas experiências, sendo a parceria celebrada durante a realização do Fórum Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e do Fórum “Para Elas, por Elas, por Nós”, em dezembro de 2016. Entretanto, essa parceria não foi institucionalizada por meio de nenhum termo de cooperação formal.

A partir desse momento, era preciso haver um pacto de atuação conjunta entre universidade e prestação de serviços, no sentido da equidade, da melhoria dos modos de vida, ampliando e potencializando os determinantes para a saúde individual e coletiva, procurando reduzir vulnerabilidades e riscos decorrentes dos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais; buscando a autonomia do sujeito e da coletividade, a corresponsabilização e a participação da população; trabalhando a partir da educação, incentivando atitudes permanentes de aprendizagem sustentada em processos problematizadores, em dialógicos libertadores, emancipatórios e críticos; promovendo a participação e o controle social e reforçando as ações comunitárias de promoção da saúde em seus espaços de atuação, estimulando e capacitando sujeitos e coletivos a adquirirem o controle por suas decisões e opções e a escolha de seus modos de vida.

Atuando dessa forma articulada, intra e intersetorial e interinstitucionalmente, certamente, serão criadas e implementadas ações e princípios que fortalecem as propostas contidas na PNPS. Espera-se que essas ações integradas e conjugadas colaborem na construção de políticas públicas que atuem na perspectiva de reduzir as vulnerabilidades da saúde vinculadas aos DSS, construindo mecanismos de identificação das potencialidades em cada território.

Esse exemplo do ambulatório demonstra que a atuação conjunta nas redes facilita o protagonismo do sujeito na construção da saúde.

A discussão da promoção da saúde deve ter uma relação intrínseca com o entendimento das realidades onde se inserem os sujeitos e aos quais se destinam

as políticas públicas, ações e iniciativas identificadas como promotoras da vida e do bem-estar. Deve considerar também que tais realidades são construídas socialmente, e que os sujeitos delas participam a partir de suas vivências, modos de vida e cultura, legitimando esses lugares, e através de experiências que podem romper com a passividade tradicional de certos espaços.

Sendo assim, a questão da promoção da saúde deve ser situada num cenário onde possa ser vinculada a mecanismos sociais que corroboram para as situações de violência, sendo um fator importante não só para a compreensão de estratégias sociais relacionados à experiência feminina, quanto para a compreensão também da PS como estratégia de enfrentamento das vulnerabilidades de modo geral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde.”

As cartas da promoção da saúde

Para a realização deste estudo, foi extremamente importante e fundamental revisitar documentos que discutem a construção coletiva de conceitos essenciais à promoção da saúde e as discussões pertinentes, iniciando-se pelas Cartas de Ottawa e de Curitiba, passando, ainda, pela IX Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Shanghai. Foi empreendido o estudo documental sobre as políticas de Promoção da Saúde nos três níveis governamentais, nacional, estadual e municipal, o que permitiu a discussão de valores que articulam diversas dimensões humanas, afirmando o conceito ampliado de saúde, que já não se sustenta com ações fragmentadas, isoladas e desconectadas entre si.

As políticas públicas nacionais tendem a ser desarticuladas e setoriais, sendo operacionalizadas, normalmente, por uma gestão centralizadora e hierarquizada, que dificulta o desenvolvimento da promoção humana em toda a sua extensão. Os atendimentos e serviços em saúde, diante da complexidade do conceito, e considerando-se seus determinantes sociais, isoladamente, não conseguem satisfazer todas as necessidades dos cidadãos, sendo preciso atuar de forma articulada e intersetorial com as demais políticas públicas para outras áreas. Dessa forma, devem ser investidos mecanismos de responsabilização que ampliem os processos de promoção da saúde da população com novos hábitos de operar o viver e com novos modelos de gestão.

A realização da Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, em 2011, foi um momento de discussão e compartilhamento de experiências com o objetivo de melhorar as condições de vida da população, reduzir as iniquidades em saúde e gerar um compromisso para a implementação de ações com reflexos sobre os determinantes sociais, promovendo o desenvolvimento social.

O documento final da Conferência Mundial aponta para a necessidade de que os países desenvolvam a governança, contemplando a participação política dos setores e grupos excluídos do processo decisório e conferindo importância ao

monitoramento dos índices de saúde, visando otimizar o desenvolvimento de novas políticas baseadas na abordagem dos DSS, introduzindo mudanças quando forem identificados resultados adversos. Outra diretriz resultante da conferência foi o reconhecimento da importância da qualificação dos profissionais e agentes de saúde da troca de experiências, do intercâmbio de conhecimentos e de ferramentas de trabalho com as comunidades para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos DSS. Como última recomendação identificou, ainda, a importância de institucionalizar a equidade no setor saúde, por entender que a institucionalização catalisa as demais políticas públicas que trabalham com os DSS, devendo influenciar debates e guiar a formulação de políticas sociais.

É possível efetivar a promoção da saúde em setores de atuação diversos, abordando as necessidades de sujeitos e comunidades, propondo projetos terapêuticos singulares e identificando propostas de saúde coletiva para determinados territórios, buscando conjuntamente soluções com a população e com os formuladores de políticas públicas.

Com esse enfoque plural, o estudo abordou os princípios fundamentais da promoção da saúde, entre os quais deve-se destacar aqui a *intersectorialidade*, por ser o objeto principal dos questionamentos formulados, e a *participação social*, pela sua importância na construção das políticas de promoção humana.

Para melhor dinamizar a elaboração das políticas públicas e maximizar seus efeitos, valendo-se da mediação e resolução dos conflitos, estimulando a negociação entre os atores, e ainda para que seja possível uma redistribuição equânime do poder na saúde e de outras áreas, é importante lembrar mais uma vez o papel da participação social.

Segundo Silva (2009, p. 44),

Entende-se que as práticas de Promoção da Saúde devem promover a participação da sociedade de forma aberta e democrática em um movimento que representa, em si, o exercício de cidadania, de capacidade de regular e administrar o poder, de compartilhar os interesses e as responsabilidades.

Ao longo do estudo, procurou-se identificar, à luz da legislação da PS, os principais dilemas nos três níveis de governo, enfocando a cidade de BH e o SUS-BH, apontando as vitórias coletivas e mostrando os desafios e impasses vividos pelo sistema.

Nessa linha, o município se destaca em sua caminhada, pois já vem trabalhando com os princípios da promoção da saúde desde a década de 1980, e com a participação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS, dotados de formação acadêmica para sustentar as discussões pertinentes com os parceiros, com as instituições de ensino, com órgãos nacionais e internacionais da saúde, como também no âmbito do sistema de saúde. Todas as conquistas de BH nesse sentido demonstram o crescimento e o fortalecimento do SUS por meio de gestões participativas e inovadoras nos modelos de gestão, inserindo a atenção básica em uma lógica sistêmica.

Como foi anunciado anteriormente, este estudo não esgota a discussão da intersetorialidade das políticas públicas, mas aponta para os desafios a serem perseguidos pelos diversos atores e, em especial, por gestores, legisladores e formuladores de políticas das diversas áreas das políticas sociais.

Quando se afirma que os princípios da intersetorialidade não estão sendo cumpridos nas ações de saúde em BH, percebe-se a existência, ainda, de uma distância entre os conceitos teóricos no campo da Promoção da Saúde e a sua efetivação prática, mesmo com todos os avanços da discussão do tema no Brasil e no mundo.

A intersetorialidade pressupõe uma mudança de paradigma na lógica organizacional de gestão, que inclui modificações nas concepções dos profissionais, na cultura organizativa dos diferentes setores e na alocação de recursos financeiros, técnicos e humanos, dentre outros. (BRONZO e VEIGA, 2014).

As iniciativas de inclusão social e de atendimento às famílias mais pobres e vulneráveis, que sobreveio especialmente com o Projeto Família Cidadã e o Ambulatório Redes, tornou possível convergir ações e objetivos, facilitando a interlocução entre os setores, considerado um dos pré-requisitos exigidos e destacados na literatura que aborda a questão da integralidade da atenção básica e da intersetorialidade das políticas e das ações públicas.

Todavia, durante a construção dessa parceria, ficaram evidentes as tensões que surgiram entre os diversos atores no esforço de acomodar suas agendas, compatibilizar interesses institucionais distintos e disponibilizar e flexibilizar equipes, muitas vezes, reduzidas e incompletas, e que sofrem com a precariedade de vínculo contratual em algumas unidades. Da mesma forma, ficou evidenciada a falta de compreensão em toda a rede com relação à importância das ações previstas, como

as da Atenção Primária, que não devem ser entendidas como uma ação extraordinária.

Outra limitação encontrada nesse processo e a ser destacada é a dificuldade da comunicação, fato que gera tensões permanentes entre atores pertencentes aos diversos setores de atuação e os usuários dos serviços, demonstrando que as ações deveriam ser orientadas tendo como base a conciliação, diálogo e escuta, o que muitas vezes não acontece. Como exemplo desse fato, no Família Cidadã, um dos problemas registrados em estudos e levantamentos feitos se refere ao fato de que as famílias contempladas com visitas de vários profissionais, às vezes, estavam recebendo orientações divergentes dos mesmos, o que demonstra a baixa articulação dos serviços na ponta e a falta de preparo para lidar com as populações vulneráveis.

Brugué (2009) e Bronzo (2012) muito contribuíram para a análise das práticas de saúde, indicando um movimento ascendente, como os fenômenos ou as ações e atividades cotidianas orientadas pelos determinantes estruturais da promoção da saúde, permitindo evidenciar um modo de vida marcado pela necessidade de consolidar mudanças profundas no âmbito da administração pública e de instaurar um novo entendimento da produção, organização e distribuição de bens e serviços.

Fatores como intersectorialidade, transversalidade, as redes de políticas, a participação social e a integralidade contribuem para a busca de uma nova visão para resolução dos problemas que as políticas públicas necessitam enfrentar. É urgente no campo da produção teórica, na prática da gestão pública, implementar políticas aparelhadas para lidar com problemas complexos, como a pobreza, a violência e a vulnerabilidade social.

Concluindo, a gestão fragmentada e setORIZADA não pode resolver os desafios impostos pela sociedade moderna, assim sendo, é preciso dar valor a integralidade na gestão das políticas e optar por uma concepção holística capaz de detectar os fenômenos sociais e suas complexidades.

Entender estes fenômenos sociais exige, portanto, modelos inovadores de gestão que incitem à união, em uma ação conjunta, de setores das diversas políticas, organizações com objetivos distintos e culturas organizacionais diferenciadas, exigindo uma coordenação firme, com ideias inovadoras de governança.

Para responder de forma satisfatória às limitações das políticas públicas de saúde destacadas neste estudo, assumindo o referencial da promoção da saúde e dos seus princípios, tendo em vista ainda toda a legislação envolvida, é preciso que o tema tenha reconhecido o seu papel singular na operacionalização da intersetorialidade, sensibilizando as demais políticas e viabilizando a pactuação de metas e objetivos comuns, capazes de impactar positivamente as condições de vida e os determinantes sociais de saúde.

O estudo demonstrou ainda a necessidade de realização de novas pesquisas e levantamentos de campo para continuar a desvendar as potencialidades do princípio da intersetorialidade no fortalecimento da Política Municipal de Promoção da Saúde em BH, ao reportar questões e sentenças proferidas que instigam à reflexão, por exemplo, quando MENDES (2009) afirma, à época da implantação do Plano Diretor da Atenção Primária no Estado de Minas Gerais, que “questões complexas, exigem soluções complexas”. Ou quando, no ‘Encontro de Abordagem ao Atendimento às Pessoas em Situação de Violências, Cultura da Paz e Promoção da Saúde no SUS-BH’, na Conferência sobre Intersetorialidade e Políticas Públicas, Bronzo (2012) apresenta três frases do pensador Brugué (2010): “Resposta conjunta é diferente de um conjunto de respostas”, ou “não se restringe a colocar junto o que se faz separadamente, mas de fazer algo novo de forma compartilhada” e ainda “sozinhos somos impotentes”. Essas frases, como matéria para reflexão, são deixadas aos atores que atuam na Promoção da Saúde em BH.

O grande desafio na efetivação da intersetorialidade como um dos princípios basilares da Promoção da Saúde, e de se lidar com problemas complexos e multisetoriais envolvendo atores diversos, é tecê-la como se fosse uma colcha, não uma colcha de retalhos, simplesmente costurando os pedaços - como hoje é feito em várias ações, como na saúde e na assistência social -, mas empregando a técnica do *patchwork*, que é a arte de utilizar retalhos para produzir uma peça, com a habilidade de dialogar entre as cores, harmonizar tecidos e formas, se dedicando à cada emenda, costurando-a separadamente, planejando previamente os desenhos que se deseja formar naquela peça.

O *patchwork*, como a intersetorialidade, exige articulação entre as etapas de criação ou de planejamento das ações. Um ponto comum e marcante entre as duas é a revitalização. Na colcha, transforma-se retalhos isolados em uma obra de arte

exclusiva, e com a intersectorialidade se revitalizam políticas sociais tendo como estímulo os princípios promotores de saúde para agir junto às comunidades.

Outra confluência entre o *patchwork* e a intersectorialidade é a singularidade. Cada colcha é única, e cada ação de promoção da saúde afeta singularmente cada sujeito e cada território, com o saber e o fazer sanitários interagindo, forjando e difundindo o ideário da Promoção da Saúde na sociedade.

O estudo teve por finalidade verificar se a Política de Promoção da Saúde em BH cumpre o princípio da intersectorialidade. Buscando encontrar respostas para esta inquietação foram analisados vários instrumentos legais, um conjunto de guias vinculados à promoção da saúde, cartilhas, panfletos recolhidos aleatoriamente, recorrendo-se, a título de estudo de caso para subsidiar a análise, à parceria da UFMG com a SMSA na operacionalização do Ambulatório Redes e do Projeto Família Cidadã.

Não há como negar que, nos anos de 2014, 2015 e 2016 as discussões ocorridas na PBH, em especial na área da saúde, foram intensas e prepararam a 'terra' deixando sementes e frutos. Frutos como o GTPS, que se manteve; como a publicação da política de educação permanente; sementes, como a criação de uma gerência específica para a promoção da saúde em 2017, na estrutura administrativa da SMSA; projetos que vêm sendo ainda desenvolvidos, que com certeza 'beberam nas águas da promoção', como por exemplo: o das gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade; cuidado intersectorial para adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social e, ainda, cuidado da população em situação de rua.

Mas, também, não se pode deixar de registrar, ao se analisar os dois exemplos que ilustram a ação intersectorial da PS em BH, a fragilidade da Política de Promoção da Saúde, assim como da intersectorialidade, como estratégias de gestão da administração pública do executivo municipal, que se mostraram insuficientes e vulneráveis como a população atendida pelos mesmos. O que pode ser concluído é que não se constituem como política de estado e restam dependentes do 'querer' de quem ocupa os cargos de gestão, ou seja, do interesse e do comprometimento daqueles que decidem.

Tal enunciado vem demonstrando ou reforçando a fragilidade dos dois sistemas únicos de saúde: o SUS e o SUAS, e o desafio que ambos enfrentam no aperfeiçoamento da prestação de serviços à população, como gestores de uma política de estado: entendendo os usuários como sujeitos de direitos; efetivando a

transversalidade que interliga conceitos estruturantes; defendendo a participação social como elemento fundamental na construção coletiva; e, principalmente, reconhecendo que a intersetorialidade pressupõe uma nova compreensão da realidade e, portanto, um novo modo de intervir sobre ela. Nos exemplos enfocados, nos quais os sujeitos/usuários são famílias e mulheres em situação de violência, vulnerabilidade e pobreza, um único ator, uma única política não será capaz de dar respostas adequadas.

Nos últimos quatro anos, a política de promoção da saúde de BH demonstrou avanços, porém, está ainda distante de pertencer à pauta política, aqui entendida como política de estado. Destaca-se que a proposta da Política Municipal de Promoção da Saúde, proposta em dezembro de 2016, como compromisso pactuado em conferência e no PMS, não foi concretizada, não foi oficializada; o projeto Família Cidadã, oficialmente, não foi extinto, mas nenhuma ação está sendo realizada e as pautas das mulheres em situação de violência e vulnerabilidade que inicialmente seriam encaminhadas a partir o PFC, hoje estão vindo de toda a rede. No estudo feito dos textos legais e publicações, chamou a atenção a presença de uma série de valores e princípios, tais como: solidariedade, felicidade, ética respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça social, inclusão social, equidade, autonomia, participação social, empoderamento, intersetorialidade, intrassetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade. Valores e princípios esses que trazem em sua essência a busca e a construção de uma sociedade mais justa. Eis o desafio posto pelo conceito de *práxis*, fazer valer cada palavra na construção da política da Promoção da Saúde em BH, transformando-a em princípio para a gestão da política pública, independente dos gestores que ora ocupem esse cargo.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 148-154, jun. 2013. ISSN 1679-9836.

AKERMAN, M.; XIMENES, L. F. Violência e Promoção da Saúde. In: MELO, E. M.; SILVA, J. M.; AKERMAN, M.; BELISARIO, Soraya Almeida (Org.). **Promoção da Saúde: autonomia e mudança**. 1. ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. v. 1. 338 p.

AKERMAN, Mário et al. Intersectorialidade? Intersectorialidades! **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre. Vol. 19, n. 11, p. 4291-4300, ago. 2014.

AZEVEDO, Mário Luiz Neves de. Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social? **Avaliação (Campinas)**, Sorocaba, v.18, n.1, p.129 -150. Mar. 2013.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Decreto nº 14.878 de 2/04/2012**. Disponível em:
<<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1077833>. Acesso em: 8 jun. 2017, às 16h4.

_____. Poder Executivo/Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 0023/2016. **Diário Oficial [do] Município**. Disponível em:
<<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1157171>> . Acesso em: 27 jan. 2018, às 10h57.

_____. **Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0181/2016**. Disponível em:
<<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1170189>> . Acesso em: 8 jun. 2017, às 16h55

_____. **Portaria SMSA/SUS-BH nº 0212/2016**. Disponível em:
<<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1172955>. Acesso em: 8 jun. 2017, às 16h58.

_____. **Protocolo Atenção Integral à Saúde do Adolescente**. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte – MG. 2015d. 14 p.

_____. Portaria Conjunta SMSA/SMARH nº 0001/2. **Diário Oficial [do] Município**. Ano XXII, n. 4977. Disponível em:

<<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1157172>>
. Acesso em: 27 jan. 2018, às 11h06.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Atendimento à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência**. Belo Horizonte – MG. 2013. 37 p.

_____. **Guia de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência**. Belo Horizonte – MG. 2015a. 21 p.

_____. **Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência**. Belo Horizonte – MG. 2015b. 15 p.

_____. **Promoção à Saúde**. Belo Horizonte, MG. 2015c. 14 p.

_____. Assessoria de Comunicação. **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Mar. 2008. 432 p.

_____. **Guia de Acompanhamento para o SUS-BH**. Família Cidadã – BH sem Miséria. 2016. 62 p.

_____. Portaria SMSA/SUS-BH nº 0102/2016, de 28 de julho de 2016.

_____. **Lian Gong em 18 terapias**. Belo Horizonte. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2006-2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2013.

_____. Senado Federal. Observatório da Mulher contra a Violência. **Panorama da Violência contra a mulher no Brasil: indicadores nacionais e estaduais**. n.1. Brasília, 2016. 71 p.

_____. Ministério da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 675 de 04/06/2008. Disponível em:

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.agosto.08/iels163/U_PT-INTER-ME-MS-675-REP_040608.pdf>. Acesso em: 13 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409 de 13/06/2007. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1409_13_06_2007_comp.html>. Acesso em: 13 maio 2017

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, 3ª edição / série B. **Textos Básicos de Saúde**/série Pactos pela Saúde. 2006, v.7

_____. Secretaria de Políticas de Saúde (SPS). As cartas da promoção da saúde. **Coleciona SUS** (Brasil). Série B: textos básicos em saúde. 2002. 56 p

_____. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**, n. 27, 2009.

_____. Portaria nº 2.446 de 11/11/2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 03 mar. 2017

_____. Portaria nº 2.681 de 07/11/2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 27 fev, 2017

_____. Portaria nº 2446, 11/11/2014 – **DOU** de 13/11/2014, nº 220, seção1, p. 680.

_____. Portaria nº 2472 – 31/08/2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html>. Acesso em: 31 jan. 2017

_____. 1º SEMINÁRIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS). **Anais do ...** Brasília, jan. 2006, 260 p.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo I da Portaria nº 687 de 2006a. Brasília. 38 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/ GM nº 687, 30/03/2006b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. Portaria MS/GM nº 1.010 de 08/05/2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html>. Acesso em: 31 jan. 2017

_____. Portaria MS/GM nº 2.466, 11/11/2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 4 jan. 2017.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.286 de 05/12/2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE). Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 28 fev. 2017

_____. Casa Civil. Lei 10.778 de 24/11/2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 8 mar. 2017

_____. Casa Civil. Lei 11.340 (Lei Maria da Penha,) de 07/08/2006. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 8 mar. 2017

_____. Casa Civil. Lei 8.080 de 19/09/1990a, 1990.

_____. Casa Civil. Lei 8.142 de 28/12/1990b. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 4 abr. 2017

BRUGUÉ, Quim. **Una administración que habla es una administración que piensa:** de la gestión pública a la administración deliberativa. Barcelona: Gobierno de Aragon: Dirección General de Participación Ciudadana, 2010. 17 p.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. (Org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. 2. Ed.rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. Cap. 1, p. 19-42.

BUSS. Promoção da Saúde e Qualidade de vida. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CARNEIRO, A.C.L.L. et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. 2012;31(2):115–20.

CARVALHO, A. M. Pinho de. Pensamento de Boaventura de Sousa Santos em Foco: a reinvenção da emancipação em tempos contemporâneos. In: SEMINÁRIO “DIÁLOGOS JURÍDICOS” – Pós-graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará. 18 de ago. 2009. 13 p. Disponível em: <<http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/PENSAMENTO%20DE%20BOAVENTURA%20DE%20SOUSA%20SANTOS%20EM%20FOCO1.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2017

CASTIEL, L. D. O acesso aos Campos Elísios: a promoção da saúde ampliada e as tecnologias de melhoramento em busca da longevidade (e da imortalidade). **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1033-1046, jul. 2014.

CASTRO, A. M.; SPERANDIO, A. M. G.; GOSCH, C. S. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. CEAD/FUB, Brasília. 2010. 157 p.

CASTRO, Josué de. **Geografia da Fome**. O dilema brasileiro: pão ou aço. 10ª edição revista. Ed. Antares. Rio de Janeiro, 1984. 348 p.

CAVALCANTI, P. B. et al. A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do Serviço Social. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 39, p. 192-215. Jul/dez. 2013.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS). **Diminuindo diferenças**: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Documento de discussão. Rio de Janeiro. Out. 2011. 56 p.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, “CONVENÇÃO DO PARÁ”. 24º período ordinário das Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos. Belém do Pará. 6 jun. 1994.

CZERESNIA, Dina. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev. e amp. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. 12.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Institute for Futures Studies, 2007. 69 p. Disponível em: < <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS (ESP-MG). **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**. Oficina 8: promoção da saúde. Guia do Gerente de Projeto/Tutor. Belo Horizonte, 2011. 68 p.

FEUERWERKER, Laura Macruz; FEUERWERKER, L. **A Gestão em Saúde: O Que Produzimos e o Que nos Produz**. 1ed. Rio de Janeiro: Hexis Editora, 2016, 13 p.

GONDIM, G.M. de Miranda. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. 254 p.

HABERMAS, J. A Crise de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas. **Novos Estudos CEBRAP**, trad. Carlos Alberto Marques Novaes. São Paulo. n. 18, p. 103-114, set. 1987.

HOUAISS, A; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Objetiva. 2009.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, Abr. 2004.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians: a working document**. Minister of National Health and Welfare. Canadá, 1974. 77 p.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 15-28, abr. 2007.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde:** as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: DMPS/FCM/Unicamp, 2001.

_____. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet]. 2016; jun. 21(6): 1683-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=pt>. Acesso em: 28 set. 2016

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2001.

MELO, Elza Machado de. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 167-178, dez. 2005.

MELO, E.M.; SILVA, J.M.; AKERMAN, M.; BELISARIO, S.A. (Org.). Promoção da Saúde: autonomia e mudança. 1ª ed. Belo Horizonte: Folim, 2016, v. 1. 333p.

MELO, E.M. Ambulatório de apoio a mulheres em situação de vulnerabilidade é inaugurado. Matéria UFMG/Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 01 dez. 2016. [Online]. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/inicial/ambulatorio-de-apoio-a-mulheres-em-situacao-de-vulnerabilidade-e-inaugurado/>>. Acesso em: 27 jun. 2018

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG). 1ª ed. Belo Horizonte, 2009. 848 p.

MENDES, P. P. S., Andrade, V.C., Silva, R.C., FEUERWERKER, L.C.M.;

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.341, 19/04/2016a Disponível em: <www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 18 maio 2017.

_____. Portaria SMSA/SUS-BH nº0102/2016, 28/07/2016b – Ano XXII – Edição N.: 5098.

_____. Resolução SES/MG nº5.250 de 19/04/2016c. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.341 – 19/04/2016d. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/>>. Acesso em: 12 jan. 2018

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG nº 5.250 - 19/04/2016e. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/>>. Acesso em: 12 jan. 2018

MOURÃO, M. A.; PASSOS, A.D.B.; FARIA, C. A. P. (Org.). **O Programa BH Cidadania: teoria e prática da intersectorialidade**. Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Prefeitura de Belo Horizonte (MG). 2011. 216 p.

OLIVEIRA, P.C. A ética da ação comunicativa em Jürgen Habermas. **Revista de Estudos Filosóficos**. São João Del-Rei. n. 1, p. 14-22, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa**. OMS. 1986.

_____. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan Americana de Saúde. 2002.

ORNELAS, A. L.; TEIXEIRA, M. G. C. Intersectorialidade ou Diálogos Intersectoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. V. 39, n. 106, p. 659-670, jul-set 2015.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C.M (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009. Cap. 8, p. 165-181.

PEREIRA, Rosane da Conceição. Consciência moral e agir comunicativo. **C-legenda**, [S.l.], n. 02, jan. 2011. ISSN 1519-0617. Disponível em: <<http://www.ciberlegenda.uff.br/index.php/revista/article/view/258>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

PIMENTA Jr. F. G. TOSTES, M. L.; CLARET, T. A. **Cartilha Promoção da Saúde**. Promoção à Saúde /Prefeitura de Belo Horizonte/SUS /Belo Horizonte, 2015, 12 p. PBH/SMSA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMSA/SUS-BH nº 0023/2016. Disponível em :

<<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1157171>>
 . Acesso em: 27 jan.2018, às 10h57

PUTTINI, R. F.; JUNIOR, A. P.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v. 20, n.2, p. 753-767, abr. 2010.

RABELLO, Lucíola Santos. Promoção da Saúde. **A construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro. 2010. 228 p.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cad. Pagu**, Campinas, no. 16, p. 115-136, 2001.

SANTOS, Boaventura de Sousa; CHAUI, Marilena. **Direitos Humanos, democracia e desenvolvimento**. São Paulo: Cortez Editora. São Paulo. 1ª ed. 2013. 153 p.

SANTOS, M. Sociedade e Espaço: Formação Espacial como Teoria e como Método. In: _____. **Espaço e Sociedade: Ensaio**. 2ª ed. Petrópolis. Vozes, 1982a, 156 p.

SANTOS, M. Sociedade e Espaço: formação espacial como teoria e como método. 1982, p. 6 -16. Disponível em:<<https://www.scribd.com/document/157247397/Sociedade-e-Espaco-Formacao-Espacial-milton-santos>>. Acesso em: 20 fev. 2018

SAQUET, M.; DA SILVA, S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, 2, abr. 2011.

SICOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003.

SILVA, E. Ferreira da et al. A promoção da saúde a *partir* das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu-SP, vol. 13, n. 30 dez. 2008. Versão *online*.

_____. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4361-4370, nov. 2014.

SILVA, Kênia Lara. **Promoção de Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana**. 2009.. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2009. 182 p.
SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 91-104, dez. 2015.

_____. **Planejamento de Saúde de Belo Horizonte – 2010/2013**. Belo Horizonte/MG. 2010. 205 p.

_____. **Plano Municipal de Saúde – 2014/2017**. Belo Horizonte/MG. 2014. 276 p.

_____. **Relatório de Gestão SMSA-BH (2016)**. Belo Horizonte. 2016.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, nov. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG) – Faculdade de Medicina. **Ambulatório de Apoio a Mulheres em situação de vulnerabilidade é inaugurado**. Documento publicado na *internet*. 1º de dez. de 2016. Disponível <<http://site.medicina.ufmg.br/inicial/ambulatorio-de-apoio-a-mulheres-em-situacao-de-vulnerabilidade-e-inaugurado/>>. Acesso em: 9 jun. 2017, às 18h33

UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO (UIPES). **Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade**. In: 22ª CONFERÊNCIA MUNDIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. CURITIBA. Maio 2016. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/08/Carta-de-Curitiba-Portug%C3%AAs.pdf>>. Acesso em:

VEIGA, Laura da; BRONZO, Carla. **Estratégias intersetoriais em contextos vulneráveis**: reflexões a partir da experiência de Belo Horizonte. In: XVII CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL EESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Cartagena, Colômbia. 30 out. 2012. 31 p.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. FLACSO Brasil. Brasília, 2015. 83 p.

WIKIPÉDIA. **Verbetes:** Sustentabilidade. Disponível em:
<<https://pt.wikipedia.org/wiki/Sustentabilidade>>. Acesso em: 6 jun. 2017, às 19h29.

ZIONI, Fabiola; WESTPHAL, Márcia Faria. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde soc.** São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, Dez., 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2016