

Faculdade de Saúde Pública da USP
Prefeitura Municipal de São Paulo – Secretaria de Saúde -
Coordenadoria de Vigilância à Saúde – Centro de Controle de
Doenças – Subgerência de Doenças e Agravos não
Transmissíveis
Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação Cidades
Saudáveis - CEPEDOC

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS PRÁTICAS DE
PROMOÇÃO DA
SAÚDE RELACIONADAS ÀS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NA CIDADE DE SÃO PAULO

Relatório final

Apoio- CNPq – Conselho Nacional do Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

Edital MCT- CNPq/MS-DAB/SAS-No 49/2005

Processo 402398/2005-0

Abril de 2008

COORDENAÇÃO

Marcia Faria Westphal

EQUIPE DE PESQUISADORES

Pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) e Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (Cepedoc Cidades Saudáveis):

Juan Carlos Aneiros Fernandez

Lúcia Márcia André

Sophia Karla Motta do Espírito Santo

Pela Secretaria Municipal de Saúde – Coordenadoria de Vigilância à Saúde – Subgerência de doença e agravos não transmissíveis: (COVISA – DANT)

Ruy Paulo D'Elia Nunes

Luís Gracindo Costa Bastos

Denise Guedes Condeixa

Rosana Burguez Diaz

Carmen Helena Seoane Leal

Renata Yuriko Yida Ogawa

Márcia Aparecida Kersul de Brito

Vera Helena Lessa Villela

RESUMO

A rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo desenvolve práticas relacionadas a doenças e agravos não transmissíveis. Algumas unidades o fazem inserindo um componente de promoção da saúde. Este projeto objetivou a construção de um painel de avaliação e monitoramento das ações de Promoção da Saúde relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis, a ser utilizado por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. A metodologia utilizada foi a pesquisa ação participante, incluindo parceiros da universidade, da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, mais especificamente a equipe da Subgerência de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. Estes prepararam, em conjunto, atividades e materiais para orientar a discussão e pactuação de concepções de Promoção da Saúde. Isto foi feito com os responsáveis por projetos avaliativos de práticas relacionadas a esta área de conhecimento, realizadas pelas unidades municipais de saúde, inscritas no projeto de Capacitação em Avaliação da Efetividade da Promoção da Saúde em Doenças e Agravos não Transmissíveis CAEPS-DANT, do VIGISUS. Este relatório descreve esse processo de aproximações sucessivas e os resultados de cada fase, tais como: (1) O referencial de Promoção da Saúde foi pactuado havendo neste processo um aproveitamento de todos os pares. O sentido atribuído ao conceito foi o de um processo de capacitação para a autonomia e emancipação para interferir nas condições sociais, econômicas, políticas e ambientais. Entretanto, a prática, revista nas outras fases do processo de construção do painel, mantém ainda resquícios da versão comportamentalista de adoção e mudança de comportamentos adequados à saúde, em uma perspectiva verticalizada, por dificuldade de colocar em prática uma concepção mais ampla, em uma estrutura tão burocratizada; (2) Um extenso levantamento bibliográfico sobre evidências da efetividade de promoção da Saúde em DANT foi realizado e a partir dos raros trabalhos encontrados, na perspectiva do referencial pactuado, foram identificados alguns instrumentos utilizados para avaliação e monitoramento das práticas de Promoção da Saúde em DANT; (3) Esses resultados conduziram a construção de um painel para avaliação e monitoramento das ações de promoção da Saúde realizadas no âmbito da Atenção Básica do município de São Paulo. O painel foi testado e revisto participativamente, envolvendo todos os parceiros através de respostas a um questionário semi-estruturado e constituição de grupos de avaliação. Uma análise do resultado deste teste e uma forma final do painel de avaliação e monitoramento das experiências são apresentadas como uma contribuição para desenvolvimento permanente de competências dos profissionais em práticas de Promoção da Saúde na Atenção básica, mais especificamente as relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis.

SUMÁRIO

INDICE

1.INTRODUÇÃO: O PROBLEMA DA PESQUISA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	
1.1. Magnitude do problema	08
1.2. A Promoção da Saúde e a Vigilância das DANT na estrutura do Ministério da Saúde	15
1.2.1. A Vigilância das DANT	17
1.2.2. A Política Nacional de Promoção da Saúde	18
1.3. A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a construção da Vigilância de DANT	19
1.4. A avaliação e monitoramento das ações de Promoção da Saúde em DANT na Secretaria Municipal de Saúde	24
1.5. Por que os projetos CAEPS E CNPq tiveram como objetivo interferir na atenção básica em vez de focalizar os doentes nos ambulatórios de especialidades ou nas internações?	26

2. REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1 A Promoção da Saúde: o desafio da	
determinação social do processo saúde-doença;	
3. OBJETIVOS	45
4. MÉTODOS DE ESTUDO E DE ANÁLISE DOS DADOS	46
4.1 Pesquisa – ação participante	46
4.1 Análise e triangulação dos dados	51
4.2 Aspectos éticos da pesquisa	53
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1 Construção de um quadro referencial conceitual	54
de Promoção da Saúde.	
5.1.1 Avaliação das ações de promoção da saúde em	
DANT e o significado de se buscar evidências de	55
efetividade das ações.	
5.1.1.1 <i>Revisão de literatura clássica sobre projetos de</i>	
<i>promoção da saúde relacionadas às DANT's e avaliação da</i>	
<i>efetividade das ações relacionadas a esta forma de</i>	59
<i>abordagem.</i>	
5.1.1.2 <i>Panorama da literatura sobre projetos avaliativos em</i>	
<i>DANT e seus fatores de risco relacionados à promoção da</i>	67
<i>saúde</i>	
5.1.2 Estabelecendo a linha de base	70
5.1.2.1 <i>Perspectivas dos gestores municipais ligados à</i>	
<i>Coordenadoria de Atenção Básica sobre a participação no</i>	
<i>projeto CAEPS.</i>	71
5.1.2.2 <i>Perspectivas dos profissionais ligados à</i>	74
<i>Coordenadoria de Atenção Básica sobre a participação no</i>	77
<i>projeto CAEPS</i>	
5.1.3 Realização de seminários para construção e	

validação do quadro referencial.	
5.1.3.1 <i>Preparação de grupo de pesquisadores.</i>	77
5.1.3.2 <i>Programa de capacitação para os profissionais da rede municipal de saúde envolvidos no CAEPS.</i>	79
5.2 Construção do instrumento de acompanhamento de práticas.	89
5.2.1 Identificação e análise de projetos, ação e pesquisa avaliativa sobre doenças e agravos não transmissíveis em andamento nas diferentes regiões da cidade de São Paulo à luz do referencial construído e pactuado na fase 1.	89
5.2.2 Construção participativa de um instrumento de acompanhamento de práticas dos projetos em andamento.	102
5.2.2.1 <i>Primeira versão do painel de monitoramento das ações de promoção da saúde em DANT.</i>	103
5.2.2.2 <i>Pré-teste e versão final do painel.</i>	105
5.2 Teste do painel: grupos de discussão e avaliação.	107
5.3.1 Discussão e sistematização dos dados obtidos nos formulários respondidos.	107
5.3.1.1 <i>- Caracterização dos respondentes e das ações desenvolvidas.</i>	107
5.3.1.2 <i>Análise dos formulários respondidos</i>	118
6 DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DO PROCESSO E DOS RESULTADOS DA PESQUISA.	165
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	176
8 ANEXOS	184

1. INTRODUÇÃO: O PROBLEMA DA PESQUISA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

1.1 A magnitude do problema

A exemplo do que vem acontecendo em outros países do mundo, o Brasil passa por amplas transformações. O desenvolvimento econômico baseado em um modelo excludente e concentrador de renda, desde o início do século 20, assentou suas bases em um processo de industrialização crescente, aumentando o produto interno bruto, mas ao mesmo tempo gerando desigualdades regionais profundas, bolsões de pobreza e exclusão social nas grandes metrópoles, com reflexos na saúde da população.

Comparando os dados do censo demográfico de 2000 com os de 1940 verifica-se um aumento significativo da população brasileira (312%), passando de 41.165.000 para 169.799.000 habitantes. A urbanização foi um processo que caracterizou este período, sendo que três quartos da população - de 15% em 1940 para 81,3% - hoje vivem nas cidades (IBGE 2000).

Até o início dos anos de 1980, a estrutura etária da população revelada pelos censos demográficos, vinha mostrando traços bem marcados de uma população predominantemente jovem, mas a relação idoso-infantes nos últimos anos revela um lento envelhecimento da população. A esperança de vida ao nascer e aos 60 anos de idade aumentou progressivamente em todas as regiões brasileiras para ambos os sexos. Esta passou de 57,4 anos em 1960 para 68,3 anos no ano 2000, revelando um significativo envelhecimento populacional. Isto se deve a vários fatores e

condições, especialmente a um avanço tecnológico científico no campo biomédico, desenvolvimento de terapêuticas e técnicas de vacinas, maior cobertura de saneamento básico no país, que resultou em uma redução da mortalidade geral e infantil associada à diminuição da fecundidade e natalidade (MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000).

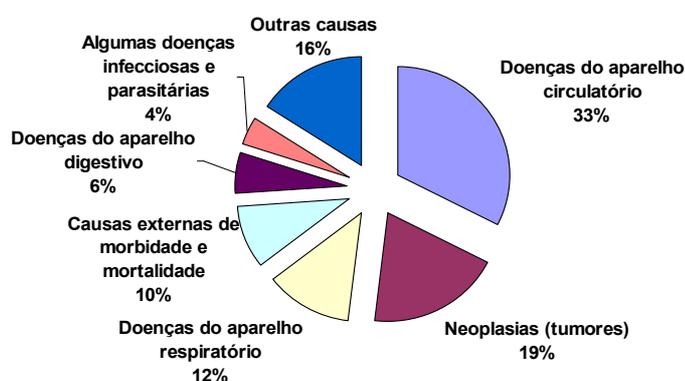
Com a alteração do quadro demográfico, a reorganização no processo de trabalho e emprego em função da globalização, aumentou a relevância de doenças e agravos crônico-degenerativos (doenças cardiovasculares e neoplasias), assim como as causas externas, aumentando o número e o dispêndio com internações por estas causas.

Estudos apontam que no período compreendido entre 1991 e 2006, houve aumento da taxa de mortalidade por causas externas em todas as regiões brasileiras, com exceção da região sul. A acentuada sobre mortalidade masculina (cinco vezes mais que a feminina) na mortalidade por causas externas é um fato. Os homicídios ocuparam o primeiro lugar nas regiões norte, nordeste e sudeste, enquanto na região sul os acidentes de transporte predominaram, nos dois anos estudados. Na região centro-oeste, as mortes violentas também ocuparam o primeiro lugar em 2006. Em todas as regiões, aumentou a taxa de suicídios, sendo que na região sul, no sexo masculino, corresponde ao dobro da média nacional. Assim, no início do século XXI, as doenças cardiovasculares, as mortes violentas e neoplasias representam as três principais causas de morte no Brasil: mais de 60% dos óbitos informados no país, em 2006, foram devido a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (33%), causas externas (10,0%) e neoplasias (19,0%), com pequenas variações em relação aos valores de 1991 (gráfico 1). O que se observou foi a redução da mortalidade precoce por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento a mortalidade proporcional por

doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando o nosso modelo de transição epidemiológica como tardio e polarizado. Nesse modelo coexistem doenças ditas de atraso (doenças infecciosas e parasitárias) com doenças da modernidade (doenças e agravos não transmissíveis) (MELLO JORGE e GOTLIEB, 2000 e CID,MSP, 2006).

Atualmente cerca de dois terços da carga de doenças no país deve-se a doenças não transmissíveis e causas externas.

Gráfico 1: Mortalidade por capítulo do CID – Município de São Paulo, 2006



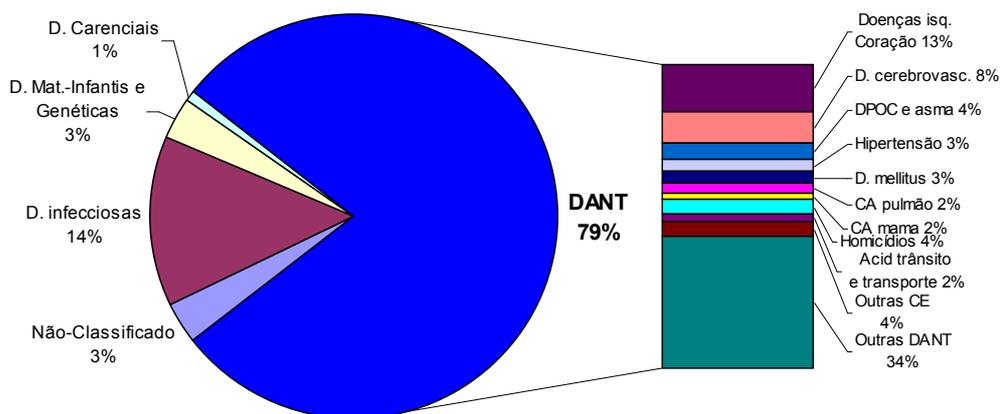
Fonte: Perolem, 2006

Em conjunto com o modelo polarizado de transição epidemiológica brasileiro configura-se o modelo análogo de transição nutricional, na qual coexistem extremos nutricionais - obesidade e subnutrição. A transição nutricional, também é consequência do processo de globalização, da mudança cultural caracterizada pela inserção da mulher no mercado de trabalho, da compressão espaço-tempo, do desenvolvimento da indústria de alimentos, da mudança na oferta de opções alimentares, que incluem alimentos muito calóricos e de pouco valor nutritivo na dieta diária. Um inquérito realizado pela Secretaria de Vigilância à Saúde e o Instituto Nacional

de Controle do Câncer - INCA, ambos do Ministério da Saúde, em 15 capitais brasileiras, entre os anos de 2002 e 2003, constatou que a prevalência de excesso de peso (IMC > 25 kg/m²) variou entre 32,5 e 46,4%, e o índice de inatividade física variou entre 17,9% e 28,2% da população masculina maior de 15 anos.

A cidade de São Paulo, região altamente industrializada e urbanizada tem repetido a tendência epidemiológica brasileira, de aumento expressivo da incidência de mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis (gráfico 2).

Gráfico 2: Mortalidade por causa
 Percentual de mortes da população da cidade de São Paulo, 2004



Fonte: PROAIM, 2004

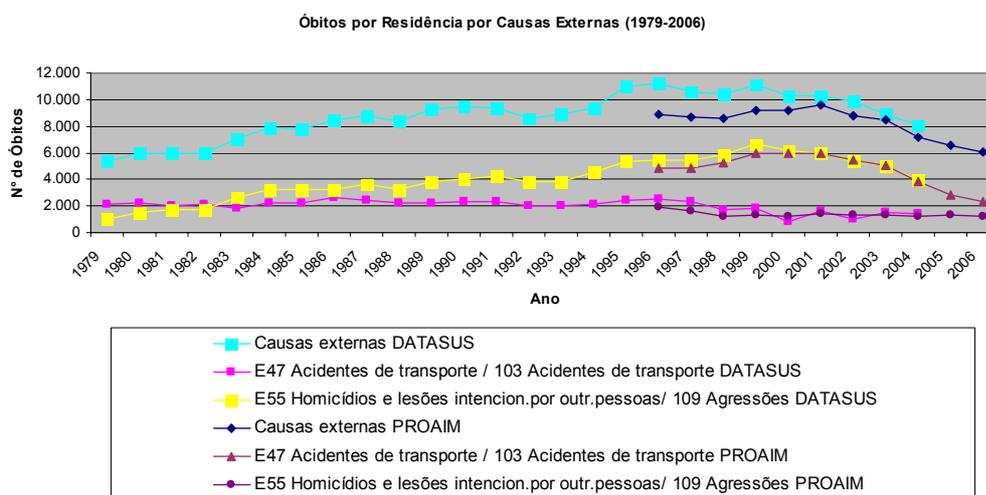
Os dados epidemiológicos sobre mortalidade na cidade de São Paulo (10 800 000 habitantes) mostram que as doenças e agravos não transmissíveis foram responsáveis, em 2004, por 76% da mortalidade geral, 63% das internações e 73% dos gastos por internação pelo SUS, estando um pouco acima do percentual calculado para o país. Considerando-se as cinco primeiras causas básicas de mortalidade do município, quatro são classificadas entre as DANT (gráfico 2). As doenças do aparelho circulatório foram em 2004

responsáveis por 32,6 % das mortes e as neoplasias 19,38%. Chama a atenção para a precocidade destes óbitos e o fato de que sete entre as oito primeiras causas de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), em 2004 estão relacionados às DANT.

A análise realizada a partir de dados do DATASUS e do PROAIM, 1979 a 2006 (gráfico 3), demonstram que os óbitos por causas externas na cidade de São Paulo tem aumentado nos últimos anos.

Dados demonstram também que os óbitos por estas causas têm atingido preferencialmente a população do sexo masculino: no ano de 2006 tivemos na cidade de São Paulo, 4874 óbitos para o sexo masculino para 1185 para o sexo Feminino. A região sul da cidade é a que apresenta maior proporção de óbitos seguida pela região norte, atingindo preferencialmente a faixa etária de 15 a 44 anos, portanto dentro da população economicamente ativa.

Gráfico 3: Tendência temporal: óbitos por causas externas cidade de São Paulo – 1979 a 2006 – DATASUS E PROAIM



O resultado do estudo epidemiológico, realizado via telefone (VIGITEL, 2007), sobre fatores de risco associados às DANT na

população adulta de todas as capitais do país, identificou percentuais de risco para a população residente no município de São Paulo. Entre os paulistanos 19,9% tem o hábito de fumar, sendo maior o percentual encontrado entre homens do que entre mulheres, revelando também uma queda da incidência de 5,5% desde 2002 (INCA, 2002). Em relação atividade física suficiente (30 minutos diários de intensidade leve ou moderada, em cinco dias da semana, ou 20 minutos de intensidade vigorosa em pelo menos três dias da semana) o Vigitel 2007, encontrou uma frequência de 11,3% entre adultos do município de São Paulo, a menor frequência encontrada nas capitais brasileiras tanto para homens como para mulheres. O consumo abusivo de álcool na mesma pesquisa (considerado mais de cinco doses para homens e mais de quatro para mulheres em uma mesma ocasião, nos últimos 30 dias) atingiu 13,4% dos adultos pesquisados, sendo este o menor encontrado nas capitais brasileiras (o maior, 23% em São Luis do Maranhão). A alimentação de 23 % dos paulistanos inclui cinco ou mais porções frutas, legumes e verduras por dia, que é um percentual baixo, mas o maior encontrado nas capitais brasileiras, sendo maior entre as mulheres que entre os homens. Os paulistanos com excesso de peso já somam 43,4%. Os percentuais para a Cidade de São Paulo demonstram que fatores e condições de risco estão aí presentes, e precisam ser alvo de discussão e de ações conjuntas com a população que frequenta os serviços de saúde e com a população que reside no território adstrito aos mesmos.

A maior parte dessa carga de doenças não é resultado inevitável de uma sociedade moderna e globalizada. A Promoção da Saúde, prevenção e controle das DANT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar o crescimento epidêmico dessas doenças e seus fatores de risco. Há um conjunto de fatores não modificáveis, conhecidos como marcadores de risco: sexo, idade e herança genética. Há outros que tem se ampliado em decorrência desta

mudança sócio-econômica e cultural, conseqüência do processo de globalização: tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas.

Portanto, as transições demográfica, epidemiológica e nutricional, concomitantes com o aumento do sedentarismo são questões atuais de saúde da população que estão intrinsecamente interligadas às questões do desenvolvimento econômico social e humano, para as quais o instrumental científico – tecnológico, por si só, não é uma resposta suficiente.

Os acidentes e violências no Brasil configuram um outro problema de saúde pública de grande magnitude decorrente deste mesmo processo de globalização, do conseqüente aumento da desigualdade social e mudança de valores da população em geral. Têm provocado forte impacto na morbidade e mortalidade da população, aumento de internações no SUS e diminuição da expectativa de vida em alguns locais.

Evidências produzidas em outros países mostram que a saúde está muito mais relacionada às condições e modos de vida do que à idéia hegemônica de sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e alimentação inadequada, o consumo de álcool e tabaco e outras drogas, o estresse da vida cotidiana, são alguns dos condicionantes diretamente relacionados à produção das doenças mais prevalentes, todos eles variando em função das condições sócio - econômicas e políticas dos diferentes contextos e territórios nacionais. As alterações ambientais, especialmente as climáticas, são condições ainda não totalmente conhecidas, e suas conseqüências já estão sendo sentidas e precisam ser estudadas. Esses dados apontam para a necessidade de se delinear, além das novas tecnologias de laboratório, novas drogas e procedimentos cirúrgicos, estratégias e ações no campo da saúde capazes de apontar para a construção de novas soluções, para o enfrentamento da complexidade dos fatores e

condições de risco que interferem nas condições de saúde e de qualidade de vida das populações.

O Ministério da Saúde, em documento da Secretaria de Vigilância em Saúde (Brasil, 2006), reconhece entre os pontos que podem viabilizar a Vigilância e Controle das DANT no Brasil, a necessidade do estabelecimento de uma agenda integrada dessas ações na ótica da Promoção da Saúde. Também reconhece como prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde *“a estratégia global, a prevenção de violências, a promoção de ambientes saudáveis, a reorientação de serviços de saúde, a construção de planos diretores dos municípios e o incentivo da cultura de solidariedade e da responsabilidade social”* (Brasil, 2006)

Estas ações perpassam e são viabilizadas em diferentes espaços da estrutura administrativa dos diferentes entes federativos envolvidos com a questão: do federal ao municipal.

A Vigilância das DANT na perspectiva da Promoção da Saúde envolve diferentes unidades do Ministério da Saúde como será possível identificar no texto que se segue.

1.2. A Promoção da Saúde e a Vigilância das DANT na estrutura do Ministério da Saúde

A história recente da saúde pública brasileira aponta os esforços, avanços e limites das políticas de saúde implantadas. Ao longo dos seus cinquenta anos de existência, o Ministério da Saúde passou por diversas reformas na estrutura, acompanhando as mudanças de contexto e as conquistas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cujo ideário configurou o Sistema Único de Saúde (SUS). A estrutura atual é a apresentada na figura 1 (BRASIL 2003):

Figura 1: Organograma do Ministério da Saúde



Antes dessa nova configuração o Ministério da Saúde, em função dos dados que chamavam a atenção para essa transição epidemiológica, assumiu como prioridade a estruturação de um sistema específico para essas doenças e seus fatores de risco, em função de suas peculiaridades e das possibilidades existentes para sua prevenção e controle. A partir de 2000 no antigo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) foram iniciadas ações de estruturação da área de DANT, o que se consolidou em 2003, na nova estrutura, que

se mantém até hoje, com a criação da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT), na Secretaria de Vigilância em Saúde. Sua missão consistia em criar a Vigilância das DANT em todas as esferas do Sistema de Saúde, em todas as unidades da Federação. Outros marcos importantes na constituição dessa área de ação consistiram: em novembro de 2004, na integração da área de Prevenção de Violências da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) à CGDANT e em dezembro de 2004, da integração das ações de Promoção à Saúde, antes a cargo da Secretaria Executiva.

Na nova estrutura assumida em 2003 e as modificações subsequentes até o momento atual, as áreas técnicas responsáveis pela proposição e avaliação de políticas relacionadas à promoção da saúde e doenças e agravos não transmissíveis ficaram então na **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Esta foi encarregada da Vigilância Epidemiológica desses agravos e de outras condições mórbidas e seus fatores de risco, através de vários mecanismos inclusive a Promoção da Saúde.

A **Secretaria de Atenção à Saúde** também está envolvida nessas ações. Os programas relacionados às ações de diabetes, hipertensão arterial, alimentação e nutrição são desenvolvidos no Departamento de Atenção Básica (DAB). Cabe a este Departamento criar mecanismos de controle e avaliação de serviços de atenção básica e prestar cooperação técnica a estados, municípios e Distrito Federal na organização dessas ações. As áreas que desenvolvem as ações de saúde mental - álcool e drogas estão subordinadas ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE).

1.2.1 A Vigilância das DANT

Com o objetivo de induzir a construção da Vigilância das DANT nos estados e municípios foram realizados três Fóruns Regionais de DANT. Deles participaram gestores locais, que aproveitaram a oportunidade para pactuar um conjunto de indicadores para análise

da situação de saúde, bem como metodologias de estruturação da área de DANT nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em Setembro de 2005 foi realizado um Seminário Nacional de DANT e Promoção da Saúde onde foi apresentada e pactuada uma agenda com os seguintes eixos: (1) Estruturação do Sistema de Vigilância de DANT e seus fatores de risco e protetores; (2) Gestão; (3) Intervenções para prevenção (promoção da saúde, interface com assistência, intersectorialidade e integralidade); (4) Avaliação e apoio à pesquisa.

1.2.2 A Política Nacional de Promoção da Saúde

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que já vinha sendo discutida desde 2002, foi retomada em 2005, com um processo de trabalho intenso para garantir que o seu texto fosse amplamente divulgado, discutido, pactuado e aprovado na Comissão Intergestoras Tripartite, o que aconteceu em 30 de março de 2006 (Brasil, 2006)

Com os objetivos de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades da população e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes priorizou ações voltadas a: (1) divulgação e implementação da PNPS; (2) Alimentação saudável; (3) Prática corporal/ atividade física; (4) Prevenção e controle do tabagismo; (5) Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas; (6) redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; (7) prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e (8) Promoção do desenvolvimento sustentável. Um Comitê Gestor da Política foi constituído integrando as diferentes secretarias e órgãos do MS, para consolidar a proposta transversal de operação, produzindo uma rede de co-responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida.

Logo após este Seminário e antes da aprovação da portaria que instituiria a Política Nacional de Promoção da Saúde, foi publicado um

edital do DECIT, também com financiamento CNPq, para fomentar a pesquisa e avaliação dos programas de promoção da saúde em DANT para o cumprimento deste quarto item pactuado no Seminário. O projeto foi elaborado junto com a equipe da Subgerência de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis, do Centro de Controle de Doenças da Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, encaminhado ao CNPq que a aprovou.

1.3 A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a construção da Vigilância de DANT

O município de São Paulo , foi um dos últimos do Estado de São Paulo a aderir ao Sistema Único de Saúde. A Secretaria Municipal da Saúde assinou o pacto em 2001, deixando então o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) e reconstruindo suas ações. A Secretaria como gestora do Sistema Único de Saúde no Município, responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população.

Funcionalmente, e oficialmente integram a estrutura do SUS municipal:

- I. Conselho Municipal de Saúde;
- II. Gabinete do Secretário;
- III Autarquias Hospitalares;
- IV. Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras.

Cabe ao Gabinete do Secretário, em concordância com o Conselho Municipal de Saúde, garantir a unicidade conceitual e política do sistema de saúde no Município. De acordo com a legislação do SUS, o Secretário Municipal de Saúde é o único gestor do sistema de saúde no território municipal.

As Autarquias Hospitalares dão apoio administrativo às unidades de urgência/emergência (hospitais, pronto-socorros e

pronto-atendimentos), atendendo, portanto, às internações por doenças e agravos não transmissíveis.

As Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras são gestoras do SUS em suas áreas de abrangência, por delegação da Secretaria Municipal da Saúde (Decreto Nº. 45.037/2004). Hoje esta estrutura não está funcionando desta maneira. Existem cinco regionais de saúde, onde se localizam os coordenadores de saúde regionais, que operam independentemente das subprefeituras mas mantém certa articulação com as mesmas, mantendo supervisores de saúde para orientar as ações da secretaria de saúde nos territórios das subprefeituras.

Técnica e administrativamente a Secretaria Municipal de Saúde tem os seguintes coordenações e divisões:

- a. Secretário Municipal
- b. Secretário Adjunto
- c. Chefia de Gabinete
- d. Assessorias Técnica, Jurídica, de Comunicação e Imprensa e de Participação Popular.
- e. Coordenação de Finanças e Orçamento - CFO
- f. Coordenação de Suprimentos
- g. Divisão Administrativa
- h. Coordenação da Atenção Básica
- i. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS
- j. Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Gerência Hospitalar - COGerH
- k. Coordenação de Integração e Regulação do Sistema
- l. Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA

- m. Coordenação de Recursos Humanos - CRH
- n. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEINFO
- o. Hospital Municipal Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva
- p. Hospital Municipal Ver. José Storopoli

A gestão do SUS, que é um sistema nacional, em uma megacidade como São Paulo, requer mecanismos tanto de descentralização como de concentração para garantir a unicidade das diretrizes estabelecidas pela SMS. Os mecanismos de descentralização são representados pelas cinco Coordenações de Saúde regionais, que se articulam com as coordenações técnicas e administrativas através de um esquema matricial.

A integração da Vigilância em Saúde do município de São Paulo, foi iniciada em 2001, com a implantação do SUS, e municipalização de varias áreas de atuação. A partir de 2003, inicia-se a implementação da Coordenação de Vigilância em Saúde, uma das coordenações técnicas da Secretaria Municipal de Saúde.

A Vigilância de DANT está presente no Centro de Controle de Doenças constituindo-se como subgerência da Coordenação de Vigilância em Saúde, a partir da portaria 430, da Secretaria Municipal de Saúde, de 01/07/2004. Com uma equipe ampliada começou a se estruturar para desenvolver sua missão de “recolher, sistematizar e analisar toda a informação sobre doenças e agravos não transmissíveis, seus fatores de risco e proteção, participando e apoiando das iniciativas que visem a redução da morbimortalidade por estas doenças, dentro dos princípios da Promoção da Saúde” (Bastos, 2006)

Seus objetivos foram delineados para:

- (1) Integrar as ações de vigilância e gerenciamento dos programas de prevenção e controle de doenças tornando-os mais efetivos;
- (2) Atualizar a prática de vigilância em saúde, incluindo importantes áreas que agora passam a ser monitoradas para prevenir riscos e subsidiar ações por parte do SUS;
- (3) Propor indicadores/ instrumentos para o painel de monitoramento das doenças e agravos não transmissíveis.

Dada a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, com áreas técnicas de planejamento separadas de áreas executoras das ações de assistência a saúde, e o reconhecimento de que para o desenvolvimento desta política de saúde seria imprescindível o envolvimento dos gestores de saúde e a comunidade, foi necessário a esta subgerência de Vigilância de DANT realizar outras atividades.

Foi reconhecida a necessidade de integração/interlocução de diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde: Coordenação de Atenção Básica, responsável pela implantação do PSF e programas de ciclo de vida, várias áreas temáticas da Coordenação de Desenvolvimento de Políticas e Programas de Saúde, que desenvolvem ações de Vigilância e Promoção da Saúde, e a população dos territórios onde se localizam suas unidades de atendimento. Essas são as áreas de Saúde Mental, do Adulto, da Criança, Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas em Saúde e Cultura da Paz.

Articulou-se ainda com outras Secretarias, em especial, Educação, Esportes e Meio Ambiente, e com o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

Realizou-se o 1º Fórum municipal de DANT em novembro de 2004, com mais de 150 profissionais, conselheiros de saúde e outros parceiros, com o objetivo de estabelecer as prioridades relativas aos fatores de proteção e de risco para a saúde na cidade de São Paulo, com base nas informações epidemiológicas, dentre elas, o Inquérito de Saúde da Capital, e as possibilidades de intervenção.

Em cada região foram pactuadas interlocuções de Vigilância em Saúde, inclusive para DANT.

Com o objetivo de implementar a Vigilância em DANT, estimular a pesquisa em serviço, capacitar profissionais em metodologias de avaliação, desencadear projetos, enfim para formar vigilantes em DANT foi proposto o Projeto de Capacitação em Avaliação da Efetividade e Promoção da Saúde em Doenças e Agravos não Transmissíveis – CAEPS – DANT (Anexo 1). Este projeto foi elaborado encaminhado ao Ministério da Saúde para concorrer ao Edital do VIGISUS. Ele foi aprovado e vem sendo desenvolvido desde 2005, juntamente com este projeto de pesquisa que objetiva a construção de um instrumento para avaliação e monitoramento de ações de promoção da saúde em DANT, buscando identificar indicadores para o acompanhamento para a Vigilância e Promoção da Saúde, no município de São Paulo, nos níveis local e regional e nas supervisões de Saúde (SUVIS)

Os grupos formados no CAEPS-DANT estiveram concomitantemente neste projeto e no que é objeto deste relatório, que estaremos descrevendo a seguir. Os profissionais receberam uma capacitação em serviço com recurso do VIGISUS II. Neste contexto, em face da grande necessidade que o país aponta, o Ministério resolveu incrementar a implantação da Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis, destinando 15% dos recursos do VIGISUS II para esta área.

1.4 A avaliação e monitoramento das ações de Promoção da Saúde em DANT na Secretaria Municipal de Saúde

O caminho percorrido pelo SUS no nível federal e pelo município de São Paulo, através das ações da subgerência de Vigilância às Doenças e Agravos não transmissíveis, apresentam indícios de que as estratégias escolhidas poderiam levar a consecução de seus objetivos que são em síntese o controle das DANT na cidade. Para isto procuraram escolher uma forma de abordagem que fosse sistêmica ampla e que tivesse como base o referencial de Promoção da Saúde. As práticas decorrentes desta forma de abordagem deveriam funcionar como uma ponte entre as políticas definidas, as atividades de base populacional e as respostas dos serviços de saúde às necessidades individuais.

Estava na agenda encoberta a intenção de desmedicalizar estas ações, reorientá-las no sentido da integralidade, da determinação social do processo saúde e doença, da capacitação dos gestores, dos profissionais e da população para reconhecer a causalidade ampla do problema e participar das decisões para o seu enfrentamento, tanto individual como coletivamente. Pretendia ir além da simples reorientação da atenção que não é suficiente para alterar as condições e modos de vida como exigem as doenças e agravos não transmissíveis.

Ambas as propostas seguiram de perto o recém instituído PACTO PELA SAÚDE, que objetiva superar as dificuldades de consolidação do SUS e qualificar os avanços organizativos obtidos com o processo de descentralização. O PACTO reafirmou os princípios do ideário da Reforma Sanitária Brasileira, como universalidade, equidade, integralidade e participação social e estabeleceu como prioridades no Pacto pela Vida, entre outras o controle das DANT, a Promoção da Saúde e o Fortalecimento da Atenção Básica. Apoiando essas proposições mais gerais se aproximou também do estabelecido

o Pacto em Defesa do SUS, que enfatiza a saúde como direito, a ser transformado em realidade pela promoção e desenvolvimento da cidadania, em conjunto com os movimentos sociais e em diálogo com a sociedade para além dos limites institucionais. Como participante do Pacto de Gestão, assumiu que era atribuição do pessoal de Saúde a Educação na Saúde da população e a educação permanente do pessoal de Saúde em serviço e incorporou essas propostas entre os seus objetivos prioritários.

Como faltam instrumentos e dados de pesquisas avaliativas que nos ajudem nas tarefas de resolução dos problemas e transformação da realidade, orientou-se a capacitação para a avaliação o que aproximou mais os dois projetos: o CAEPS e a "Avaliação e monitoramento das ações de Promoção da Saúde em DANT na cidade de São Paulo".

Os dois projetos entendem que as DANT representam o maior problema de Saúde Pública do país, neste momento, avaliadas pelas despesas de internação que incidem no sistema, como causa de mortalidade e pelos problemas que ocasionam para muitos segmentos populacionais, desde jovens até os mais idosos, neste momento, são um desafio para os profissionais da saúde e para toda a sociedade.

As políticas instituídas – os Pactos pela Vida, pela Saúde e de Gestão e a Política Nacional de Promoção da Saúde - colocam parte do enfrentamento destes agravos e enfermidades na perspectiva da promoção da saúde, orientada pela Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) para alimentação saudável e atividade física. É necessário, portanto, envolver profissionais que praticam ações com esses objetivos, observando quanto se aproximam do ideário do SUS e da Promoção da Saúde, verificar como poderia haver um avanço contínuo na forma como são realizadas, através do monitoramento, avaliação de processos e resultados que apresentem

evidências de sucesso ou fracasso dessas ações, representando um novo e extenso campo de investigação.

A busca de evidências e de estratégias de promoção da saúde se amplia com novas formas de abordagem para a intervenção e a investigação, especialmente para a avaliação das políticas públicas. Percebe-se a necessidade da integração entre os métodos qualitativos e quantitativos para ampliar a análise da subjetividade de conceitos como qualidade de vida e também de aspectos objetivos.

A inclusão da visão de Vigilância em Saúde sobre estas práticas tem contribuído para a valorização da política municipal para as *DANT*, de forma a rever as práticas de Promoção de saúde em uso, que se mostraram mais ou menos efetivas e eficazes em diversos estudos nacionais e internacionais.

1.5 Porque os projetos tiveram como objetivo final interferir positivamente na atenção básica e não nos ambulatórios de especialidade ou nos hospitais que atendem os doentes?

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em 1978 em Alma Ata (hoje Almaty, República do Cazaquistão) que é considerado um marco para as políticas de atenção à saúde, destacam a importância da atenção básica como locus privilegiado para o enfrentamento das questões de saúde e qualidade de vida que afligem as populações em diferentes momentos. Nesta Conferência, promovida pela OMS e UNICEF, 134 países, entre os quais o Brasil, tornaram-se signatários da Declaração de Alma Ata, que propunha a meta "Saúde para todos no ano 2000", destacando a atenção básica à saúde como a principal estratégia para cumprir esse propósito (MS 2001). Nos quase 30 anos que nos separam desta Conferência, muito se escreveu a respeito de atenção básica em saúde. Hoje, a comunidade acadêmica define atenção básica por suas funções, que envolvem: 1- primeiro contato do usuário com um sistema de saúde hierarquizado; 2- responsabilidade

longitudinal pela pessoa sem considerar a presença ou ausência de doença; 3- integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde. Outras características como equidade, base comunitária, orientação epidemiológica, eficiência econômica, apesar de altamente desejáveis, não são exclusivos ou não estão presentes em todo sistema orientado pela estratégia de atenção básica. A terceira característica apresentada acima, que diz respeito à capacidade da equipe em lidar com os problemas emergentes que afetam a população à qual serve, é definida como Integralidade (STARFIELD 2002). Este estudo objetiva a construção de um instrumento de monitoramento e avaliação das ações de promoção da Saúde em DANT na atenção básica.

A Integralidade é uma das características da atenção básica, mais difíceis de se avaliar a partir de um ponto de vista normativo, pois se apóia no conceito de saúde como um conceito positivo. Cabe aos serviços de atenção básica o reconhecimento dos problemas de saúde em toda a sua complexidade biopsicossocial como a oferta de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnóstico de doenças manifestas: hospitais, atendimento especializado, procedimentos invasivos, assim como serviços preventivos e de promoção da saúde.

Com o aprofundamento do debate a respeito da atenção básica à saúde, como uma proposta de reorientação dos serviços de saúde, a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, este tema foi inserido e analisado. Nas recomendações finais deste evento, é proposto que os serviços de saúde sejam providos à população, tendo como parâmetros os princípios da equidade e justiça social. Destaca-se a necessidade de conceber a atenção à saúde como uma ação coletiva destinada à prevenção e cura das doenças, mas também e principalmente voltada para a capacitação da população para o

equacionamento e enfrentamento dos determinantes sociais dos problemas de saúde. Desta forma elementos e princípios já discutidos anteriormente, são reiterados, tais como a participação social e a equidade para emancipação dos cidadãos e transformação política, social e ambiental dos contextos onde os mesmos vivem (MS 2001). No capítulo 2 deste relatório aprofundaremos o referencial da Promoção da Saúde, proposto a partir dos resultados da Carta de Ottawa e que vem sendo atualizados através de outras Conferências internacionais e estudos realizados no mundo todo.

A construção de painel de monitoramento e de avaliação das ações de promoção da saúde no âmbito dos serviços, o mapeamento dos conceitos e ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos gestores e profissionais municipais do SUS objetivou a elaboração de um instrumento para reflexão individual e coletiva sobre o trabalho desenvolvido, seus princípios orientadores e seus resultados. Esperava-se que a discussão coletiva dos resultados pudesse fomentar a troca de experiências sobre as ações e avaliação da efetividade das iniciativas de promoção da saúde relacionadas ao controle das DANT. Para isto foi considerada a produção do conhecimento nacional e internacional e o estado da arte sobre a avaliação da efetividade da Promoção da Saúde em DANT no Brasil e no mundo. (MS 2005).

Este projeto se integra ao esforço internacional e nacional de construção de parâmetros e metodologias para a avaliação da efetividade da promoção da saúde. Procura responder à necessidade de gestão das ações de promoção da saúde desenvolvidas pela rede de serviços da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, no que diz respeito ao controle das doenças e agravos não transmissíveis. Fornece um instrumental valioso para o desenvolvimento permanente de competências para o trabalho de Promoção da Saúde relacionada as DANT.

O projeto foi realizado a partir de uma parceria da Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, o Centro de Estudos Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC) e a equipe de profissionais da Subgerência de Vigilância de DANT da Coordenação de Vigilância em Saúde do Município de São Paulo. Como as construções e análises foram focalizadas nos Projetos que constituem o CAEPS, Capacitação para Avaliação da Efetividade da Promoção da Saúde em DANT os profissionais envolvidos no mesmo também foram parceiros neste estudo. Uma parcela intencional de profissionais que desenvolvem ações de Promoção da Saúde nas Unidades de Saúde estiveram durante dois anos envolvidos neste processo, contribuindo inicialmente para o entendimento do que significam estas ações de Promoção da Saúde em DANT e posteriormente na avaliação do painel proposto para o seu monitoramento. A seguir explicitaremos o referencial teórico do projeto.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Promoção da Saúde: o desafio da determinação social da saúde.

A proposta do estudo em questão assume que a saúde `e não só ausência de doença, mas um direito de todos e dever do Estado, "garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"(Constituição de 1988).

Há muito que sabemos que saúde e doença são processos históricos e sociais determinados pelo modo como cada sociedade vive, organiza-se e produz. No ano de 2008 e em meio a um quadro de globalização econômica e revolução tecnológica, classificamos o

Brasil como um país em desenvolvimento, dependente, com poucos segmentos da população incorporados à economia global e grande proporção da população marginalizada do processo. Bens e serviços sofisticados ficam a disposição de um pequeno número de consumidores.

O consumo se torna o grande produtor e encorajador dos imobilismos e oposição a processos de construção do cidadão. A solidariedade se perde neste novo universo de competitividade onde o individualismo reina. As profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando, ao longo das décadas, têm levado a profundas mudanças no quadro epidemiológico, na produção e distribuição social dos problemas de saúde.

Desse modo – afora as desigualdades e iniquidades regionais, urbanas e rurais, intra-urbanas e intra-rurais – os problemas de saúde, sua valoração social e gravidade também se distribuem desigualmente. Há diferenças em termos de mortalidade e morbidade entre mulheres e homens, brancos, negros, amarelos e indígenas, pobres e ricos, jovens e velhos, seja pelas diferentes origens sociais, por questões de gênero, pela desigualdade de acesso às ações e serviços de saúde e demais políticas sociais, em meio a processos muitas vezes contraditórios e em permanente mudança.

Considerando os problemas na dimensão coletiva, fica claro que sua superação não pode ser equacionada somente no âmbito da assistência à saúde e a partir de mudança de comportamentos. Seu enfrentamento necessita da ação da Saúde Coletiva, com ênfase na promoção da saúde, no trabalho interdisciplinar e intersetorial e na abertura de espaços para a participação e advocacia em saúde.

Constata-se que a visão de Promoção da Saúde da maioria dos técnicos e profissionais de saúde, limita-se a de Leavell & Clark (1965), que em meados do século XX, desenvolveram um modelo

explicativo do processo saúde – doença – nomeado de “História natural da doença”.

Este modelo contempla a “tríade ecológica” na explicação da causalidade do processo de adoecimento. Para os autores, microorganismos interagem com o ambiente, que favorece ou não a sua sobrevivência e multiplicação como agente etiológico (agente). Um exemplo é o do mosquito “*aedes aegypti*”, que abriga o vírus da dengue, dependente de condições ambientais – temperatura, umidade, luz e outros - que favoreça ou não a sua procriação (ambiente). A predisposição do indivíduo (hospedeiro) à doença é o seu componente genético e a sua resistência, sendo esta relacionada a seus comportamentos ou estilo de vida, como por exemplo, alimentação, condições de trabalho, e outros. Dependendo do tipo de interação que mantém agente e o ambiente e do grau de resistência do hospedeiro poderá se desenvolver a doença, ser mais ou menos difícil a cura, sua recuperação e a prevenção de complicações.

A partir da perspectiva da história natural da doença, recuperada a partir deste referencial, os autores vem propondo medidas de intervenção nos seus diferentes estágios, que muitas vezes não resolvem os problemas, como tem sido o caso da Dengue no nosso país.

Vejam no quadro abaixo os três níveis de Prevenção e a inclusão da Promoção da Saúde como um dos níveis de prevenção primária, juntamente com medidas de proteção específica, no momento que os autores denominam período pré-patogênico, ou melhor, o momento em que a doença ainda não iniciou seu processo de instalação (Quadro 1).

Quadro 1 – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença

Promoção da Saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da Invalidez	Reabilitação.
Prevenção primária		Prevenção secundária		Prevenção Terciária

Fonte: Leavell & Clark (1965)

Diferenciação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doença no modelo de Leavell & Clark pode ser feito, primeiramente, em relação aos objetivos da promoção e de cada nível de prevenção. A **Promoção da Saúde** é uma ação de **Prevenção Primária**, portanto se confunde com prevenção, segundo estes autores, do mesmo nível da proteção específica (ex. vacinação). Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, não ingestão de drogas, tabaco, exercício físico e repouso, contenção de estresse), para que resistam às agressões dos agentes. Estes mesmos indivíduos devem receber orientações para cuidar do ambiente para que este não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e entornos). Exemplos mais comuns de medidas de **Proteção Específica** são as vacinas, ou mesmo o uso da “camisinha” no caso de doenças sexualmente transmissíveis.

A **Prevenção Secundária** e **Terciária** de acordo com a história natural das doenças de Leavell & Clark (1965) objetivam a redução dos fatores de risco relacionados aos agentes patogênicos e ao ambiente propondo entre outras coisas medidas educativas e fiscalização para a adoção ou reforço de comportamentos adequados à saúde e de enfrentamento da doença.

A **Prevenção Secundária** opera com dois tipos de população: (1) os indivíduos sadios potencialmente em risco, para identificar

precocemente doentes sem sintomas e (2) com doentes ou acidentados com diagnóstico firmados, para que se curem e na impossibilidade que se mantenham funcionalmente sadios, evitar maiores complicações e morte prematura. Em relação aos primeiros, as estratégias são populacionais - exames para detecção precoce do câncer ginecológico, os exames de escarro para detecção da tuberculose e outros. A **Prevenção Secundária** com indivíduos doentes se faz através de práticas clínicas preventivas e práticas educativas para adoção ou mudança de comportamentos, - alimentares, atividades físicas e outras.

A **Prevenção Terciária** focaliza aqueles que têm seqüelas de doenças ou acidentes e objetiva a recuperação ou a manutenção dos mesmos em equilíbrio funcional. Esta opera também através de atividades físicas, fisioterápicas e de saúde mental.

O objetivo da aplicação das medidas **Preventivas Primárias (dentre elas a Promoção da Saúde), Secundárias e Terciárias**, portanto, na perspectiva da história natural da doença é evitar as doenças ou seu agravamento, através da adoção de comportamentos adequados à saúde.

Se considerarmos os modelos anteriores, que ancoravam a Prevenção em ações somente sobre a biologia humana, o modelo explicativo e as ações propostas por Leavell & Clark significaram um grande avanço. Esses autores chamaram a atenção dos profissionais de saúde sobre o potencial das ações sobre o ambiente e sobre os estilos de vida na Prevenção de Doenças. Inovaram também na proposição de medidas preventivas incluindo ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes - laboratoriais clínicas e terapêuticas - como complementação e reforço da estratégia.

A concepção que orienta este projeto de pesquisa em relação às doenças não transmissíveis na atenção básica baseia-se na multicausalidade do processo saúde-doença, portanto na sua

complexidade, que abrange questões como: (1) estilos de vida, como alimentação e atividade física; (2) hábitos prejudiciais à saúde: uso de álcool, tabaco, entre outros; (3) modo de vida - nos seus aspectos sócio-econômicos, educacionais, culturais e políticos, que caracterizam condições de vida, determinando incidências desiguais de doenças e agravos não transmissíveis, entre os gêneros, faixas de renda e ocupações; (4) modelo de atenção à saúde, que determina condições de acesso, que podem propiciar ou não o diagnóstico precoce de condições como hipertensão, diabetes e câncer de mama e o seu tratamento (ALMEIDA-FILHO 2004).

O termo "Promoção da Saúde" relacionado com autonomia e emancipação começou a ser mais e mais utilizado por aqueles insatisfeitos com as abordagens de cima para baixo, propostos por higienistas e normatizadores da Educação em Saúde e da Prevenção de Doenças.

Sintetizamos a discussão de conceitos de Saúde e Promoção da Saúde que vem sendo feita na literatura no quadro 2. Os autores sugerem que a prevenção das doenças é mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde doença e a Promoção da Saúde, como entendemos hoje, mais vinculada a uma visão holística e sócio-ambiental do mesmo processo, colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético. (Westphal, 2000; Akerman, Bogus & Mendes, 2004)

A prevenção de doenças identifica riscos, atua sobre eles, mas não considera de sua alçada a gênese desses riscos; nem o estudo de sua natureza, mecanismos de atuação, meios de prevenir sua existência.

Quadro 2 - Concepções de saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde

ABORDAGENS	biomédica	comportamental	socioambiental
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais; bem estar físico e mental dos indivíduos.	Estado positivo. Bem estar bio-psico-social e espiritual; Realização de aspirações e atendimento de necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológicas para categorias específicas de doenças,	Biológicos, comportamentais, Estilos de vida inadequados à saúde.	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapia com drogas, cirurgias.	Mudanças de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Coalizões para advocacia e ação política; • Promoção de espaços saudáveis • Empoderamento da população; • Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes.; • Reorientação dos serviços de Saúde.
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciados pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências.

Observando o quadro é possível verificar que o moderno conceito, que mencionamos acima, como algo em construção, apresenta elementos que permitem diferenciá-lo das práticas de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, apresentadas por Leavell & Clark.

A prevenção de doenças focaliza exclusivamente os aspectos biológicos e não considera nas suas estratégias, o “dispor de maneira que evite” (Czeresnia, 2003), a dimensão histórico - social do

processo saúde doença e, portanto não inclui nas suas formas de ação, políticas públicas saudáveis e intersetoriais que dêem conta dos determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde e doença.

Por outro lado não desenvolvem com as coletividades processos de ampliação do poder, valorização das suas potencialidades, para que estas advoguem por melhoria das suas condições de vida e trabalho. Não envolvem as coletividades nos processos de tomada de decisão em relação às políticas de saúde para o enfrentamento dos seus problemas. Não se assume, portanto, a Promoção da Saúde como prática política emancipatória, um imperativo ético no mundo contemporâneo. (Buss, 2003; Czeresnia, 2003; Freitas, 2003 e Akerman, Mendes & Bogus, 2004).

É possível trabalhar no campo da prevenção em uma perspectiva da “nova Promoção da Saúde”?

De acordo com os conceitos desenvolvidos nestes últimos 20 anos nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2001 e BVS do Ministério da Saúde), fica claro que a Promoção da Saúde, vista na perspectiva sócio-ambiental, é uma nova forma de abordagem. É também um conceito positivo, que tem como objetivo promover a vida, mesmo em uma situação de doença ou incapacidade. Promove a identificação e o compartilhamento de possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena, mesmo com as restrições que as doenças lhes impõe. Por isso, a promoção da saúde caminha paripasso às atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e até à atividades de assistência de longo prazo, chamando a atenção para a existência de outros espaços de convivência e realização para os indivíduos, grupos e comunidades das quais participam.

Novos princípios se reúnem aos do SUS sendo necessário que sejam concretizados, e as estratégias ampliadas para haver esta compatibilização. (Rootman, 2001).

Princípios da Promoção da Saúde

As conferências e a literatura sobre Promoção da Saúde colocam os seguintes princípios como definidores das práticas realizadas nesta perspectiva:

(1) Ações de Promoção da Saúde devem se pautar por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença.

Este princípio justifica-se pela própria complexidade da realidade, refletindo a preocupação em desvendar as questões da saúde em meio aos fenômenos complexos da vida. Orienta as iniciativas de promoção para que fomentem a saúde física, mental, social e espiritual em sua ampla determinação, através de ações que ultrapassem os limites do setor saúde.

Substantivamente, a Promoção da Saúde, concepções e significados levam os profissionais envolvidos com este campo teórico e de práticas, a enfatizar a determinação social, econômica e ambiental, mais do que puramente biológica ou mental da saúde. Os determinantes da saúde são as condições biológicas, econômicas, políticas e sociais que influenciam a saúde dos indivíduos e comunidades.

A teorização em torno da determinação biológica, social e econômica da saúde, também se refere ao fato de níveis de saúde da população estarem diretamente relacionados à maneira como a sociedade organiza e distribui seus recursos econômicos, sociais e derivados, isto é, à qualidade e quantidade de recursos disponibilizados a cada membro da sociedade, para a sua subsistência. (Raphael, 2004).

Os problemas e suas causas, entretanto, não são isolados, decorrem das interconexões entre fatores e dos sistemas entre si. Assim sendo a análise dos determinantes da saúde não podem ser feitas isoladamente, sem verificação das interconexões com outros fatores, de outras áreas ou setores, com o risco de, através de uma análise fragmentada e incompleta, cometer erros de avaliação e dar soluções parciais, desarticuladas e incompletas aos problemas com conseqüências imprevisíveis. É esta a conexão dos determinantes com a visão holística de saúde. É útil ter recortes de um problema para equacioná-lo em uma multiplicidade de níveis, ter diferentes profissionais trabalhando para os mesmos objetivos, de diferentes maneiras e de modo complementar. Os problemas relacionados à Prevenção de Doenças, podem também ser vistos nesta perspectiva e suas estratégias combinadas com as de Promoção da Saúde para que as ações se dirijam para as causas primeiras dos problemas e não somente às suas manifestações concretas (Sicoli & Nascimento, 2003).

Segundo as cartas das Conferências Internacionais e a literatura da área técnica, a valorização da saúde como produção social, no enfoque da determinação social da saúde, leva à reflexão sobre a equidade social, colocando-a como um princípio e objetivo da Promoção da Saúde. (Paim, 1994; Raphael, 2004)

(2) A equidade como princípio e como conceito vem ocupando espaço relevante nas discussões das políticas sociais de maneira geral e no campo da Promoção da Saúde em particular. Todas as cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde ressaltam que esta tem como objetivo garantir acesso universal à saúde e está relacionada à justiça social. Seus objetivos são: "... eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito ao bem estar". (Brasil, 2001, p.40)

O conceito de equidade tem raízes nos diversos conceitos de justiça social e, em especial, nos vinculados às correntes de pensamento liberal e marxista. As correntes de justiça social liberal apesar de trazerem avanços na tentativa de reparar as injustiças sociais, não apontam para intervenções na causalidade dessas injustiças. O conceito de equidade, como vem sendo trabalhado no campo da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde se confronta com as correntes de justiça social liberal, trazendo para o centro da discussão a noção de necessidades diferenciadas, que explicita a existência de desigualdades sociais estruturais, que produzem diferenças nas condições sociais e conseqüentemente nas necessidades sociais.

Segundo Whitehead (1990), a equidade em saúde refere-se a diferenças que são ao mesmo tempo consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas socialmente. Desta maneira a noção de equidade carrega consigo uma forte conotação moral que deve ser analisada nos diversos contextos sócio-culturais onde o conceito é utilizado. Para Whitehead (1990), é necessário compreender em cada contexto, quais são as condições sociais consideradas injustas e quais as desnecessárias e as evitáveis para que todos os indivíduos possam atingir seu potencial integral em saúde. Como bem explicita Whitehead (1990, p.11) *“o objetivo da política para avançar na direção de uma maior igualdade em saúde não é eliminar todas as diferenças em matéria de saúde, de modo que todo mundo tenha o mesmo nível e qualidade de serviços de saúde, mas reduzir ou eliminar as que resultem de fatores que consideram evitáveis e injustos.”*.

Portanto, trabalhar as equidades em saúde significa criar oportunidades necessárias para que todos tenham saúde, o que está intimamente relacionado com a distribuição dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação e outros). Para

Mendes (2002): *“a promoção da saúde visa à construção de espaços de vida mais eqüitativos. Isto implica analisar os territórios onde as pessoas habitam detectar os grupos humanos em situação de exclusão e dirigir as políticas públicas de modo a discriminá-los positivamente”*. (Restrepo, 2005, Mendes, 2002).

Uma vez que tem suas ações e políticas dirigidas à equidade através de uma ação relacionada aos determinantes da saúde, como já apontado, operacionalizar a Promoção da Saúde, com este objetivo, também requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano e outros.

Neste sentido a Organização Pan-Americana de Saúde relaciona a Promoção de Saúde à intersectorialidade - *“conjunto de ações no ambiente social, político, educacional, físico, econômico, cultural e de serviços de saúde para proporcionar condições saudáveis e prevenir o surgimento de doenças nos indivíduos e na coletividade.”*.

(3) A intersectorialidade como princípio da Promoção da Saúde *“reconhece e chancela a multiplicidade de olhares sobre a realidade complexa, permite constituir uma rede única a testemunhar que, na origem de tudo, está em um espírito único a olhar um único mundo.”* (Mendes, 2002).

O deslocamento da questão saúde, para o centro do processo de desenvolvimento social, como propõe as cartas das Conferências Internacionais, exige a superação de propostas setorializadas, assistencialistas, compensatórias, e se volta para o alívio de problemas decorrentes de múltiplas causas.

A intersectorialidade, segundo Junqueira (1997), *“articula saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de*

ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento e à inclusão social". (Junqueira apud Junqueira, 1998, p. 84).

O grande desafio para a elaboração de políticas públicas saudáveis, intersetoriais, é superar a dificuldade para implementá-las devido à persistência da lógica setorial, da fragmentação e desarticulação do modelo administrativo tradicional. Exige uma mudança radical das práticas e na cultura organizacional das administrações municipais, pressupondo superar a fragmentação na gestão das políticas públicas. (Westphal e Ziglio, 1999).

Para que isto ocorra, será necessária uma mudança de atitude dos políticos, acadêmicos e técnicos para a interação e integração de saberes entre si e com a população. Esta tarefa, entretanto, é difícil de ser viabilizada, mas possível dentro de uma perspectiva processual e gradativa. Mais uma vez, é sempre melhor ampliar os horizontes da Prevenção das Doenças não só oferecendo Proteção Específica ou medicalizando os problemas de saúde, mas também reconhecendo e lidando com a multicausalidade do problema, através de ações intersetoriais. (Westphal, 2000).

(4) A participação social.

Segundo Mendes (2002), *"a promoção da Saúde incentiva diversas formas de participação direta dos cidadãos no planejamento, na execução e avaliação dos seus projetos. Além disto, cria mecanismos que estimulam co-responsabilidade; antepõem-se às práticas clientelistas, paternalistas; fortalecem a ambiência democrática e incrementam o gradiente de cidadania."*

Na busca pela qualidade de vida, a proposta de Promoção de Saúde em seus pressupostos conceituais e operativos, supõe, entre outros aspectos que a população deva participar na definição da política, no controle social e na avaliação das ações e serviços dela

decorrentes. Contempla, portanto, a participação social e política da população com vistas ao atendimento das necessidades, das demandas e dos interesses das organizações da sociedade civil.

A participação é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – o governo, os membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais de saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomadas de decisões, implementação e avaliação de iniciativas (Brasil, 2001).

O compromisso do Estado com este princípio e com os problemas sociais trazidos a tona por meio dele, são fundamentais. Sem o Estado, a cidadania ativa não se realiza plenamente. Cabe, portanto, ressaltar a responsabilidade dos representantes do governo de todos os níveis de garantir para a população condições de vida favoráveis à saúde. Os outros atores, indivíduos e instituições relacionadas aos diferentes segmentos da sociedade, também devem compartilhar a responsabilidade pelas ações e devem colaborar para que as condições de vida, de modo geral e nos espaços onde as pessoas vivem e trabalham, sejam também favoráveis à saúde. (Brasil, 2001)

O princípio da participação social está diretamente relacionado ao fortalecimento da ação comunitária e ao conseqüente empoderamento coletivo, pois é necessário que a população se torne capaz de exercer controle sobre os determinantes da saúde. O empoderamento relaciona-se ao reconhecimento de que os indivíduos e as comunidades têm o direito e são potencialmente capazes de assumir o poder de interferir para melhorar suas condições de vida.

Um critério essencial para verificar se uma ação, mesmo que tradicionalmente do campo da prevenção secundária, como por exemplo, o controle de fatores de risco de diabetes tipo II, também está promovendo saúde, é identificar se contempla também

processos de formação e empoderamento individual e coletivo dos indivíduos e grupos envolvidos. A impossibilidade de participação nos processos de tomada de decisão ou a não inclusão de ações motivadoras do empoderamento coletivo nos programas de Prevenção impedem que essas ações sejam classificadas dentro da rubrica da Promoção da Saúde.

Não é necessário que o próprio serviço de atenção básica ofereça todos os serviços preventivos e realize todas as atividades de promoção à saúde que respondam às necessidades de controle das DANT da população que atende. Este pode ser organizado através de parcerias e alianças estabelecidas nos territórios ou em outros níveis do sistema, em outros setores ou na sociedade.

O empoderamento individual e coletivo é uma das estratégias básicas da Promoção da Saúde e deve ser sempre considerada nos processos que procuram promover as práticas relacionadas a fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis

O Município de São Paulo, que conta com uma ampla e diversificada rede de atenção básica à saúde oferece diversos serviços voltados à promoção de saúde e prevenção das DANT, como: a realização de práticas corporais (ginástica, caminhada, lian gong, tai chi chuan), terapia comunitária, enfrentamento as situações de violência, prevenção de tabagismo, grupos de usuários hipertensos e diabéticos, e ainda programas relacionados aos ciclos de vida (idoso, mulher, criança e, mais raramente, homem). Estes foram se organizando em decorrência dos diversos modelos de atenção à saúde que já foram sendo experimentados nos diferentes territórios e regiões do município.

O Pacto pela Saúde 2006, instituído pelas portarias no 399, de 22 de fevereiro de 2006 e 699 de 30 de março de 2006 foi assumido por gestores das três esferas de governo. Dentre as prioridades estabelecidas através do Pacto pela vida estão a promoção da Saúde

e o fortalecimento da atenção básica. Dentre as ações do Pacto pela vida está “a articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como direito” e a “ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, especialmente os que lutam pelos direitos da saúde e pela cidadania”. Estes compromissos do Pacto pela Saúde reforçam os objetivos deste trabalho, de construir um instrumento para valorizar as ações de Promoção da Saúde relacionada às DANT, realizadas sob responsabilidade da Coordenadoria de Atenção Básica. O mais importante é que reforçam o princípio fundamental da Promoção da Saúde que é a participação social, também princípio importante da Reforma Sanitária Brasileira (Brasil, 1988 e a referência que tenho em cima da minha mesa sobre reforma sanitária Saúde em Debate).

Também a Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída pela portaria 687 MS/GM de Março de 2006, foi debatida em setembro de 2005, no I Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Naquele momento especificou como suas ações: a alimentação saudável, prática corporal/ atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade por acidente de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável. Uma de suas estratégias centrais é “fomentar e realizar ações de monitoramento, acompanhamento e avaliação das estratégias de promoção da saúde e vigilância de DANT”.

Esta pesquisa ação é um esforço no sentido de colaborar para o aperfeiçoamento das ações de Promoção da Saúde relacionadas aos fatores de risco e de proteção da saúde em DANT, criando instrumento para monitoramento e avaliação destas ações.

Como a Promoção da Saúde é descrita como: “*um processo cujo propósito é fortalecer as habilidade e capacidades dos indivíduos*”

para desenvolver ações e a capacidade dos grupos ou comunidades para agir coletivamente para exercer controle sobre os determinantes da saúde”, é necessário avaliar, verificar se as ações propostas por esta área do conhecimento são efetivas. Na verdade estamos falando de verificar se as ações de promoção da saúde estão provocando mudanças seus determinantes: nos individuais, sob controle dos indivíduos e nos estruturais que não estão diretamente sob o seu controle. Esse grande desafio é que a equipe de pesquisadores quer começar a enfrentar com este estudo. Nutbeam Health promotion Effectiveness – the question to be answered - 1999 in The Evidence of Health Promotion Effectiveness - Texto novo - anexar

3. OBJETIVOS

O seguinte objetivo geral orientou as ações deste projeto durante dois anos, 2005 a 2007.

- ❖ Construir um instrumento de monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis, com os profissionais da Subgerência de DANT da Coordenadoria de Vigilância à Saúde, tendo em vista as ações desenvolvidas pela Coordenadoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Os seguintes objetivos específicos orientaram o processo seguido para a consecução do objetivo geral:

- (1) Desenvolver, de forma participativa, quadro referencial de promoção da saúde no âmbito da atenção básica a saúde no município;
- (2) Criar um instrumento de acompanhamento de práticas das políticas de promoção da saúde e

prevenção das doenças e agravos não-transmissíveis;

- (3) Contribuir para a formação, nas diversas regiões do município, núcleos de profissionais habilitados em metodologias de avaliação crítica de políticas de promoção da saúde;
- (4) Contribuir com elementos que auxiliem a formulação de indicadores do componente de promoção da saúde relacionado às doenças e agravos não-transmissíveis.

4. MÉTODOS DE ESTUDO E DE ANÁLISE DOS DADOS

4.1. A pesquisa – ação participante

A metodologia utilizada neste estudo é do tipo interpretativista, conforme o entender de Soares (2000), na sua versão pesquisa ação.

Qual seria então, segundo este mesmo autor a definição de pesquisa-ação e os seus objetivos?

“Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.” (THIOLLENT, 2000, p.14).

Sendo ou não participativa, a pesquisa ação tem, segundo THIOLLENT, uma natureza argumentativa (2000, p.31), *“a abordagem metodológica que é específica ao que designamos pela noção de pesquisa-ação apresenta muitas características que são próprias aos processos argumentativos [que] se encontram explicitamente na explicação e nas interpretações em ciências sociais*

[sendo exemplos]: a colocação dos problemas a serem estudados conjuntamente por pesquisadores e participantes; as explicações ou soluções apresentadas pelos pesquisadores e que são submetidas à discussão entre os participantes; as deliberações relativas à escolha dos meios de ação a serem implementados; e, as avaliações dos resultados da pesquisa e da correspondente ação desencadeada”.

A forma como neste estudo foi utilizada a metodologia da pesquisa – ação podemos dizer que foi participativa com todos os conflitos que uma metodologia deste tipo pode envolver. Os pesquisadores entre si e com os sujeitos do estudo, os gestores e profissionais envolvidos no cuidado das DANT nas unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde estabeleceram entre si, o tempo todo, relações comunicativas no intuito de conseguir elaborar um instrumento em uma perspectiva ampliada de Promoção da Saúde em DANT. Os pesquisadores, portanto, buscaram participar do contexto investigado, identificando-se com valores e comportamentos dos sujeitos da pesquisa. Como pesquisa-ação havia, como o próprio nome aponta, uma ação por parte dos pesquisadores a ser desvendada, as práticas que se diziam de Promoção da Saúde em DANT.

Nem toda pesquisa ação é uma pesquisa participante, mas este estudo pode ser caracterizado desta forma, porque seus pesquisadores, da Universidade e do Serviço, tiveram um papel ativo no equacionamento do problema do estudo, no acompanhamento e avaliação das ações, obtendo novos elementos para organizar esta ação. As interpretações da realidade observada e as ações, durante todo o processo foram objeto de deliberação. Os elementos - emancipatório e engajamento político, característico deste tipo de pesquisa, orientaram-se diretamente para uma área meio e não somente para as áreas *fins*, neste processo transformador. Ela

ocorreu em uma área de organização técnica, a da Subgerência de Vigilância de DANT da COVISA, Secretaria Municipal de Saúde.

Esses pesquisadores em conjunto, orientados pelos objetivos do estudo, inicialmente definiram a ação, seus agentes, seus objetivos e possíveis obstáculos. Desenvolveram em conjunto uma forma de experimentação em situação real, intervindo conscientemente. Os sujeitos da pesquisa, conforme o previsto, desempenharam um papel ativo no processo. As variáveis do estudo, outro aspecto a ser analisado, não puderam ser isoladas, posto que qualquer delas que fosse focalizada estaria interferindo no que estava sendo observado, pois os atores responsáveis pela ação estavam participando do estudo.

A pesquisa-ação tem, portanto, um forte apelo a um agir coletivo que transforma o social, já que está fortemente ancorada na noção de historicidade, isto é, na produção da sociedade por ela mesma (TASSARA 1986; WESTPHAL 1992).

René Barbier (1985; p.138), comentando a noção de historicidade de Alain Touraine e relacionando-a ao pensamento de Cornelius Castoriadis sobre o fazer social histórico, diz que *"essa noção resulta num campo de investigação teórica cujos conceitos ainda não foram explorados [e] a reflexão sobre a instituição pode representar o momento desse esclarecimento conceitual"*.

A análise de um modelo de ação, em suas interações para dentro e para fora do campo delimitado da administração pública, é, também, aquilo que René Barbier chama de resultado do funcionamento do sistema de trocas sociais. O modelo de ação *"cria uma dinâmica necessariamente dialética entre um fenômeno de produção instituinte e um fenômeno de reprodução instituída, uma luta incessante entre a ordem e a desordem necessárias à vida, e cuja instituição representa, no domínio da vida social, o ponto de encontro das contradições"* (BARBIER, 1985; p.138).

Com uma abordagem metodológica dessa natureza, e fazendo uso das heurísticas propostas por Thiollent, além de outras, tais como a criação de referenciais, instrumentais de coleta de dados, pode ser possível apreender os processos e os resultados do processo desenvolvidos entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Universidade de São Paulo.

Estaremos analisando o que este processo produziu ou foi capaz de produzir em relação a essa dinâmica social que o envolveu, e que guarda proximidade com a matriz ideológica da proposta do ideário de Promoção da Saúde, conforme já explicitado no referencial teórico.

As etapas seguidas pelo processo de pesquisa desenvolvido caminharam de acordo com os pressupostos da metodologia privilegiada e adotada desde o início - a pesquisa-ação, conforme já descrita.

A pesquisa passou pelas seguintes fases: exploratória, de identificação de problemas e potencialidades, de interpretação a partir do referencial teórico, de formulação de hipóteses para solução de problemas e um teste e discussão avaliativa do painel de monitoramento e avaliação construído, quando foram revistos os resultados das fases anteriores. Este percurso investigativo, em uma perspectiva dialética de retroalimentação, formou um conjunto, ele mesmo ainda exploratório.

Privilegiou-se a experiência de intervenção focalizada pelo projeto correspondente, que já mencionamos - o CAEPS -, que envolve gestores e outros profissionais da linha de frente da Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisa ação participante passou, por três fases, cujo processo e resultados serão apresentados e discutidos nos capítulos seguintes deste relatório: Fase I - construção de um marco conceitual de Promoção da Saúde; Fase II - Construção do instrumento de acompanhamento das ações; Fase III - Teste do painel: grupos de discussão e avaliação.

Em cada uma das áreas desta investigação, a pesquisa passou pelas seguintes fases: exploratória, de identificação de problemas e potencialidades, de interpretação a partir do referencial teórico, de formulação de hipóteses para solução de problemas e um seminário para divulgação e revisão dos resultados das fases anteriores. Este percurso investigativo, em uma perspectiva de retro-alimentação, formou um conjunto, ele mesmo exploratório, da área a ser investigada subseqüentemente.

Foram criados instrumentos, tais como: tabelas para registro das revisões bibliográficas, questionários para obtenção dos dados de identificação dos participantes e das ações desenvolvidas por eles, quadros analíticos de conceitos e propostas de ação, instrumentos para registro e análise de experiências, roteiros de discussão dos grupos de avaliação, entre outros. Os resultados obtidos foram utilizados na análise e avaliação de contextos, dos resultados deste processo conjunto de elaboração de referenciais e instrumentos de avaliação da efetividade da Promoção da Saúde em DANT.

Para o processamento dos dados obtidos nos questionários iniciais e os utilizados na fase final, foram criadas máscaras para inseri-los em um banco de dados, utilizando o programa ACCESS, bem como o material do pré-teste e o roteiro e transcrição dos grupos de

avaliação. Esses materiais de pesquisa permanecerão arquivados na Faculdade de Saúde Pública por um período de cinco anos.

Nem todas as ações previstas inicialmente no projeto foram realizadas conforme o planejado. Inicialmente pretendia-se trabalhar junto com as equipes que realizariam projetos colaborando na seleção de metodologias de avaliação e monitoramento adequadas às experiências em andamento e ao referencial pactuado;

Esta etapa não foi realizada, por que o CAEPS conseguiu articular 21 projetos e o grupo de pesquisadores da USP não daria conta de acompanhar a todos. O projeto CAEPS escolheu então uma outra metodologia de trabalho. Foram contratados tutores, pesquisadores em sua maioria ligados às universidades com experiência em pesquisas em serviço, que trabalharam com os grupos, transformando suas propostas de ação em projetos avaliativos. As metodologias de avaliação que foram ou estão sendo utilizadas pelos projetos avaliativos não passaram pela escolha deste grupo de pesquisa, que construiu o painel de avaliação, apesar de estes terem participado da sua avaliação, conforme será relatado posteriormente. Em decorrência disto a aplicação restringiu-se a dois pré-testes independentes dos projetos de avaliação em curso.

Não houve tempo para a realização de um Seminário Final onde se apresentaria os resultados do pré-teste para em conjunto rever mais uma vez o quadro teórico, as práticas e o instrumento de avaliação. Está programado um Seminário para acontecer em junho de 2008, promovido pela Subgerência de Vigilância de DANT. Todo material desta pesquisa, bem como o acúmulo conseguido durante o processo será amplamente discutido neste Seminário.

4.2. Análise e triangulação dos dados

Os dados coletados nas diferentes etapas deste trabalho foram analisados através da triangulação. No contexto da pesquisa social,

esse tipo de abordagem tem sido usual quando múltiplos métodos de pesquisa são empregados para analisar um problema.

A literatura e as constatações feitas a partir da vivência prática têm conduzido pesquisadores a verificar que, para o equacionamento de problemas de sujeitos coletivos, como é o caso deste estudo, é necessário obter dados descritivos de natureza objetiva e levar em conta a subjetividade dos sujeitos.

A triangulação das informações consiste na comparação dos dados obtidos de diferentes informantes, em situações variadas e em momentos diferentes, na busca de uma abrangência maior na descrição, explicação e compreensão do problema do estudo (LUDKE e ANDRÉ, 1986).

A utilização de múltiplos meios de obtenção de dados, de caráter quantitativo ou qualitativo em pesquisa é um procedimento próprio da proposta de triangulação e no nosso caso da pesquisa ação permite dar conta da objetividade dos fenômenos bem como da subjetividade dos sujeitos em relação eles. Essa metodologia é fundamental para verificar a propriedade das interpretações decorrentes de observações da realidade feitas a partir de diferentes ângulos. Assim, a combinação de múltiplas fontes de dados e a interlocução entre os diferentes resultados obtidos garantiu uma maior validade dos dados, ou seja, que os problemas e limitações de um método na obtenção de uma informação pudessem ser compensados pelos resultados obtidos pelo uso de outros métodos, possibilitando a discussão interativa e intersubjetiva dos dados.

Esta estratégia metodológica parte da constatação de que as ações sociais e falas dos atores devam ser contextualizadas a fim de esclarecer e aprofundar os aspectos da realidade. A validação dos dados não é realizada por meio de aferição de índices, ou do somatório de dados qualitativos e quantitativos, ao contrário, trata-se

de uma análise das relações de contexto com as ações (Patton, 1987, Adorno e Castro, 1994).

Neste estudo o que foi feito o tempo todo foi a tentativa de contextualizar as propostas e as percepções dos atores sobre as mesmas, com o objetivo de validar novas perspectivas para nossa realidade, com o acordo dos atores envolvidos nas mesmas. A triangulação dos dados, por conseguinte, consistiu na checagem dos dados obtidos dos mesmos informantes, em situações variadas e em momentos diferentes, na busca de abrangência maior na descrição, explicação e compreensão da situação em estudo.

Apesar desses cuidados é importante observar, concordando com Minayo que todo objeto social, é inatingível, *“dele só se tem conhecimento aproximado”*. Segundo ela *“Tudo que se constrói com rigor e cuidado”*, como foi o caso deste estudo, *“é inconcluso e superável, e a realidade infinitamente mais rica, mais dinâmica e mais complexa do que qualquer discurso sobre ela”* (Minayo, 1992 p. 249).

4.2. Aspectos Éticos da pesquisa

Atendendo às exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina que toda a pesquisa envolvendo seres humanos seja apreciada do ponto de vista ético, o projeto foi submetido aos Conselhos de Ética da Faculdade de Saúde Pública e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, sendo aprovado em ambos.

Desde o início da pesquisa, entretanto, tivemos dificuldade para fazer este encaminhamento pelo fato desta ser uma pesquisa ação que objetiva a construção de um instrumento de avaliação e monitoramento das práticas de promoção da Saúde em andamento na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Vários passos foram dados, várias atividades realizadas, envolvendo os diferentes grupos

que compõe esta pesquisa ação: a nossa equipe de pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública, a equipe de profissionais da Coordenadoria de Vigilância à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (COVISA), alguns gestores e outros profissionais, todos os sujeitos da pesquisa ação.

Os termos de consentimento livre e esclarecido e os instrumentos utilizados encontram-se em anexos e foram todos preenchidos pelos participantes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Construção de um quadro referencial conceitual de Promoção da Saúde.

A primeira fase da pesquisa constituiu-se de um trabalho continuado de pactuação de conceitos relativos à Promoção da Saúde e relacionados às ações desenvolvidas na Secretaria Municipal de Saúde. Essa fase iniciou com um levantamento bibliográfico sobre a Promoção da Saúde e avaliação da efetividade das ações relacionadas às DANT e seus fatores de risco, que continuou sendo feito e refeito ao longo do desenvolvimento das outras fases. Os profissionais que se inscreveram no Projeto CAEPS e que ao mesmo tempo tornaram-se sujeitos desta pesquisa preencheram um questionário inicial, com muitas falhas, mas que serviram como "*linha de base*" para o monitoramento das transformações deste conceito ao longo do processo da pesquisa ação. Analisamos estes dados abaixo

Estava prevista a realização de Seminários para construção e validação do quadro referencial, o que foi realizado em três momentos sendo o inicial mais intenso e direcionado a formação de consenso sobre Promoção da Saúde em DANT. O processo de capacitação de todos os segmentos envolvidos nesta pesquisa vai ser descrito, todos os instrumentos construídos para favorecer e

concretizar as discussões serão apresentados e os dados que eles forneceram serão também analisados e discutidos.

5.1.1. Avaliação das ações de Promoção da Saúde em DANT e o significado de se buscar evidências da efetividade dessas ações.

Existe uma demanda crescente em torno da avaliação e do monitoramento de políticas e programas sociais no Brasil e em outros países, fortemente influenciado por um vetor economicista de contenção e saneamento dos gastos públicos. Governos, organizações não governamentais e principalmente agências internacionais de fomento estão reivindicando cada vez mais a inclusão de metodologias de monitoramento e avaliação do processo, resultados e impacto de programas implementados.

No Brasil são raros os programas, inclusive os do campo da Promoção da Saúde, que aprofundam seus esforços avaliativos, no sentido de mostrar efeitos e impactos. Instituições universitárias em parceria com a sub-região Brasil da Oficina Regional Latino americana (ORLA), da União Internacional de Promoção da Saúde (UIPES) - que instituiu o Programa Global de Avaliação da Efetividade da Promoção da Saúde -, com a ABRASCO, o Ministério da Saúde e outras instituições está preparando o II Seminário Brasileiro da Efetividade da Promoção da Saúde, para colaborar no desenvolvimento deste campo de conhecimento.

As instituições representadas por intelectuais liderados pelo GT da Abrasco de Promoção da Saúde publicou um número da revista Ciência e Saúde Coletiva, somente com artigos sobre avaliação em Promoção da Saúde. Carvalho, Boldstein, Hartz & Matida (2004), em um artigo desta revista problematizam a avaliação das ações de promoção da Saúde, entendida em sua vertente sócio-ambiental,

conforme já apresentado na discussão do referencial que orienta este estudo. Promoção da Saúde é vista como *“um processo de capacitação da comunidade para identificar os determinantes da saúde e desenvolver estratégias para modificá-los”*, guiada por princípios do empoderamento, da integralidade, da participação, da intersetorialidade, da equidade, da sustentabilidade e da combinação de estratégias múltiplas tais como: formulação de políticas públicas, mudanças organizacionais, advocacia, educação e comunicação (Ministério da Saúde, 2001). Dizem estes autores que *“demandas e tensões em torno do uso de evidências em políticas públicas, como parte de uma gestão orientada por resultados, indicam muitas vezes um distanciamento entre as concepções e a natureza complexa das intervenções de promoção da Saúde”*.

A leitura e reflexão sobre os artigos deste número da revista *Ciência e Saúde Coletiva*, chama a atenção para o fato de que a exigência de “provas” de efetividade e eficiência tem desafiado gestores comprometidos com ações realizadas na perspectiva da Promoção da Saúde, a partir deste conceito, que amplia o escopo das ações muitas vezes para fora do setor saúde. Argumentam que a explicitação das mudanças sociais esperadas exige a adoção de processos colaborativos, considerando o conjunto dos atores envolvidos no processo de desenvolvimento e avaliação das intervenções. (Westphal, 2004)

Potvin & Richard (2001) em um artigo que discute avaliação em Promoção da Saúde, apresentam quatro categorias de abordagem encontradas na literatura e apresentam a frequência em que cada uma tem sido utilizada para este fim: desenhos compreensivos de avaliação, que são menos freqüentes, artigos apresentando avaliações que focalizam processos e resultados a médio prazo que são os mais freqüentes; artigos que apresentam resultados finais dos programas e finalmente artigos que discutem questões metodológicas

que versam sobre os dois últimos tipos de avaliação, que muito pouco freqüentes. Os autores comentam que os artigos que discutem resultados não dão conta da complexidade do conceito na medida em que utilizam modelos experimentais ou quase-experimentais e acabam concluindo pela inefetividade do processo. Esses mesmos autores sugerem a implementação crítica do procedimento de uso de múltiplos métodos (Creswell & Plano Clark, 2007), olhado com severas críticas pelos metodologistas tradicionais que decidem pela publicação, ou não dos mesmos em revistas científicas.

Akerman et al (2002) distinguem os autores que fazem estudos buscando evidenciar a efetividade das ações como Davies & MacDonald (1998), IUHPE (1999), Perkins et al (1999), McQueen (2000; 2002), Wimbush & Watson (2000), de outros que desenvolvem ferramentas participativas de avaliação contemplando princípios filosóficos do movimento canadense de promoção da saúde, como por exemplo, os trabalhos de Wallerstein et al (1997) e Springett (1998). Nutbean (1998), evitando a polarização propõe que a avaliação deve ser formatada de acordo com as necessidades dos programas, pois nenhuma abordagem isolada será adequada para qualquer tipo de programa.

No campo da promoção da saúde, portanto, observa-se uma tensão entre aqueles que defendem que o sucesso da proposta depende da formulação de evidências científicas da efetividade das ações de saúde pública, e outros que acreditam que a palavra evidência é inapropriada para este campo. Entre estes dois extremos, há aqueles que questionam a oportunidade das várias formas de construir evidências e buscam as questões básicas para o desenvolvimento do conhecimento no campo. Conclui-se que a evidência não existe como uma "coisa em si", mas depende do ponto de vista do pesquisador, da sua formação, da sua visão de ciência e de conhecimento, do contexto onde ele está inserido, e das

metodologias que usa para responder as questões colocadas. A busca de evidências, no decorrer dos anos tem se expandido para além dos ensaios controlados randomizados, constatados os potenciais e limitações destes desenhos de estudo. A randomização nem sempre é factível e apropriada e outras abordagens de intervenção e pesquisa mostraram-se mais apropriadas (IUHPE 1999). Para a avaliação de políticas de promoção da saúde é necessário que se integrem enfoques qualitativos e quantitativos para dar conta da subjetividade de conceitos como qualidade de vida e de seus aspectos objetivos (WESTPHAL 1997).

Algumas instituições acadêmicas brasileiras vêm utilizando metodologias participativas e múltiplos métodos em seus processos de avaliação em Promoção da Saúde, preocupados mais do que em demonstrar a efetividade de procedimentos, em descobrir como fazer com que uma metodologia de avaliação possa contribuir para o aprendizado, a ação e a transformação de práticas sociais. Consideram que avaliar é produzir juízo de valor ou mérito para alguma ação humana sobre o ambiente social contrariando os avaliadores de tendência racionalista positivista que consideram que a avaliação está isenta de valores. Como o campo da promoção da Saúde está permeado de valores em disputa, é só um desenho participativo que permitirá a explicitação de óticas, valores e princípios (Akerman, Mendes & Bogus, 2004).

Investimento em Promoção da Saúde em uma perspectiva crítica, o uso de modelos lógicos e participativos de avaliação, com o uso combinado de diferentes metodologias, reflete um alinhamento com muitos profissionais que trabalham nesta área em diferentes partes do mundo, mas não em posição hegemônica (Dwyer & Makin, 1997; Nutbeam, 1998, Wallerstein, 1997).

5.1.1.1. Revisão da literatura clássica sobre projetos de Promoção da Saúde relacionados às DANT e a evidência da efetividade das ações relacionadas a esta forma de abordagem.

A revisão da evidência da efetividade em termos da saúde e do impacto social, econômico e político e a tradução do sentido desta evidência para gestores, acadêmicos, profissionais e pesquisadores, foi e tem sido assunto de muitas discussões temáticas (McQUEEN 2005).

Uma publicação de 2007 nos possibilitou conhecer os mais importantes projetos de intervenção populacional internacionais que objetivaram promover mudanças comportamentais, que reduzissem fatores de risco de doenças crônicas, inicialmente as cardiovasculares. A revisão bibliográfica realizada pelos autores desta, o *Guia Metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem, Ministério da Saúde* (2007), dizem que o primeiro projeto de intervenção populacional para doenças cardiovasculares surgiu na Finlândia, com o *North Karelia Project*, em 1972. Posteriormente foram implementados nos Estados Unidos o *Stanford three community Studies* (1978-80), a *Minnesota Heart Health Program* (1980-1993) e o *Pawtucket Health Health program* (1980-1991). *Estão em andamento o Programa Cindi* (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Program) e o Carmem (compromisso com Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis nas América). (Nissinem et al, 2001; PAHO, 2003). Todas as informações retiradas a seguir referem-se ao que está neste guia metodológico.

Suas estratégias de modo geral objetivavam a prevenção integrada e promoção da Saúde como efeito demonstrativo e promoção da equidade em saúde em todos estes projetos, que incluía as seguintes ações:

1- Prevenção e redução de fatores de risco: tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo;

2- Efeito demonstrativo: avaliar previamente em áreas piloto a aceitabilidade, a segurança, a eficácia e a efetividade de intervenções a serem posteriormente introduzidas em larga escala. A medida de sucesso deveria ser as modificações nos fatores de risco e mortalidade por DCNTs;

3- Promoção de Equidade: identificar e atingir os grupos populacionais em maior desvantagem social.

Selecionando como descritores o nomes desses projetos, selecionaram no Pubmed, Webscience e Lilacs, por título, 836 referências, destas selecionaram-se 295. No segundo momento utilizou-se de 32 para descrever os principais resultados de impacto populacional (Iná S. Santos, Marcelo Capulheira e Carmen Moreira, 2007).

Os resultados obtidos foram os seguintes:

Para **North Karelia**, iniciado em 1972 e mantido pela Associação Finlandesa de Cardiologia (especialistas mais representantes da comunidade e da OMS tinha como objetivo reduzir as doenças Cardiovasculares, depois as outras não transmissíveis). Para isto era necessário reduzir os fatores de risco tais como tabagismo e colesterol, alimentação, exercício físico que foi conseguido com sucesso a partir de ações educativas e informativas junto aos usuários idosos. Promoveram competições entre as províncias e projetos escolares, envolveram várias instituições, estimularam os profissionais a enfatizar os temas junto aos pacientes. Avaliação foi realizada a cada 5 anos de 1972 a 1992, demonstrando que o Projeto foi bem sucedido. Neste período as taxas de mortalidade por Doenças Cardiovasculares em homens de 35 a 64 anos decresceram 57%. O projeto contribuiu para mudanças de políticas de saúde, agricultura e indústria, no intuito de estimular hábitos de vida e alimentação saudáveis. Em 1972 cerca de 90% das pessoas usavam manteiga no pão e em 1992 apenas 15% o faziam e

o consumo de frutas e vegetais por pessoa aumentou de 20 para 50 quilos. Desenvolvia-se abordagem preventiva em escolas.

Stanford Three Community Study: 1972 a 1975 a e Five City Multifator Risk Redution Projet de 1078 a 1996. No Three, produziram-se mudanças no conhecimento e na prevalência nos fatores de risco no ano de intervenção que se mantiveram. A redução estimada do risco foi de 24%. No Five City houve queda nos níveis de Hipertensão, Colesterol e Tabagismo. Declíneo de 16% no risco de DCV. Este projeto parece ter uma inserção precária com as pessoas ligadas ao projeto de Promoção da Saúde, conforme a entendemos em expressões;

Minnesota Hearth-Program: 1980 a 1993. Foi planejado para testar o efeito da educação comunitária em saúde para prevenção de fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Objetivo:** conscientizar a população quanto às doenças cardiovasculares, incentivar a participação de programas de saúde e estimular a adoção de comportamentos saudáveis, reduzir o tabagismo, o colesterol, a hipertensão arterial e a inatividade física. Foram realizadas intervenções comunitárias educacionais por exemplo em Dakota do Norte, Dakota do Sul e Minnesota. **As ações foram:**

- rastreamento de fatores de risco para DCV.
- oferta de informações nutricionais em restaurantes.
- campanhas educacionais anuais sobre prevenção de DCV, desenvolvido pela comunidade e sociedade civil organizadas;
- educação continuada para profissionais da saúde
- educação em veículos de comunicação de massa com TV, jornais e rádios.
- educação de adultos em locais de trabalho, igrejas e outras organizações,
- educação de jovens.

Foram realizadas avaliações do impacto e sustentabilidade das atividades, morbidade e mortalidade, fatores de risco e comportamentais associados e efeitos de programas educacionais específicos.

Resultados mostraram que 2,5% dos alunos de 6^a a 12^a série já usavam tabaco em contraposição ao grupo controle que encontrou percentual menor 8.2% fumantes. Entre a população adulta foi encontrado 14,6% de uso de tabaco no grupo intervenção e 24,1% no grupo controle. Sete anos após nas 3 comunidades: os homens mantiveram a tendência de redução do tabagismo, mas sem efeito adicional da intervenção no estudo transversal e coorte. Colesterol, IMC, PA mantiveram-se estáveis. Quanto à atividade física o programa contribuiu para reverter os percentuais de sedentarismo.

Pantucket Heart Health Program: Tinha como foco as modificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Objetivo:** diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular com estratégias que contassem com voluntários da comunidade, desenvolvimento de estrutura de organização comunitária capaz de sustentar programas de atenção à saúde. Houve envolvimento de toda a comunidade, grupos e organizações no esforço de educar a população sobre os fatores de risco, elaborar sistemas de suporte e estratégias para iniciar e manter hábitos saudáveis de vida. Fatores de risco monitorados: colesterol elevado, hipertensão arterial sistêmica, tabaco, sedentarismo e obesidade. Resultado: não houve mudanças significativas.

Cindi: realizado de 1978 a 1981 sendo uma iniciativa da OMS, para desenvolvimento de abordagem integrada na prevenção e controle da DCNTS.

Estratégias utilizadas pelos projeto:

- combinar a promoção da saúde e a prevenção de doenças desenvolvendo colaboração intersetorial e envolvimento da comunidade;

- destacar o papel dos profissionais da saúde;
- otimizar a utilização de recursos existentes.

Fases do projeto:

1ª-fase: desenvolvimento do conceito, protocolos e desenho de um sistema de avaliação entre 1981 e 1985.

2ª- fase: desenvolvimento de programas nacionais e a criação de uma rede de trabalho internacional entre 1982 e 1988.

3ª-fase: implementação de programas nacionais para demonstrações entre 1985 e 1992.

4ª-fase: revisão e desenvolvimento da estrutura política do Cindi para atingir as metas estratégicas de saúde na Europa entre 1990 e 1992.

Após 1990 expandiu-se para toda a Europa e o Canadá.

Objetivos do CINDI

1- Abordagem integrada de prevenção ou redução das DCNTs, estrutura organizacional adequada mais protocolo nacionais.

2- Educação populacional, estrutura de serviços e outras estratégias para prevenir e controlar a s DNT. Identificar grupos alvos e os canais de intervenção e protocolo para alcance dos objetivos.

3- Desenvolvimento de rede de informação para implementação e monitoração dos programas através da elaboração de indicadores de resultado e de processo em relação aos vários fatores de risco e a identificação dos tipos de DCNTs.

4- Avaliação dos programas: indicadores para avaliar o processo e a efetividade do programa e transmitir os resultados à população para reforçar a intervenção.

Indicadores utilizados: Faixa etária e sexo; mortalidade, consumo alimentar, dados de estudos populacionais utilizando para planejamento resultados sobre o processo, obtidos em área piloto. Estes últimos orientam-se em parte para avaliação da efetividade da Promoção da Saúde.

Indicadores para os estudos populacionais:

- Fatores biológicos: colesterol total, pressão arterial, peso corporal, altura.
- Fatores comportamentais: tabagismo, consumo de álcool, atividade física.
- Escolaridade: anos completos de estudo.

Indicadores recomendados

Dados de Morbidade:

- a- Presença de doenças cardiovasculares: doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral.
- b- câncer: sistema gastrintestinal, estômago, cólon e reto, pulmão e laringe, colo uterino, mama, próstata.
- c-Diabete mellitus: insulino-dependente e não insulino-dependente.
- d-Doenças respiratórias crônicas
- e:Acidentes: domésticos, trânsito, ocupacional.
- f- Outras informações de estudos populacionais: HDL colesterol, glicemia, gama glutamil transferase, metabólito de nicotina para validar tabagismo auto referenciado.

CARMEN:

Significado e Estratégias:

1-Redução de riscos: promover e sustentar a redução de riscos através de intervenções comunitárias.

-Promoção de saúde e prevenção de forma integrada, em que se aborda em conjunto os diversos fatores de risco, estimulando as comunidades a tornarem-se participantes ativas nas decisões sobre a sua saúde, além de desenvolver estratégias para elaboração de consenso entre os diferentes setores da saúde envolvidos (governo, setor privado);

-Efeito Demonstrativo: intervenção inicial em uma área demonstrativa para se avaliar a aceitabilidade da intervenção, segurança e efetividade;

-Promoção da equidade em saúde, através de elaboração de políticas, ações de base comunitária, serviços de saúde responsivos;

2-Desenvolvimento de uma rede de trabalho: a principal estratégia para conduzir esse componente é a cooperação técnica entre países e regiões, através do desenvolvimento de redes de trabalho regionais internacionais.

O Chile foi o primeiro país latino-americano a integrar a rede Carmen, em 1996, com 5 áreas demonstrativas: Valparaíso (1997), região Bio (2001), área sul Oriente da Região Metropolitana (2001), Área de Aconcagua (2002), Região de Mauler (2002). É um programa ministerial.

Encontramos em documento do Ministério da Saúde, uma versão preliminar do Projeto Carmem Brasil 2000, elaborado conforme protocolo da Organização Pan-americana de Saúde contendo ações nos três níveis de

prevenção e o Projeto de Promoção da Saúde. O plano de ação elaborado naquele momento dava ênfase à articulação de ações programáticas desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde e de ações/políticas que não se limitavam ao setor saúde. Aparece como área de demonstração do Projeto Carmem no país o Estado de Goiás, denominado Goiás na Promoção da Saúde, Projeto Carment (conjunto de ações para a Redução Multifatorial de Enfermidades não transmissíveis). Entre as estratégias gerais de intervenção propostas estão o "*monitoramento, avaliação e investigação*" e para colocá-la em prática sugerem a criação de instrumento de monitoramento e avaliação das ações. (Ministério da Saúde, 2000)

As propostas de análise destes programas e de suas respectivas avaliações, nos permitem concluir que já haviam projetos voltados para a Promoção da Saúde em DANT no mundo, desde 1972, que se iniciaram há 36 anos atrás. A perspectiva utilizada, entretanto, é a de países desenvolvidos e a falta de acesso aos textos completos não nos permitiu saber mais a respeito das metodologias de avaliação utilizadas. Mas o que vale chamar a atenção é a perspectiva de Promoção da Saúde dos responsáveis por estes projetos. Parece que a promoção da Saúde não se guia pelos cânones biomédicos, mas por princípios do empoderamento, da integralidade, da participação, da intersetorialidade e da combinação de estratégias múltiplas para promover saúde e, portanto, servem como referência para as análises, que vamos de fazer neste trabalho de pesquisa.

5.1.1.2. Panorama da Literatura sobre projetos avaliativos em DANT e seus fatores de risco relacionados à Promoção da Saúde.

Utilizando os seguintes conjuntos de palavras chaves: *doenças vasculares cerebrais (DVC), atividade motora, nutrição, violência, hipertensão, diabetes, acidentes, tabagismo e alcoolismo*. Estas foram cruzadas com outra palavra chave "promoção da Saúde (Health Promotion)" e uma terceira palavra chave "avaliação". Com todos estes dados foi realizada uma revisão dos artigos publicados entre 1986 e 2008, indexados nas bases de dados especializadas na área de saúde: Publi méd, Lilacs, SOCIALFILE e Webscience. Os estudos avaliativos identificados foram caracterizados em função de duas áreas temáticas relacionadas DANT - Câncer, Doença Vascular Cerebral (DVC) e os considerados fatores de risco das doenças e agravos não transmissíveis: atividade física, nutrição, violência, hipertensão, Diabetes, acidentes, tabagismo, alcoolismo.

Os artigos foram selecionados inicialmente pelo título e em seguida pelo resumo e alguns pelos artigos completos devendo sempre ser estudos avaliativos que focalizassem ações de Promoção da Saúde, de forma explícita ou implícita, relacionada às DANT e seus fatores de risco, e a avaliação deste programa ou de alguma fase ou aspecto do mesmo. Os resultados desta primeira fase estão nas tabelas 1 e 2

Tabela 1: Total de artigos encontrados versus Total de artigos selecionados por base de dados

Base de Dados	Total de artigos	Artigos selecionados pelo Título	Artigos selecionados pelo resumo ou texto geral	%Artigos selecionados pelo resumo ou texto geral
Webscience	194	55	23	11,8
Medline	179	45	16	8,9
Lilacs	42	20	20	47,6
Social file	8	1	0	0,0
Total	391	121	59	15,0

Tabela 2: Relação de Artigos aceitos por base de dados em relação às áreas temáticas

Base de Dados	Câncer	DVC	Atividade Física	Nutrição	Violência	Hipertensão	Diabetes	Acidentes	Tabagismo	Alcoolismo	Total de artigos
Webscience	-	-	10	3	-	2	4	-	6	-	23
Medline	-	4	5	1	3	0	0	3	0	0	16
Lilacs	-	-	1	7	1	6	1	1	3	-	20
Social file	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total		4	16	11	4	7	4	4	9	0	

Selecionados os artigos fizemos uma revisão para identificar a estratégia de Promoção da Saúde utilizada, se envolve ações intersetoriais e o tipo de estudo utilizado – estudo caso controle, múltiplos métodos, pesquisa ação.

No anexo 2 estão os artigos selecionados por autor, revista, tema e estratégias de Promoção da Saúde que o artigo focaliza na maior parte das vezes sem nominar a estratégia como deste campo de práticas. Muitas das avaliações envolvia outras instituições que não o setor saúde, portanto contemplavam o princípio da intersectorialidade e os modelos de avaliação utilizados variavam de estudos de pré e pós teste, estudos longitudinais e estudos caso controle randomizados. O uso de múltiplos métodos também esteve presente nos estudos identificados.

Entretanto, para esta proposta, em particular, *a elaboração de um instrumento de monitoramento e avaliação de práticas de Promoção da Saúde* encontramos um único artigo e depois na internet alguns materiais relacionados ao conteúdo deste artigo. A Revista Promotion and Education, volume 13, número 1, nos apresentou Molleman, et al (2006), autor do artigo “*Preffi 2.0 – a quality assesment tool*”, um instrumento validado, mas ainda em

aperfeiçoamento. Este instrumento, segundo os autores com os quais nós concordamos, ajuda os profissionais a entender os princípios orientadores de seus programas de promoção da Saúde e como os está utilizando. Não é exatamente o que buscávamos, pois estamos focalizando a Promoção da Saúde e as DANT, mas o material auxiliou a pensar como poderíamos construir o painel, de forma que ele servisse, como um instrumento de reflexão sobre a prática a partir do referencial de promoção da Saúde da Carta de Ottawa, e portanto um instrumento de educação permanente, de construção conjunta de conhecimento para os profissionais, integrados a essa linha de trabalho. Esses poderão constantemente fazer avaliações, quantificando e qualificando sua performance em ações de promoção da Saúde relacionadas às DANT.

Outras bibliografias indicadas neste artigo também ajudaram a encontrar o caminho como IUHDE (1999), McQueen & Anderson (2002). Artigos de autores especialistas em Avaliação em Promoção da Saúde como Nutbeam (1998) e materiais sobre painéis de indicadores criados para avaliar o SUS, Brasil (2006), para o Estado de São Paulo, e para a Cidade de São Paulo. Ainda os artigos do Anais do Seminário Nacional de Vigilância de doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde, serviram de inspiração para a Construção e teste do Painel de monitoramento e avaliação cujo desenvolvimento será objeto da quinta parte deste relatório.

A revisão bibliográfica sobre Avaliação da efetividade das ações de Promoção da Saúde em DANT e sobre avaliação em Promoção da Saúde em particular permitiram que definíssemos a perspectiva de avaliação deste projeto. Está é a que descrevemos como avaliação e monitoramento de caráter participativo, que gera empoderamento dos técnicos e da população envolvida e que, considerando os processos e os resultados, busca a melhoria da qualidade de vida. Compromete-se com o fortalecimento dos grupos sociais de

profissionais envolvidos na atenção básica à doenças e agravos não transmissíveis, estimula o co-aprendizado entre atores e conduz para a ação e para a mudança a partir do aprendizado que desencadeia e que é chave para o desenvolvimento de capacidades para os grupos e organizações locais. Procurou captar os diferentes contextos das regiões da cidade de São Paulo e que caracterizaram diferentes momentos das experiências, procurando a cada momento refletir as necessidades dos envolvidos.

5.1.2 Estabelecendo a linha de base:

Um questionário de inscrição para ser respondido pelos selecionados e indicados a participar do CAEPS, gestores ligados à Coordenadoria de Atenção Básica e profissionais que executam ações de Promoção da Saúde, foi apresentado estes na primeira reunião do projeto.

Os dados obtidos representam a posição dos gestores e dos profissionais responsáveis por ações em relação às ações de Promoção da Saúde em DANT, no início do processo. Os dados coletados naquele momento foram incorporados como avaliação inicial a esta investigação, como já dissemos para serem comparados com as perspectivas e conceitos construídos no decorrer da pesquisa ação.

Apresentaremos separadamente as respostas dos gestores e dos profissionais. Estas respostas dos gestores e profissionais escolhidos para participar do projeto CAEPS, revelou as perspectivas e conceitos que referenciavam as ações e atividades locais no início do projeto (início de 2006);

Após pactuações em diferentes instancias de SMS para o início do projeto CAEPS e as combinações com a coordenação deste projeto de como e quando ocorreriam as intersecções entre as ações de

ambos, foi realizada uma primeira reunião de todos os interessados no processo. Nesta reunião as pessoas que se dispuseram a participar receberam instruções e preencheram um formulário que objetivou revelar as expectativas, perspectivas, conhecimentos prévios, discriminar ações em desenvolvimento na SMS, relacionadas à promoção da Saúde em DANT.

5.1.2.1 Perspectiva dos gestores municipais, ligados à Coordenadoria de atenção básica sobre a participação no Projeto CAEPS.

Motivos para inserção das ações no projeto CAEPS

Em relação à escolha das ações de promoção da saúde e das equipes que as desenvolvem, para serem incluídas no Projeto CAEPS, pela Coordenadoria de Saúde, as respostas de três dos oito gestores, indicaram que ela se deu a partir de critérios epidemiológicos.

Em igual número e por participantes de uma mesma ação, o projeto que ser propunha a identificar as causas de óbitos por doenças cardiovasculares com a intenção de reorientar as ações de vigilância de óbitos, foi indicado pelas possibilidades que demonstrou em avaliar os fatores determinantes de óbitos.

Em dois casos os resultados de melhorias na saúde dos usuários foram destacados como as razões para a escolha da ação, sendo que em um deles o baixo custo da ação também recebeu destaque pelo respondente.

Em um caso justificou-se a adoção da ação em razão das condições de exclusão social e de público desassistido na área de atuação. Por fim, foi citada por um respondente a escolha como uma resposta à “chamada da própria região”.

Grosso modo, as respostas parecem informadas por razões técnicas e pontuais, que não estabelecem relações entre as ações escolhidas e as necessidades do público assistido pelo sistema de

saúde no qual estão inseridas.

Que profissionais desenvolvem as ações?

As respostas sobre quem desenvolve as ações que fazem parte deste estudo poucas vezes indicaram a participação de médicos. Auxiliares de enfermagem, assistentes de gestão, funcionários de hospitais, e outros profissionais de nível universitário, responsáveis por setores foram citados, assim como a equipe do Programa de Saúde da Família, de modo genérico, e um caso também de voluntária da comunidade.

Como a população sabe das ações e se insere nelas?

A maior parte das respostas indicou que os usuários e/ou participantes chegam à ação desenvolvida a partir de um encaminhamento médico ou por parte de algum profissional do serviço, como no caso de que a pessoa é encaminhada após realizar o teste de gravidez. Os demais casos se dividem igualmente entre convites e ação espontânea dos interessados, sendo que em dois casos foram indicados fluxos combinando as diferentes maneiras.

Ações desenvolvidas:

Na maior parte dos casos as respostas a respeito das dinâmicas utilizadas indicaram o conteúdo da própria ação desenvolvida, sendo um exemplo disso a descrição dada por um gestor: "*exercícios acompanhados de música para pontuar as contagens, cartazes dos exercícios para ajudar a memorização, explicação terapêutica de cada exercício pelo monitor da prática e acompanhamento*". As dinâmicas referidas apontaram para o exercício de uma expertise do profissional envolvido, tais como pesagem, medição, verificação de pressão, estudo de caso e outros. Em poucos casos foram referidas dinâmicas com um perfil mais participativo, como "*discussões participativas*", "*palestras, atividades e práticas dinâmicas*" e "*Dupla troca de informações, sobre si, depois um apresenta o outro que acabou de conhecer*".

Envolvimento com redes sociais, intersetorialidade:

As respostas com relação ao envolvimento com redes sociais e ações intersetoriais apresentaram certa insipiência. O pequeno grupo que respondeu a essa questão dividiu-se igualmente entre aqueles que estabeleciam relações com redes e os que não estabeleciam, mas esperavam fazê-lo. Mesmo entre os que estabeleciam algum tipo de relação intersetorial foram apresentadas algumas ressalvas: *"as unidades redes de apoio locais nas ações pontuais, mas enfrentando problemas dificuldades de articulação"* e *"... projeto com a Educação, não deu frutos"* são exemplos.

Os registros

Foi maior o grupo de respostas indicativas de que não havia registro sistemático da evolução do trabalho desenvolvido, ainda que em parte desses casos se tenha manifestado a intenção de vir a fazê-lo. Esse grupo é seguido por aqueles que apontaram o registro em prontuários dos pacientes e outros mapas de produção e um grupo menor remeteu o registro apenas ao prontuário do paciente. Um respondente considerou que o registro *"... é realizado principalmente pelas unidades de PSF; nas demais unidades ainda há a necessidade de um maior controle"*.

Papéis desenvolvidos pelos gestores em relação às ações:

Por tratar-se de gestores, o maior grupo de respondentes indicou simplesmente desenvolver papéis de coordenação, articulação e assessoria. Um grupo menor ampliou esse papel para uma ação de integração das ações em questão, às demais atividades dos serviços de saúde e às demandas locais, bem como para a busca de produzir maior impacto no território. Um grupo um pouco menor destacou o papel de aprender/ensinar sobre avaliação, sendo que em um dos casos foi citada a busca de evidências da efetividade da promoção da saúde. Como respondeu um gestor: *"aprender a registrar os dados dos benefícios das terapias naturais na promoção da saúde em doenças e agravos não transmissíveis, como forma de comprovação efetiva da promoção da saúde..."*.

Muitas das ações em questão estão em fase de implantação, mas chama a atenção a longevidade de algumas delas. Três são desenvolvidas há quatro anos, duas há cinco anos e, por fim, três, dois e um ano e meio.

5.1.2.2. Perspectiva dos profissionais, ligados à Coordenadoria de atenção básica sobre a participação no Projeto CAEPS.

Foram 61 os profissionais que responderam ao questionário, portanto um número maior e que permite uma análise a partir de percentuais. As perguntas foram as mesmas, portanto analisaremos os mesmos aspectos para ambos.

Motivos para inserção das ações no projeto CAEPS

Em pouco mais de 40% das respostas dos profissionais a escolha da ação era resultado de uma avaliação do perfil epidemiológico dos grupos atendidos ou dos grupos-alvo.

Cerca de 19% alegaram que a experiência acumulada e a situação consolidada das ações em questão, nas regiões em que atuavam motivaram a escolha. Justificaram a escolha 15% dos respondentes, em razão das melhorias nas condições de saúde da população provocadas pelas ações em questão.

Um percentual bem próximo a esse atribuiu a escolha à relevância da ação como instrumento técnico. São exemplos disto a ampliação da adesão aos tratamentos e descoberta da causalidade dos óbitos. Destacaram o baixo custo da ação como a razão para a escolha 7,5% dos respondentes, e apenas 3,7% remeteu a opção a uma oportunidade para ampliar o conhecimento e avaliação da política pública de saúde.

Que profissionais desenvolvem as ações?

A participação de médicos nas ações foi identificada por cerca de $\frac{1}{4}$ dos respondentes, o que difere significativamente da informação colhida junto ao grupo de gestores, e, em 17% das respostas foram identificadas a participação da comunidade e/ou

usuários e/ou outras organizações.

Como a população sabe das ações e se insere nelas?

35% dos respondentes informaram que os participantes chegam à ação mediante um encaminhamento médico ou de outro profissional da unidade ou serviço. Esse número é ainda maior quando consideramos que dos 26,5% que informaram diversas formas de contato do participantes com a ação, parte considerável inclui também os encaminhamentos médicos. 10,5% responderam que o participante chega à ação espontaneamente e 28% dos respondentes destacaram os convites dirigidos aos potenciais participantes, seja na própria unidade ou mediante o uso de diversas mídias.

Envolvimento com redes sociais, intersectorialidade:

São equivalentes os grupos que indicaram estabelecer ou não ações em rede ou intersectoriais.

Registros

Ampla maioria dos respondentes (71%) disse registrar sistematicamente a evolução do trabalho contra 29% que afirmaram não existir esse registro. A maioria dos que fazem o registro (55%) indicou que ele se dava no prontuário do usuário, o que sugere a consideração da evolução do trabalho do ponto de vista dos resultados que provoca em cada indivíduo. Os 45% restantes, que registram a evolução do trabalho o fazem utilizando outros instrumentos além dos prontuários, o que sugere, por sua vez, que consideram também a evolução da ação enquanto tal, mediante o uso de estatísticas de produção, relatórios etc.

Ações desenvolvidas:

Indicaram funções de execução 80% dos respondentes, tais como supervisão, coordenação ou co-coordenação e interlocução próprias aos processos operados nessas ações. Os demais se dividiram de modo semelhante entre os que identificaram como sua função o seu próprio aprendizado, sendo um exemplo: "capacitar-me

para desenvolver ações e promoção para melhoria e qualidade de vida”; os que teriam uma função de “advocacy”, como “estimular a implantação e o monitoramento das práticas corporais da MTC em 100% das unidades da supervisão...”; e, por fim, os que descreveram suas funções indicando a qualidade do tipo de ação junto aos usuários. Como exemplos desse último grupo encontramos a função de incentivar “...mudanças de hábitos na população participante desenvolvendo melhora da auto-estima e melhora da qualidade de vida dos indivíduos, através da atividade física” e a função de “conscientizar os pacientes participantes do grupo, sobre a importância da alimentação saudável, para melhora dos agravos causados pela doença”.

Descontando os 12% de casos referentes a ações recém iniciadas, as que ocorrem a três anos no máximo são em número semelhante às que ocorrem há pelo menos quatro anos, como pode-se observar na tabela abaixo.

Tabela 3: Quantidade e proporção de experiências segundo tempo de existência

< 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos	> 5 anos
07	09	08	08	08	08	07
12%	16%	15%	15%	15%	15%	12%

Apesar da simplicidade das respostas elas demonstraram que já havia inicialmente uma intencionalidade de trabalhar com os fatores de risco das DANT, com pessoas sadias ou doentes não havendo seleção outra senão desejar, ou ser encaminhada para tal. Muitas atividades se destinam segundo eles neste momento a conscientizar, mudar hábitos. Para participar da atividade, havia já um certo fluxo estabelecido, poucos registros das mesmas, significando pouca institucionalização.

5.1.3. Realização de seminários para a construção e validação do quadro referencial.

A formação da equipe que denominaremos “Seminário central”, pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública, CEPEDOC e Subgerência de Vigilância às DANT, seguindo a denominação de Thiollent (1986), passou por um estágio inicial de formação a qual denominamos de preparação da equipe de pesquisadores. Essa equipe após este contato inicial passou por um segundo estágio de formação, com gestores e profissionais inscritos no projeto CAEPS, coordenando ações de apresentação de conteúdos e exercícios para serem feitos por esses participantes para oportunizar a manifestação do ideário orientador de suas ações e ao mesmo tempo sugerir a aplicação de novos conceitos e estratégias às ações realizadas no nível local, relacionadas à Promoção da Saúde em DANT. Outras fases deste processo se seguiram e serão aqui relatadas e analisadas.

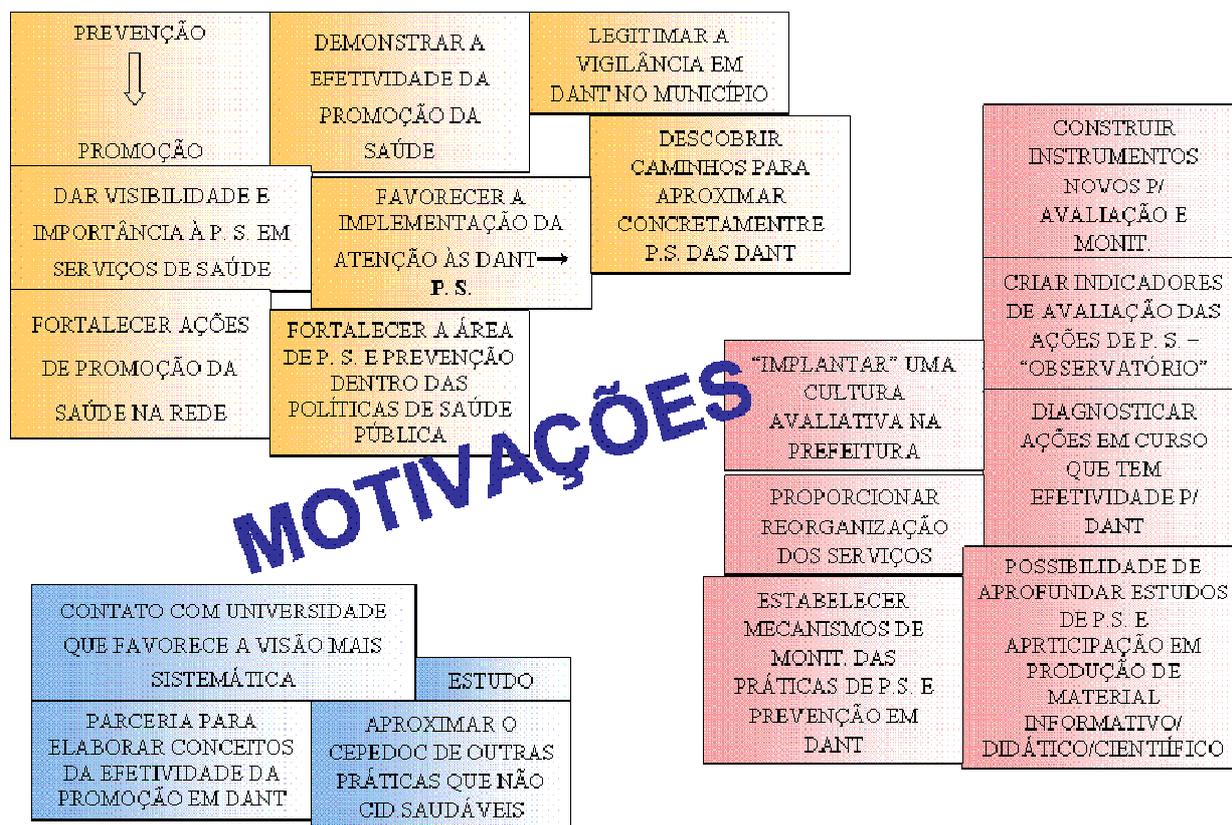
5.1.3.1. Preparação da equipe de pesquisadores

Deu-se início ao presente processo de investigação com a preparação dos pesquisadores – “Seminário Central”. Na primeira reunião desse grupo que desenvolveria todo o processo, realizou-se uma dinâmica na qual cada um dos participantes deveria indicar suas “motivações” e suas “inquietações” em relação à pesquisa e seus desdobramentos. Com essa dinâmica pode-se identificar quais poderiam ser as oportunidades criadas por esta investigação e, também, quais seriam as dificuldades a enfrentar, segundo as percepções dos participantes.

Como se pode constatar na figura 02, abaixo, os pesquisadores acreditavam que este processo investigativo poderia contribuir para a reflexão e discussão sobre a promoção da saúde e a área das DANT em relação ao sistema de saúde, para o desenvolvimento de

instrumentos e mecanismos voltados à implementação da atenção às DANT, nessa perspectiva, no município de São Paulo. Poderia contribuir, ainda, para a produção e sistematização de conhecimentos.

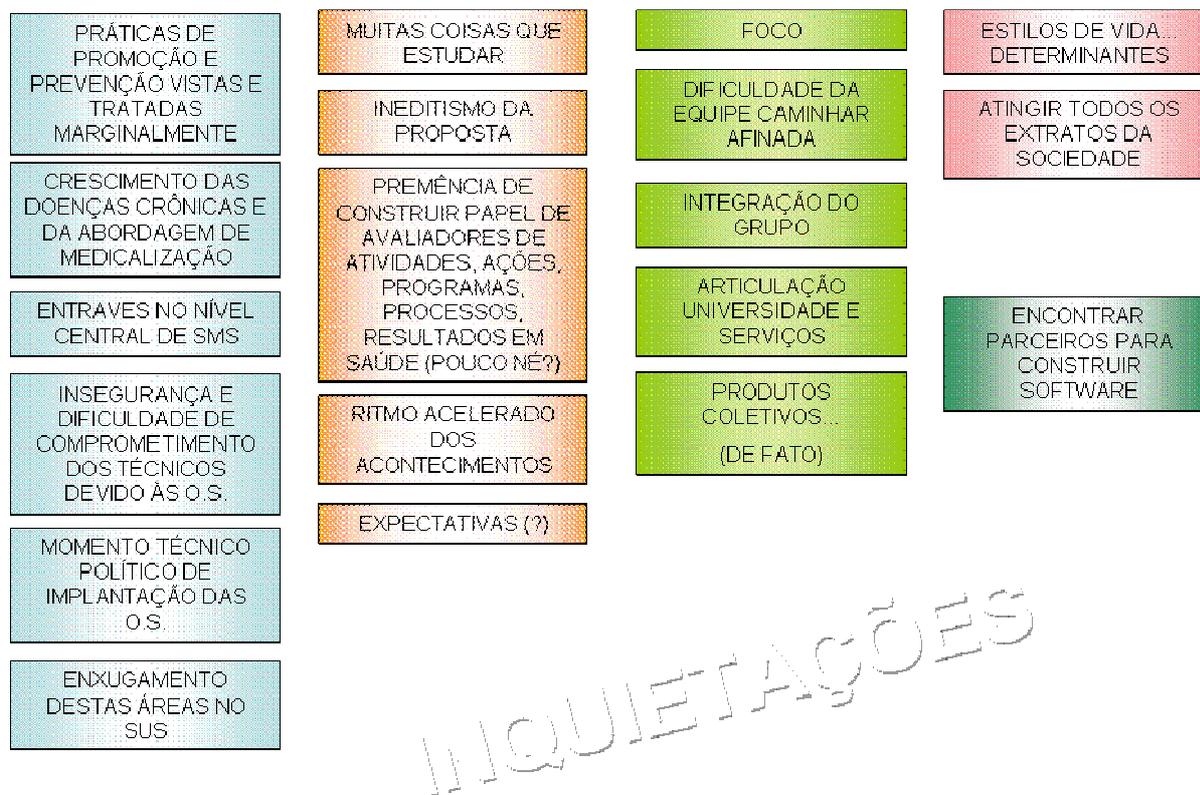
Figura 2: Motivações identificadas pelo *seminário central*



AVALPROMODANT 30/5/1/08

Já na figura 3, um conjunto de dificuldades aglutinou-se em torno do que entendiam ser o paradigma hegemônico de saúde de modo geral e a linha política da gestão municipal e a guinada em direção ao recurso "Organizações Sociais". Outro conjunto de dificuldades referia-se às condições de trabalho e de trabalhador do grupo participante da pesquisa. Havia, também, entre outras, uma preocupação com questões ligadas às dificuldades de se produzir integração e trabalho conjunto entre os profissionais envolvidos na pesquisa e destes com os outros parceiros - a FSP-USP e o CEPEDOC Cidades Saudáveis.

Figura 3: Inquietações identificadas pelo *seminário central*



AVALPROMODANT 30/01/06

Após essa dinâmica, o grupo recebeu para leitura três textos referenciais: Westphal (2007), Restrepo (2005) e MS (2001) e, em sucessivas reuniões, discutiu as “cartas” da promoção da saúde, elaborou e desconstruiu conceitos de promoção da saúde e testou o uso do instrumento “matrizes de ação da promoção da saúde”. O grupo então decidiu reproduzir o processo desenvolvido por eles nessas reuniões para o grupo de profissionais da rede municipal de saúde, que estavam envolvidos na elaboração dos projetos de avaliação de ações de promoção de saúde (CAEPS).

5.1.3.2. Programa de capacitação para os profissionais da rede municipal de saúde envolvidos no CAEPS

Foi desenvolvido um programa de capacitação dirigido aos técnicos que atuam em ações de promoção de saúde em DANT e que

se envolveram no CAEPS. Esse programa era composto por temas voltados para a Promoção de Saúde e para epidemiologia e contextualização das DANT no município de São Paulo e Brasil. (programa na íntegra em anexo 1)

Foi dirigido a 181 profissionais envolvidos no CAEPS, sendo que o grupo de pesquisadores desta investigação participou dessa capacitação em três momentos distintos. Momento inicial mais consistente e intenso, um momento complementar ainda focalizando promoção da Saúde agora em uma tentativa de aproximar e distinguir de prevenção e um terceiro sobre técnicas de avaliação.

Momento 1

Esta proposta de formação geral foi feita intensivamente em 20 horas, divididas em dois períodos - manhã e tarde -. Foram tratados temas como o conceito de promoção da Saúde, os documentos oficiais sobre a mesma, como as Cartas e Declarações produzidas nas Conferencias Internacionais de Promoção da Saúde, além da discussão sobre o processo de avaliação.

Foi discutido o perfil de morbimortalidade da população, considerando as transições epidemiológica e demográfica e o aumento dos casos de DANT na população. Essa nova configuração traz, para o setor saúde, novos desafios, notadamente nas Américas, onde se verifica um aumento no crescimento e urbanização do continente, além do envelhecimento populacional, acompanhado de uma distribuição inequívoca de bens e riquezas.

Abordou-se o fato de haver, ainda, uma alta vulnerabilidade social, acompanhada de baixa governabilidade e esgotamento das estruturas políticas e administrativas e o paradoxal convívio entre um crescimento da infra estrutura coexistindo com a exclusão social.

Nesse cenário, os determinantes sociais do processo saúde doença e os fatores de risco relacionados a hábitos e estilos de vida

são importantes no perfil de mortalidade da população, assim como o papel do SUS e da promoção da saúde nesse processo de melhoria das condições de vida e saúde da população. Ressaltou-se a importância de uma aproximação conceitual entre as práticas até hoje realizadas e o modelo teórico de Promoção da Saúde.

A partir dessa introdução teórica foi realizada uma dinâmica de grupo para discussão das Cartas e Declarações produzidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, a partir de um roteiro de discussão que priorizou aspectos como os princípios, diretrizes e estratégias de ações ali contidas de forma a realizar a aproximação conceitual que era o objetivo desta fase do processo.

Depois desse momento de reflexão sobre o modelo teórico, houve uma aula sobre modelos de avaliação que teve como objetivo localizar o processo de avaliação num "*continuum*" histórico, bem como a utilização do mesmo nos vários modelos de atenção à saúde ao longo do tempo e a mudança na ênfase dada à utilização do mesmo. Foram discutidas, ainda, as características da avaliação em promoção de saúde assim como as avaliações realizadas com base nesse marco conceitual.

A partir disso, em uma dinâmica de grupo, os participantes definiram conceitos, realizaram sua desconstrução e elaboraram uma matriz de ação em promoção da saúde relacionada aos temas dos pré-projetos de avaliação das práticas de promoção da saúde em DANT. O quadro 3 apresenta o instrumento utilizado para a desconstrução dos conceitos de promoção da saúde elaborados pelos participantes. Cada um deles foi desconstruído no sentido de identificar se os elementos que o compunham estavam voltados para atividades/programas/políticas; para processos; objetivos intermediários/instrumentais; ou, para metas/resultados finais, como segue:

Quadro 3: Conceitos e desconstrução dos conceitos de promoção da saúde

Fonte de dados	Atividades/ programas/ políticas	Processos	Objetivo intermediários instrumentais	Metas/ resultados finais.
1. Butantã/Santana Turma A	O que entendemos por Promoção da Saúde é um conjunto de ações e estratégias políticas e sociais cuja finalidade é promover bem-estar e melhora da qualidade de vida através das participações de diversos atores sociais			
Conceito desconstruído	Ações e estratégias políticas	Participação de diversos atores sociais		Promover o bem estar e melhora da qualidade de vida
2. Grupo Crônicas Leste e Penha A	É o conjunto de ações que visam a melhoria da saúde a partir de políticas sociais, econômicas, culturais e do meio ambiente.			
Conceito desconstruído	Políticas sociais, econômicas, culturais e meio ambiente			Melhoria da saúde
3. Grupo 1 Tarde	Interferir fatores; minimizar determinantes; evitar saúde/doença; com ações - habilitar capacitar; qualidade de vida			
Conceito de construído	Habilitar e capacitar		Minimizar determinantes Evitar saúde/doença	Qualidade de vida
4. Grupo 2 Tarde	Conjunto de políticas públicas que garantam ações, visando melhoria da qualidade de vida e seus aspectos sócio-econômicos, políticos, culturais, garantindo alimentação, habitação, emprego, educação, lazer, atividade física, com participação popular que propiciem ao indivíduo sentir-se integralmente satisfeito, inclusive em suas relações pessoais e sociais.			
Conceito desconstruído	Políticas públicas que garantam alimentação, habitação, emprego, educação, lazer, atividade física	Participação popular	Satisfação integral dos indivíduos inclusive nas suas relações pessoais e sociais	Melhoria da qualidade de vida nos seus aspectos econômicos, políticos e culturais
5. Grupo 3 Tarde	Conjunto de ações integradas (educação, agricultura, economia, esporte, comunicação, meio ambiente...) que viabilizam a capacitação de um indivíduo/comunidade sendo a sua saúde o sujeito de suas próprias ações			
Conceito desconstruído	Ações integradas: educação, agricultura, economia, esporte, comunicação e meio ambiente	Capacitação de um indivíduo/comunidade	para ser sujeito de suas próprias ações	Saúde como autonomia, emancipação
6. Grupo 4 Tarde	Promover condições para o atendimento das necessidades e sonhos individuais e coletivos entendendo como condições a educação, social, econômico, meio ambiente e políticas públicas.			
Conceito desconstruído	Educação, desenvolvimento social, econômico, políticas públicas e o meio ambiente		Promover condições	Atendimento de necessidades e sonhos individuais e coletivos
7. Grupo 5 Tarde	Promoção de ações multisetoriais que possibilitem o desenvolvimento de uma relação de equilíbrio entre o universo interno e externo do indivíduo, na coletividade e nas relações que as permeiam			
Conceito desconstruído	Ações multisetoriais			Desenvolvimento de uma relação de equilíbrio interno e externo do indivíduo, da coletividade e nas relações que as permeiam
8. Grupo Sul	Conceito abstrato. Depende do momento político, social e econômico. A globalização			

Turma A	leva ao individualismo e não ao coletivo, dificultando o acesso aos direitos. Como efetivar a Promoção: reflexão com a população sobre os determinantes da sua condição de saúde e vida (profissionais, instituição e momento político).			
Conceito desconstruído		Profissionais e instituições refletindo com a população sobre os determinantes da sua condição de saúde e vida	Acesso aos direitos	
9. Multi SÉ e LAPA/PI	É a melhora das condições nutricionais, ambientais, de trabalho, de acesso a bens e serviços, incluindo lazer. Todos os setores da sociedade devem ser envolvidos e ter responsabilidade a fim de promover o desenvolvimento sustentável.			
Conceito desconstruído	Melhora nas condições nutricionais, ambientais, de trabalho, de acesso aos bens e serviços, incluindo lazer	Todos os setores da sociedade devem ser envolvidos		Promover o desenvolvimento sustentável
10. Tabagismo e Alimentação Saudável - A	São ações desencadeadas a partir de uma discussão ampla com os mais diversos segmentos da comunidade a partir do perfil epidemiológico previamente traçado para a redução da morbi-mortalidade e melhoria da qualidade de vida deste grupo.			
Conceito desconstruído	Perfil epidemiológico previamente traçado	Discussão ampla com os mais diversos segmentos da sociedade	Reduzir a morbi-mortalidade	Melhorar a qualidade de vida
11. Violência Vila Prudente, Sapopemba e Pirituba	Definir ações que visem solucionar e minimizar os determinantes políticos, sociais e econômicos que interferem na saúde das comunidades. É uma política, é uma forma de enfrentar processos de saúde-doença - incrementar atividades de promoção e proteção. Diante do novo contexto político e social - acesso a diagnóstico, medicação. Capacitar, qualificar os indivíduos e comunidades para atingir melhor qualidade de vida e saúde.			
Conceito desconstruído	É uma política e uma forma de enfrentar o processo saúde doença. Definir ações que interferem na saúde das comunidades	Capacitar, qualificar indivíduos e comunidades. Incrementar atividades de promoção e proteção	Acessibilidade a diagnóstico e medicação. Solucionar e amenizar os determinantes políticos, sociais e econômicos	Atingir melhor qualidade de vida e saúde

Em todos os 11 conceitos produzidos nessa atividade, estiveram presentes considerações a respeito da ação sobre os determinantes sociais da saúde. Em cinco deles ações e estratégias políticas foram mencionadas o que pode expressar uma motivação para o desenvolvimento de ações de mobilização e/ou advocacia.

Todos mencionaram ações integradas e intersetoriais, sendo que em 4 deles encontraram-se questões de meio ambiente o que poderia aproximá-los da perspectiva de construção de espaços saudáveis.

Sete grupos mencionaram que a promoção da saúde se dá através de processos participativos; processos de capacitação /educação/reflexão como instrumentos de promoção da saúde foram apontados por seis grupos. Reorientação dos serviços foram explicitados duas vezes.

Para cerca de metade dos grupos participantes, os resultados da promoção da saúde corresponderiam a melhoria da qualidade de vida (5 grupos) e melhoria da saúde e o resultado indicado por quatro vezes.

O instrumento "matriz de ação de promoção da saúde" permitiu descrever os componentes da ação em relação às estratégias adotadas - tomando por referência aquelas definidas na "Carta de Ottawa"- e em relação aos eixos em que são empreendidas - a saber: educação, comunicação social, mobilização comunitária e ação política. Em razão do tempo disponibilizado para essa atividade no processo de capacitação, o grupo foi convidado a descrever a ação apenas em relação às estratégias adotadas.

Observando os resultados dessa atividade (anexo 3) pode-se identificar que os participantes acreditavam "desenvolver habilidades" por meio de: grupos educativos, práticas corporais, visitas domiciliares, capacitação, sensibilização e fortalecimento de vínculos, no que parecia dizer respeito aos usuários ou população envolvida pelas ações; e, avaliação, supervisão e ações planejadas e integradas, no que parecia referir-se às habilidades dos próprios profissionais envolvidos.

Com relação ao "fortalecimento da ação comunitária", que foi adaptada para "fomento da participação", foram descritas, por um lado, relações com conselhos, associações de moradores, ONG's e redes sociais e, por outro lado, as garantias de acesso à informação, à participação e aos espaços. Também a capacitação de voluntários e a realização de campanhas foram consideradas.

Os participantes supunham que suas ações contribuíam para o estabelecimento de “entornos saudáveis” à medida que orientavam sobre temas que extrapolavam o âmbito do indivíduo, buscando uma conscientização ambiental através da viabilização, extensão e apropriação de espaços públicos para além daqueles dados pelas unidades de saúde.

Com relação ao estabelecimento de “políticas públicas saudáveis” foram citados programas existentes como o da “medicação em casa” e o “hiperdia” e outras atividades desenvolvidas como “Agita SP” e “Saúde nos Parques”, ainda que se tenha referido ações que já não ocorriam no momento da coleta de dados, como o “Orçamento Participativo” e o “Sábado Saudável”. Foram ainda citados os acordos intersetoriais, as políticas de Recursos Humanos e formação, além da ação de “advocacy”.

Para a estratégia de “reorientação dos serviços de saúde” a contribuição das ações desenvolvidas se daria pela intersectorialidade, elaboração de protocolos, crítica à perspectiva “curativa”, atividade coletiva e participativa, implantação da promoção da saúde, evidência da eficácia das práticas corporais e, inclusive, criação das AMA’s, que foi criticada em diversas situações durante o processo de capacitação.

Esse resultado sumariamente descrito não pode, de fato, ser utilizado para caracterizar as ações empreendidas, pois não apenas a atividade foi desenvolvida por grupos e, portanto, retratava conjuntos de ações, mas, principalmente, tinha o objetivo de aproximar os participantes do referencial teórico recém-discutido, familiarizando-os com ele.

Momento 2

O segundo bloco do processo de capacitação, que contou com o grupo de pesquisadores desta investigação, ocorreu em três encontros no período da manhã e tarde, totalizando 24 horas/aulas,

durante o mês de agosto de 2006. O tema abordado, então, foi a distinção entre prevenção e promoção, a partir de uma discussão do conceito de prevenção no modelo de Leavell & Clark até o modelo de promoção da saúde preconizado pela OMS no início da década de 1990, ampliando a visão de saúde como resultado de um contexto histórico e formas de organização da sociedade., que põe maior ênfase nos aspectos sanitário e sócio ambiental.

Foi ressaltado que o modelo hegemônico na saúde e sua influência sobre a estruturação do SUS no Brasil, acabou por concentrá-lo muito mais no atendimento médico individual (atenção à doença) do que nas ações voltadas a promoção da saúde e qualidade de vida.

Retomou-se o conceito de saúde ampliado que foi tema da Carta de Ottawa e documentos subseqüentes, no qual o mesmo se baseia, isto é, o entendimento de que saúde é muito mais do que a simples ausência de doença: saúde é um instrumento para a vida cotidiana.

Os princípios da promoção da saúde foram apresentados e discutidos: participação com empoderamento e aumento do capital social, colaboração intersetorial e sustentabilidade; e o mesmo ocorreu em relação aos valores centrais: equidade, diversidade e solidariedade.

Para promover empoderamento e reforçar a ação comunitária, foram discutidas as estratégias possíveis: transmissão de informação e empoderamento para as transformações sociais, não como mecanismos de dominação ou reprodução social, mas sim como um espaço em que as pessoas, grupos e comunidades podem capacitar-se para agir coletivamente e participar das decisões relacionadas à sua vida.

Apresentou-se, ainda, o relato de uma experiência realizada pelo CEPEDOC na região de Capela do Socorro, no município de São Paulo, mostrando as características que uma experiência de avaliação de promoção da saúde pode ter.

No relato da experiência de avaliação denominada “Capela em Ação e a gestão integrada e participativa de políticas públicas” (Anexo 4) discutiu-se o uso do “modelo lógico” como instrumento de avaliação. Esse modelo corresponde a uma representação gráfica de um programa que descreve seus componentes essenciais e resultados esperados expressando a relação lógica entre os componentes e seus resultados. Destacou-se, entre outros, o entendimento de que o modelo lógico contribui para a clarificação dos objetivos do programa e para a ação conjunta de avaliadores e a equipe do programa favorecendo a construção de consensos.

Momento 3

O terceiro momento em que os pesquisadores desta investigação atuaram nesse processo, corresponde a uma oficina de capacitação sobre o tema “Grupo focal como técnica para completar informações, conhecer atitudes, percepções e comportamentos relativos às ações de Promoção da Saúde em DANT. Essa atividade foi feita para atender, em parte, ao objetivo do projeto que se refere a formação de profissionais que poderão se constituir em núcleos regionais de monitoramento e avaliação. Essa técnica foi trabalhada com o grupo atendendo a demanda de alguns grupos de pesquisadores do CAEPS que indicaram a previsão de uso dessa técnica em seus projetos de avaliação.

Os objetivos dessa oficina de capacitação foram:

- Facilitar aos grupos do CAEPS a possibilidade de vivenciar a técnica de Grupo Focal;
- Propiciar a construção conjunta de conhecimento sobre a técnica de Grupo Focal.

Para tanto, foram programadas 4 OFICINAS sobre a Técnica do Grupo Focal, nos dias 27/03 e 03/04/07, das 8:30 às 12:30, e 28/03 e 04/04, das 13:30 às 17:30 h., que contaram com aproximadamente 30 participantes, dos quais 15 foram convidados a constituir o grupo entrevistado, enquanto os demais atuaram como observadores.

Tendo em vista alcançar os objetivos propostos, escolheu-se como tema central da discussão o próprio GRUPO FOCAL.

As oficinas foram realizadas em etapas, a saber:

- 1 – Procedimentos iniciais – 30 minutos;
- 2 – Realização do Grupo Focal propriamente dito – 1 hora e 30 minutos;
- 3 – Construção conjunta de conceito e procedimentos de Grupo Focal compatibilizando as opiniões e percepções do grupo de discussão e material preparado pelo coordenador – 1 hora; e,
- 4 – Avaliação da OFICINA – 30 minutos.

Nascida da tradição da Psicologia Social, a entrevista em grupo tem como objetivo descrever experiências, identificar sentimentos, percepções, valores e preferências. Os grupos são formados com participantes que têm características em comum e são incentivados pelo moderador a conversarem entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas idéias, sentimentos, valores, dificuldades, etc.

Salientou-se também a necessidade de planejamento adequado a um referencial teórico, a resolução do problema, construção do roteiro, escolha intencional da amostra e logística adequada a realização da técnica. Os aspectos éticos não deixaram de ser discutidos, ressaltando-se a importância da compreensão das finalidades do grupo assim como da leitura dos termos de consentimento.

Foi discutido, ainda, que o papel do moderador é promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros.

As fases do trabalho não foram seqüentes, mas entremearam-se ao longo dos dois anos. A preocupação maior do projeto que era a construção do instrumento de acompanhamento e avaliação de práticas tomou a maior parte do tempo do grupo de pesquisadores especialmente o dos ligados à Faculdade de Saúde Pública e o CEPEDOC.

5.2. Construção do instrumento de acompanhamento de práticas.

Várias ações foram feitas pelo grupo para a construção do instrumento de acompanhamento de práticas. Algumas já foram especificadas como a revisão bibliográfica e a pactuação de um referencial teórico. Agora descreveremos ações relacionadas à construção do projetos e sua contribuição para a construção do instrumento, a elaboração do primeiro esboço e sua discussão e apresentação em eventos científicos e finalmente as dinâmicas e resultados dos pré-testes. Vamos descrever cada uma das fases vivenciadas.

5.2.1 Identificação e análise de projetos, ações e pesquisas avaliativas sobre doenças e agravos não transmissíveis em andamento nas diferentes regiões da cidade de São Paulo à luz do referencial construído e pactuado na fase I

Como já indicado, o grupo de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que participou do processo de capacitação estava envolvido pelo processo CAEPS, que previa a

elaboração e desenvolvimento de projetos de avaliação de ações de promoção da saúde desenvolvidas nos níveis local e regional. Entre os grupos de profissionais que se candidataram a participar do CAEPS, 20 chegaram a apresentar projetos de pesquisa e avaliação ao Comitê de Ética em Pesquisa da referida Secretaria. Antes disto, porém, para chegarem ao formato final, foram analisados pelos profissionais que coordenam o CAEPS e que compõem o grupo de pesquisadores da presente investigação. Antes de serem submetidos ao comitê de ética, realizou-se uma série de encontros para discussão desses projetos, da qual participaram a coordenadora desta pesquisa e outros professores por ela convidados. Formaram-se, assim, pré-bancas nas quais os projetos eram discutidos à luz do referencial teórico desenvolvido durante o processo de capacitação.

Cabe salientar que a apresentação do projeto de pesquisa e avaliação corresponde ao fechamento de uma fase do CAEPS que, ao longo de quase dois anos, realizou uma série de ações de capacitação e suporte aos grupos que pretendiam desenvolver esses projetos, disponibilizando, inclusive, "tutores" - profissionais qualificados em pesquisa - para auxiliar amiúde cada um desses grupos na realização da tarefa.

Nos quadros 4 a 23 apresentamos a análise dos projetos à luz do referencial teórico da promoção da saúde.

Problemas de ordem administrativa impediram que o grupo de profissionais participantes da coordenação do CAEPS e da presente investigação envolvesse também todos os tutores nas atividades de pactuação e construção do quadro referencial para a promoção da saúde acima descritas. Esse é um dado que deve ser considerado para melhor compreender os resultados a que a análise a seguir chegou. Pode ter ocorrido uma dissociação entre os conteúdos desenvolvidos pelos participantes no processo de capacitação e as orientações que receberam para a elaboração propriamente dita dos projetos de pesquisa.

Isso explicaria, em parte, as considerações presentes na análise quanto à presença de uma incongruência entre um referencial teórico que se considera adequado e as questões de pesquisa que conseguiram produzir. Como exemplo disso temos no projeto nº.20 que: *"apesar de citar várias referências relativas à promoção da saúde, o grupo desenvolve todo o projeto a partir dos benefícios irrefutáveis das práticas, e mesmo descrevendo benefícios individuais, os toma por coletivo"*.

Da mesma forma podemos considerar a imprecisão ou confusão relativa aos termos promoção e prevenção, que foi tratada durante o processo de capacitação e que, apesar disso, pode ser encontrada na versão final do projeto de pesquisa nº.1, como indicado na análise: *"embora o primeiro objetivo do projeto seja uma ação de empoderamento, a seqüência do projeto não é coerente com isso. O método (...) tem uma ênfase preventivista e individualizante"*.

Em alguns casos não se pode atribuir a dissociação entre o referencial teórico e o projeto a essa provável falta de sintonia entre o processo de capacitação e o suporte para a elaboração dos projetos, mas sim à própria natureza da ação desenvolvida pelo grupo na região. Esse parece ser o caso do projeto nº. 6 do qual a análise indica que *"com exceção do parágrafo (...), não houve referências sobre Promoção de Saúde"*.

Em outra parte dos casos a análise está circunstanciada pelo debate atual em torno da promoção da saúde focada no indivíduo ou no coletivo, ou em uma vertente mais comportamentalista ou mais sócio-ambiental, para o que contribui a característica da própria Política Nacional de Promoção da Saúde, como se pode observar nos projetos números: 11, 17, 18 e 20.

O maior grupo de projetos é composto por avaliações de eficácia ou efetividade (números: 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12 e 16), que somado a outro grupo de projetos constituído a partir de seus objetivos de afirmar tal ou qual prática como sendo promotora de

saúde (Projetos números: 2, 13 e 14), representariam as iniciativas mais voltadas para a ampliação do campo da promoção da saúde no âmbito do sistema de saúde, seja através da produção de evidências ou da ação de "advocacy".

Por fim, os projetos números 8, 15 e 19 apresentam um caráter mais exploratório acerca de percepções de técnicos e usuários.

Quadro 4: Análise síntese do projeto número 1

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 1 CENTRO-OESTE Efetividade das Ações de Promoção da Saúde Lapa-Pinheiros	Sobre o Tratamento da diabetes e hipertensão:"o tratamento... Implica, principalmente na mudança do estilo de vida...Isto posto, a abordagem...deve ser feita por equipes multiprofissionais visando a prevenção....e a consequente promoção da saúde.	Instrumentalizar o usuário para que se torne agente do seu processo de saúde/doença.Organizar o atendimento...com ações sistemáticas individuais e coletivas que utilizem recursos...com expectativa...reduzindo efeitos da doença nos usuários e suas famílias. Avaliar ações por meio de parâmetros comportamentais e médicos;redução dos níveis pressóricos	Treinamento da equipe, inscrição de pacientes, grupos educativos	Avaliar efetividade das ações de caráter coletivo. Planejar ações coletivas voltadas ao controle da HAS e DM;sistematização das experiências de promoção e prevenção de doenças de forma a reduzir suas consequências nos usuários, famílias e sistemas de saúde
Análise geral	Neste trecho nota-se clara associação entre promoção e a concepção da equipe multiprofissional como agente da prevenção.	Embora o primeiro objetivo do projeto seja uma ação de empoderamento a sequência do projeto não é coerente com isso	O método no entanto, tem uma ênfase preventivista e individualizante	As metas e resultados a serem alcançados estão mais relacionados a um referencial preventivista/individual

Quadro 5: Análise síntese do projeto número 2

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 2 CENTRO-OESTE VILA DALVA	O projeto apresenta claramente aspectos conceituais da promoção da saúde, pautados em referências pesquisadas e expostas claramente	Geral: Avaliar a visita domiciliar do ACS - agente comunitário de saúde como estratégia para a promoção de saúde da pessoa hipertensa. Específicos: identificar repercussões e potencialidades da visita domiciliária; identificar percepções dos ACS, enquanto promotores de saúde; reorientação do serviço à partir da análise dos relatos das pessoas hipertensas e ACSs	Pesquisa qualitativa, utilizando estratégia de análise de conteúdo de 4 grupos focais com usuários hipertensos (com idade acima de 50 anos) e ACSs do território.	reorientação dos serviços
Análise geral	O projeto enfoca a questão de determinantes sociais na promoção de saúde, especialmente na introdução e justificativa. Ao analisar o objeto da pesquisa (HAS e DM) ainda assim o foco acaba ficando na incorporação de novos hábitos e autonomia "dos indivíduos no cuidado com a saúde".	os objetivos propostos encontram-se coerentes com o referencial teórico.	Condizente com os objetivos. A proposta metodológica poderá identificar e trazer reflexão sobre aspectos da promoção da saúde que poderão contribuir para a reorientação dos serviços.	Embora ainda não tenhamos os resultados concretos, estes poderão trazer discussões e reflexões que poderão reorientar os serviços, dependendo muito da utilização destes pelos gestores de saúde e política pública.

Quadro 6: Análise síntese do projeto número 3

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 3 CENTRO-OESTE Adesão à dieta Sé	Introdução apresenta embasamento teórico referente à conceitos de promoção da saúde, discursando amplamente sobre o assunto.	Geral: Identificar os determinantes da adesão/não adesão à dieta. Específicos Verificar por seguimento de medidas específicas o controle do diabetes. Analisar por meio de entrevistas as representações sociais dos pacientes em relação à dieta. identificar elementos facilitadores e inibidores da adesão.	Pesquisa qualitativa: pesquisa, com utilização de entrevistas abertas, fichas cadastrais, visitas domiciliárias. Análise de conteúdo.	Reorganização dos serviços a partir da elaboração de um roteiro que auxilie os profissionais de saúde nas práticas de promoção e educação à saúde no tocante à dieta.
Análise geral	Coerência evidenciada no projeto desde seu embasamento teórico, objetivos, aspectos metodológicos, bem como nos resultados esperados.			
Compreensão da relação entre Promoção da Saúde e DANT	Extremamente evidenciada			

Quadro 7: Análise síntese do projeto número 4

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 4 Coordenadoria Centro-Oeste Práticas	.Podemos dizer "ao analisar o discurso vigente no campo da promoção da saúde constat-se que partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe uma articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (Buss,2003)"	Geral: Avaliar perfil dos usuários de práticas corporais e meditativas (complementares e integrativas) da Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste e sua relação com a promoção da saúde e qualidade de vida. Específicos: Avaliar perfil dos usuários, relação entre as práticas e promoção da saúde, repercussão destas práticas na qualidade de vida e documentar os dados em publicações.	Pesquisa quali-quanti. Análise qualitativa entrevistas com questões semi-estruturadas- Análise de conteúdo;Quantitativa- análise de dados sócio-demográficos e de saúde; aplicação do WHOQOL e Mini-Mental. Uso de programas Epi-Info e SPSS.	Investigar a contribuição destas práticas complementares e alternativas para a promoção da saúde da população atendida
Análise geral	A promoção de saúde é referenciada no projeto, no entanto, o grupo não tece, seja na introdução ou na justificativa as relações da promoção e o sistema de saúde vigente.		Projeto de metodologia extensa, que abordará vários aspectos referentes às práticas e sua relação tanto com a promoção da saúde como com outros aspectos de prevenção de riscos.	

Quadro 8: Análise síntese do projeto número 5

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 5 SUL Práticas	Através de referenciais teóricos e reflexão o grupo propõe que as práticas de medicinas tradicionais chinesas, através de sua visão holística, busca a integralidade rompe a visão cartesiana e se aproxima do conceito de promoção de saúde	Geral: Analisar a história de implantação das práticas de tai chi pailin, liang gong, lien ch'i no município e região sul de S.Paulo. Avaliar a efetividade destas práticas para a promoção da qualidade de vida na perspectiva da integralidade do cuidado dos sujeitos participantes. Específicos: reconstrução da história, identificação de estratégias de empoderamento dos profissionais, diagnósticos situacionais de 3 unidades, traçar perfil dos participantes, identificar sentidos das práticas para envolvidos, avaliar efetividade das práticas em relação a todas as estratégias de promoção.	Pesquisa qualitativa: investigação avaliativa por triangulação de métodos.Análise documental, entrevistas semi-estruturadas e grupo focal.	Construir indicadores qualitativos de avaliação das práticas tradicionais chinesas
Análise geral	Proposta muito ampla e inovadora, voltada para práticas orientais. Os conceitos de promoção de saúde também são amplos e inovadores em nossa realidade, será um desafio aproximar estas realidades.	Amplios e diversificados	Busca ir ao encontro dos objetivos e diversidade do estudo	

Quadro 9: Análise síntese do projeto número 6

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
Projeto 6 SUL Óbitos	<i>"a pesquisa dos múltiplos fatores associadas às mortes precoces e às atitudes e comportamentos das famílias enlutadas, assim como a representação social, destes óbitos para os familiares poderão contribuir na proposição de estratégias e de medidas de prevenção ..., visando a transformação das práticas assistenciais, tanto no âmbito da assistência, como no da prevenção e promoção"</i>	Geral: Conhecer os fatores que contribuem para as mortes precoces por diabetes e doença hipertensiva na região sul do município. Específicos: Caracterizar as condições sócio econômicas da família e antecedentes mórbidos; pesquisar os conhecimentos sobre a doença, as práticas e cuidados com a saúde; identificar a inserção, as condições de acesso e atuação dos serviços de saúde da área de abrangência do caso.	Pesquisa qualitativa, utilização do método discurso do sujeito coletivo	Reorientação dos serviços
	Com exceção do parágrafo citado, não houve referências sobre Promoção de Saúde			Embora ainda não tenhamos os resultados concretos, estes poderão trazer discussões e reflexões que poderão reorientar os serviços, dependendo muito da utilização destes pelos gestores de saúde e política pública.

Quadro 10: Análise síntese do projeto número 7

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 7 NORTE Conselho gestor	<i>"Nós, profissionais de saúde, precisamos cada vez mais ampliar um olhar que detecte os fatores de risco e, partindo da assistência e prevenção intervir com ações que previnam as doenças, mas sobretudo promovam a saúde, ações que envolvem a mobilização da comunidade". ... "reconhecer as limitações do próprio saber significa admitir e validar outro saber.. na compreensão dos modos e contextos de vida e dos recursos mobilizados pela população diante das necessidades".</i>	Geral: Avaliar o potencial dos conselhos gestores da região nas suas ações de promoção em DANT, através das formas de participação dos conselheiros; Específicos: Caracterizar os 26 conselhos gestores, analisar as formas de participação comuns e específicas e verificar a representação dos conselheiros sobre a influência dos conselheiros nos serviços.	Pesquisa qualitativa: observação participante, análise de conteúdo (pesquisa documental/ entrevistas abertas e estruturadas)	Elaboração de texto que auxilie na tarefa dos conselheiros quanto à disseminação das ações de promoção em DANT.
Análise geral	O discurso do projeto, especialmente quando analisa o sistema de saúde, demonstra a ambigüidade das questões de promoção X prevenção. No estudo o foco na questão de participação social não evidenciou conceitualmente a Promoção da Saúde.	Importante na análise da estratégia de promoção de saúde, referente à participação social, pouco explorada em outros, especialmente analisando-se o contexto dos serviços.	detalhada e complementares	Será que a oferta de um texto não restringia o próprio potencial de cada conselho conselho com suas respectivas questões territoriais?

Quadro 11: Análise síntese do projeto número 8

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 8 NORTE Violência Pirituba	Utilizou-se referencial teórico da Carta de Otawa e Alma Ata, atrelando-os aos referenciais teóricos de violência e, especialmente diretrizes de políticas públicas. "A capacitação dos profissionais também é ponto fundamental para o alcance de ações que resultem em promoção de saúde...propicia uma mudança de atitude e de organização dos serviços..." "demanda ação conjunta entre governo e outros setores da sociedade... Tal estratégia inclui o desenvolvimento de ações comunitárias com melhoria da qualidade de vida da população".	Geral: Captar a percepção dos médicos que atuam nos serviços da Supervisão Técnica de saúde Pirituba Perus sobre os diversos aspectos que envolvem a atuação destes profissionais em torno da temática violência intra familiar Específico: conhecer os conceitos sobre violência, decodificação do espaço institucional, alternativas de atendimento/referência e contra referência, avaliar conhecimento/concepção de políticas públicas, prevenção e promoção de saúde.	Pesquisa qualitativa: grupo focal	
Análise geral	Coerência e congruência entre temática, objetivos, metodologia com embasamento de referencial teórico apropriado			

Quadro 12: Análise síntese do projeto número 9

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 9 NORTE Influência das práticas complementares V.Maria V.Guilherme	Citada a promoção de saúde, porém este conceito não foi explicitado e/ou embasado com referencial teórico.	Geral: Avaliar a efetividade das práticas complementares na prática de vida e na promoção da saúde Específicos: Avaliar o impacto das práticas em diferentes aspectos da vida dos participantes (saúde, comportamentos, estado emocional, nível de consciência, qualidade de vida, sociabilidade), identificar nível de satisfação dos usuários.	Pesquisa quali-quantitativa: Coorte retrospectiva, grupos focais	Identificar possíveis ganhos em promoção de saúde e qualidade de vida, avaliar efeitos das práticas complementares, avaliar níveis de satisfação e levantar sugestões e expectativas para continuidade do trabalho.
Análise geral	O estudo aponta correlação das práticas com a promoção da saúde			

Quadro 13: Análise síntese do projeto número 10

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 10 NORTE Influência das práticas complementares Casa Verde, Cachoeirinha e Limão	Citada Alma Ata, Carta de Otawa e outros referenciais, relacionando-as com as práticas complementares, como instrumentos para a promoção da saúde.	Geral: Avaliar a efetividade das práticas complementares na prática de vida e na promoção da saúde. Avaliar o impacto das práticas em diferentes aspectos da vida dos participantes Específico: saúde, comportamentos, estado emocional, nível de consciência, qualidade de vida, sociabilidade, identificar nível de satisfação dos usuários.	Pesquisa qualitativa: Coorte retrospectiva, grupos focais	Identificar possíveis ganhos em promoção de saúde e qualidade de vida, avaliar efeitos das práticas complementares, avaliar níveis de satisfação e levantar sugestões e expectativas para continuidade do trabalho.
Análise geral	O estudo aponta correlação das práticas com a promoção da saúde	O objetivo é bem focado na ampliação do conceito de risco e atenção individual.	A metodologia pretende tanto verificar dados mais objetivos e referenciados em dados epidemiológicos e os grupos focais para avaliar as percepções individuais e coletivas	

Quadro 14: Análise síntese do projeto número 11

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 11 NORTE Alimentação e Nutrição	"considerando a importância do equilíbrio metabólico e da nutrição na qualidade de vida, promoção da saúde e na prevenção e terapia de doenças, é mister a capacitação de profissionais de saúde..." Promoção de saúde é citado tb. no objetivo.	Geral: Avaliar o nível de conhecimento sobre alimentação e nutrição de servidores municipais, lotados em unidades básicas de saúde, antes e após treinamento dirigido para a Vigilância Nutricional, assim como a utilização deste conhecimento na prática profissional diária, com vistas a promoção da saúde da clientela atendida. Específicos: analisar e avaliar o conhecimento teórico, respectivamente, prévio e posterior ao treinamento.	Estudo descritivo acerca da avaliação de conhecimento dos capacitandos - profissionais de saúde, nível médio e superior - com bse em questionário com perguntas abertas e fechadas	Proporcionar melhor qualidade nos atendimentos em saúde revertendo em prol da saúde da população atendida
Análise geral	A promoção da saúde não é referenciada no projeto, com exceção do texto apontado acima nada mais é explorado sobre o tema. aponta uma linha mais individualizante do que global	No objetivo, a promoção da saúde está apontada, mas não existe lastro no restante do projeto que demonstre como as estratégias da promoção serão transmitidas.	Este projeto refere-se a uma capacitação mais na linha da informação sobre os conceitos de nutrição e os riscos referentes a hábitos não saudáveis. A capacitação é mais no sentido do atendimento individual ou até em grupo, dentro dos serviços de saúde, não se problematizando estratégias globais ou de vigilância. Nota-se a carência de avaliações à médio e longo prazo.	Em vistas de um melhor atendimento a capacitação proposta é uma iniciativa importante.

Quadro 15: Análise síntese do projeto número 12

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 12 SUDESTE Crônicas Jabaquara V.mariana	Referenciado os conceitos utilizando-se as cartas de Ottawa e Bangkok."o pael do setor saúde deve mover-se gradativamente no sentido da promoção de saúde, além de suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos e ambientais.	Geral: Avaliar o resultado das ações de promoção da saúde com diabéticos e hipertensos nas unidades de saúde em relação à qualidade de vida.	Pesquisa qualitativa: discurso do sujeito coletivo (DSC). Uso de questionários semi estruturados, não diretivos com perguntas abertas.	Contribuir para a reflexão crítica das equipes que trabalham com promoção de saúde através de grupos educativos para diabéticos,
Análise geral		Objetivo geral englobou duas questões complexas (promoção de saúde e qualidade de vida), não ficando explícito o objeto do estudo	Não foi abordado o referencial que irá avaliar qualidade de vida. A metodologia de DSC é mais apropriada para estudar o imaginário coletivo de objetivos mais focados	

Quadro 16: Análise síntese do projeto número 13

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 13 NORTE Terapia Comunitária	"A terapia comunitária é uma nova modalidade de intervenção, pois apresenta uma metodologia coerente e compatível com o novo pensar totalizador da promoção de saúde. Constitui-se num método que favorece: consolidação de rede solidária, resgate da auto-estima individual e coletiva; treinamento para tolerância e para uma cultura de paz-resiliência; promoção da saúde e da saúde mental".	Geral: Analisar a Terapia Comunitária (TC) como ação de promoção de saúde no SUS. Específicos: Conhecer a população participante da TC; conhecer seu perfil e peculiaridades; identificar o que mobiliza a população p/ procurá-la; conhecer e analisar os significados para os participantes; analisar o efeitos na vida dos usuários a partir de sua ótica; analisar o efeito na vida dos terapeutas; analisar percepção dos terapeutas em relação aos efeitos na população; identificar temas discutidos e mais valorizados; identificar elementos facilitadores e dificuldades para implantação na região.	Pesquisa qualitativa: discurso do sujeito coletivo.	Desmonstrar na pesquisa aspectos da TC que estão sendo observados empiricamente.
Análise geral	O objeto do estudo (TC) trabalha na perspectiva da promoção de saúde,	Bem focados e detalhados no interesse exploratório do grupo.	Através do discurso do sujeito coletivo o grupo conseguirá auferir um texto coletivo tanto da população participante como do terapeuta e chegar a um olhar coletivo sobre a Terapia comunitária.	

Quadro 17: Análise síntese do projeto número 14

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 14 SUDESTE Práticas Corporais Ipiranga		Geral: Aproximar os profissionais das UBSs da região do Ipiranga e do Ambulatório de Especialidade Flávio Gianotti dos conceitos e estratégias de DANT Específicos: sensibilizar níveis de gestão, avaliar a percepção das práticas, desencadear processo de reflexão e aprofundamento do alcance do Liang Gong como uma ação promotora de saúde, caracterizar trabalhos ou programas de DANTs desenvolvidos nas UBSs como promotores de saúde ou não.	Pesquisa qualitativa, Pesquisa Ação -Aplicação de questionários, Encontros-Oficinas e Grupos Focais	Fortalecimento da compreensão do que é promoção da saúde, importância do trabalho coletivo intersetorial com ênfase das práticas alternativas (Liang Gong)
Análise geral	Projeto bem focado e amplamente embasado e problematizado teoricamente, tanto nos aspectos da promoção de saúde, DANT e na relação com a Prática complementar do Liang Gong, abordando inclusive todos estes aspectos na relação com uma nova Vigilância em Saúde.	O objetivo está bem focado, compreendendo-se que o grupo amplia a noção da ação relativa à DANT	A metodologia da Pesquisa Ação e os instrumentos e passos apresentados são congruentes para a condução reflexiva dos participantes acerca das questões da promoção de saúde	Condizente com o exposto e proposto pelo projeto de pesquisa

Quadro 18: Análise síntese do projeto número 15

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 15 SUDESTE Crônicos Mooca- Aricanduva	Cita mas não referencia ou aprofunda os conceitos de Promoção da Saúde	Geral: Identificar os fatores motivadores para a participação da população em ações de promoção da saúde. Específicos: Identificar os fatores motivadores para a participação da população em ações de promoção da população hipertensa e diabética em 3 unidades de saúde e da população saudável em uma unidade de saúde e comparar os fatores motivadores.	Pesquisa qualitativa, História Oral com entrevistas semi-estruturadas e análise de conteúdo	"Resgate do significado da promoção da saúde levando o indivíduo à sua plenitude"
Análise geral	Projeto muito pouco desenvolvido na sua conceituação teórica	Os objetivos estão bem focados		

Quadro 19: Análise síntese do projeto número 16

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 16 SUDESTE Penha Liang-Gong	<i>"A promoção da saúde entendida como um conjunto de ações que visam a melhoria da saúde por meio de políticas sociais, econômicas, culturais e ambientais, exige um enfrentamento constante dos profissionais de saúde com leitura inter/transdisciplinar da realidade".</i>	Geral: Avaliar a eficácia da prática de Lian Gong na promoção da saúde dos usuários das unidades básicas de saúde: UBS Antônio Pires Ferreira Villalobo, UBS Eng. Goulart - Dr. José Pires e Centro de Convivência e Cooperativa Pe. Manoel da Nóbrega-CECCO, da Supervisão Técnica de Saúde Penha. Específicos: Caracterizar a população que pratica Lian Gong e conhecer suas condições de vida, divulgar e sensibilizar a prática do Lian Gong como promotora da saúde e contribuir para sua implementação nos serviços de saúde, oferecer subsídios para reflexão desta prática como ação promotora de saúde.	Pequisa quali-quantitativa. Uso de formulários semi-estruturados (com questões abertas e fechadas levantadas por meio de entrevistas) e realização de grupos focais.	
Análise geral	O projeto está pautado em discussão/pesquisa bibliográfica que referencia amplamente conceitos sobre promoção de saúde			

Quadro 20: Análise síntese do projeto número 17

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 17 LESTE Atividades Corporais e Hipertensão Arterial	"A hipótese do trabalho é de que as atividades corporais contribuem para o controle da pressão arterial, bem como possuem efeito potencializador da qualidade de vida dos participantes, promovendo a saúde, porque tais atividades servem como lazer, melhoram a auto-estima, autopercepção estética e podem atuar na prevenção da própria hipertensão..." "...com a Promoção da Saúde tem-se um novo conceito de saúde...é necessário satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente em que se vive.A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e sim do estilo de vida saudável para um bem-estar global..."	Geral: Realizar um estudo sobre o benefício das atividades desenvolvidas em grupos de hipertensos nas Unidades de Saúde da Região Leste no Município de São Paulo. Específicos: Descrever e Identificar as atividades de promoção à saúde, traçar perfil dos participantes mais assíduos e sua percepção quanto aos benefícios.	Pesquisa qualitativa-Entrevista com questões abertas, para Análise de Discurso; e uma planilha de identificação de atividades de promoção de saúde	"...Saber se a inserção nos grupos de atividades corporais tem auxiliado no controle da hipertensão e trazido melhora para a saúde" ...a partir de depoimentos auto-referidos.
Análise geral	Os dois fragmentos acima demonstram a preocupação com a promoção da saúde e a sua valorização enquanto estratégia, no entanto denota contradições internas entre uma ação voltada para o coletivo e/ou com foco no indivíduo.	O objeto está coerente com o escopo do projeto	A metodologia vai dar um panorama do que existe de ações de promoção na região, o que é importante. Quanto a eficácia das práticas, o fato de trabalhar com os mais assíduos, talvez dê um viés no resultado, mesmo com depoimentos auto-referidos.	

Quadro 21: Análise síntese do projeto número 18

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 18 LESTE Práticas corporais, dores Crônicas	"O termo Promoção da Saúde foi citado oficialmente pela primeira vez por LaLonde(1975)...embora parta de um pensamento advindo de países desenvolvidos e as vezes pareça utópico se repensado e aplicado sobre nossa realidade, essa visão vem sendo reconhecida cada vez ...Existem duas grandes vertentes sobre as quais podemos reunir as diversas conceituações disponíveis: a primeira está baseada em programas educativos que tendem a modificar o comportamento e o estilo de vida ...a segunda amplia o espectro ...da primeira, ressaltando a contribuição dos determinantes gerais da saúde)	Geral: Avaliar a percepção do usuário sobre o seu estado de saúde e a qualidade de vida do grupo em estudo, verificando a influência das práticas corporais da MTC no alívio das dores crônicas e sua efetividade sobre a promoção da saúde. Específicos: Dores crônicas: Verificar e avaliar os benefícios das práticas corporais através da percepção do usuário; Promoção da Saúde: Identificar fluxo nos serviços e capacidade do indivíduo de prover auto cuidados.	pesquisa Quali-Quantitativa Instrumentos: Ficha de identificação, Perfil de Saúde de Nottingham(1º e 12º dia), Escala Diária de dor.	Melhor organização das práticas corporais como um serviço da saúde, uniformização do padrão de atendimento com elaboração de protocolos terapêuticos referentes às práticas corporais e consolidação da implementação destas terapias em todo o serviço público de saúde da região.
Análise geral	Amplamente referenciado e problematizado	Pretende fazer a relação através da pesquisa entre as práticas e a promoção de saúde	O método prevê uma análise de discurso do praticante, no entanto o instrumental para tal será uma pergunta totalmente aberta: "As práticas corporais influenciaram a sua vida? De que forma?"	A preocupação aqui expressa é com a reorganização do serviço e assim exposta não conversa com as estratégias de Promoção de Saúde advogadas no escopo do projeto

Quadro 22: Análise síntese do projeto número 19

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 19 LESTE Tabaco- percepção dos servidores	Bastante referenciado nas Cartas e conferências. "A promoção de saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. Ela atua sobre os determinantes da saúde criando melhor benefício para os povos, contribuindo de maneira significativa para a redução das doenças, assegurando os direitos humanos para a formação do capital social; possuem como meta central aumentar as expectativas de saúde (OPAS - Conferência de Adelaide)	Geral: conhecer a percepção do Servidor Público de duas unidades básicas de saúde da Sup.Téc. De Ermelino Matarazzo, da Coordenadoria Regional Leste do Município de São Paulo, em relação ao Ambiente Livre de Tabaco. Específicos: caracterizar grupo sexo e nível instrucional, ocorrência de tabagismo, grau de conhecimento sobre o assunto, conhecer como o tabagismo é abordado na unidade, facilidade e barreiras, interesse dos funcionários na campanha anti-tabaco, predisposição para implantação de ambiente livre de Tabaco.	Pesquisa qualitativa. Análise de conteúdo de questionário e entrevista semi-estruturada. Observação Participante	Instrumentalizar as unidades e equipes que serão pesquisadas a implantarem "Unidades de Saúde Livres de Tabaco" segundo os parâmetros do INCA e as políticas do Ministério da Saúde
Análise geral	Amplamente referenciado. A pesquisa se converte numa reorganização de serviço com bases nos ideais da Promoção de Saúde de participação e inclusão, buscando uma ampliação do tema que transcenda a unidade de saúde propriamente dita.	O objetivo é focado numa reorganização de serviço sem perder de vista as estratégias de promoção da saúde	A maioria dos aspectos e instrumentais estão condizentes com a proposta do grupo, só salienta-se a não existência no questionário aberto de espaço para referências mais contextualizadas e globais do ponto de vista social sobre o hábito de fumar, restringindo-o então, ao fumante.	

Quadro 23: Análise síntese do projeto número 20

Nome do Projeto	Aspectos relacionados à Promoção da Saúde	Objetivos	Método	Metas/resultados
PROJETO 20 LESTE Práticas integrativas e complementares e Promoção da Saúde em DANT	"Ao falarmos em multicausalidade, o processo saúde-doença evidencia que condições de vida, urbanização, industrialização, violência, pobreza, entre outros fatores, levam além das DANTs a inúmeros problemas psicossociais" Citam vários documentos e as Conferências que tratam do significado e relevância da Promoção da Saúde nas políticas públicas.	Geral: Conhecer a contribuição das práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde, qualidade de vida em DANT. Específicos: Identificar a percepção dos usuários das Unidades de Saúde sobre os efeitos das práticas; Identificar perfil da demanda; Relacionar perfil dos usuários praticantes; identificar a percepção do usuário sobre a saúde e a qualidade de vida.	Pesquisa qualitativa com aplicação de questionário e grupo focal.	Comprovar o efeito das práticas para além dos benefícios terapêuticos. "Cabe destacar que a função social desta pesquisa será o estímulo à qualidade de vida tanto de indivíduos como da coletividade".
Análise geral	Apesar de citar várias referências relativas à promoção da saúde, o grupo desenvolve todo o projeto à partir dos benefícios irrefutáveis das práticas, e mesmo descrevendo benefícios individuais, os toma por coletivo.			

As fases não foram seqüentes, como já disse pelo menos a partir de certo momento. À análise dos projetos não se seguiu a construção participativa do instrumento. Algumas iniciativas como consulta a técnicos, profissionais da área de informação da SMS, pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde foram ações preparatórias muito importantes, mas a seguir estaremos descrevendo como foi este difícil processo.

5.2.2. Construção participativa de um instrumento de acompanhamento de práticas dos projetos em andamento – painel de monitoramento das ações e práticas de Promoção da Saúde em DANT, com categorias descritivas do componente de promoção da saúde das práticas que teoricamente devem fazer parte

dos projetos sobre doenças e agravos não transmissíveis em andamento nas diferentes regiões.

Este processo compreendeu as seguintes fases, conforme indicações da literatura: escolha da equipe de construção; levantamento bibliográfico de categorias já construídas e testadas em outras realidades; processo de elaboração do modelo conceitual; processo de elaboração do modelo operacional; construção propriamente dita do painel; aplicações-testes; e, divulgação (AKERMAN 1994; CHIESA 2004).

Com o seguimento deste modelo de elaboração chegamos à:

5.2.2.1. Primeira versão do painel de monitoramento das ações de promoção da saúde em DANT

Os resultados preliminares do levantamento bibliográfico realizado indicaram que a construção do painel de monitoramento não se daria em torno da adaptação e/ou adequação de algum modelo existente. O que mais se aproximava das intenções do grupo de pesquisadores era o PREFFI e, ainda assim, voltava-se mais para a elaboração de índices, quando o que interessava ao grupo era uma definição anterior em torno das categorias que poderiam compor o painel.(Molleman et al, 2006)

Deu-se início, então, a uma série de discussões objetivando criar modelos que fossem adequados à necessidade da presente investigação.

A primeira proposta (figura 4) partiu da consideração de três grupos de ações que se denominaram de educação permanente, intervenção e avaliação. No grupo relativo à educação permanente imaginou-se uma subdivisão nas categorias promoção da saúde, avaliação e vigilância. No grupo referente à intervenção subdividir-se-iam as categorias em ações/práticas de promoção da saúde e

Durante o processo de definição do painel, as propostas preliminares também foram discutidas em diferentes eventos científicos, como a 19ª. Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Vancouver em 2007 e Congresso da Abrasco em Salvador.

As discussões por parte dos pesquisadores se concentraram em identificar categorias que descrevessem a ação segundo o referencial teórico pactuado e, antes de chegar ao formato atual, foi testado com a realização de um grupo focal, quando ainda não continha as categorias relativas à avaliação.

5.2.2.2. Pré-teste e versão final do Painel

Com a finalidade de realizar um pré-teste do painel como um possível instrumento de avaliação e monitoramento das ações e promoção de saúde em DANT, foi realizado um pré-teste do mesmo, utilizando-se a técnica de grupo focal. O grupo foi composto por quatro profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, técnicos de unidades de saúde e gestores regionais.

A discussão iniciou-se com a apresentação dos participantes, do moderador e do relator. Em seguida, as pessoas presentes foram informadas do objetivo do encontro: tratava-se de um pré-teste do instrumento criado para avaliação e monitoramento das práticas de promoção da saúde em DANT no município de São Paulo, do ponto de vista de sua operacionalidade e aplicabilidade à realidade vivida. Foram lidos e assinados os termos de consentimento esclarecido.

Em seguida, foram discutidos aspectos relativos às ações desenvolvidas nas unidades: tipo, forma, e envolvimento dos usuários com a mesma. A percepção dos demais membros da equipe com relação às ações e outros aspectos, tais como: agenda das atividades, os desdobramentos da mesma para o usuário, para o técnico e para os serviços, além da inserção e relevância das mesmas

para o nível local. Num segundo momento foi apresentado o painel aos participantes e solicitado que o preenchessem.

Neste pré - teste ficou evidenciado que o roteiro que havia sido construído, embora explorasse bem a questão das ações desenvolvidas, mostrou-se pouco adequado para o objetivo do grupo que era avaliar o painel de monitoramento. A primeira parte da reunião tomou muito tempo (discussão das ações) e quando o painel foi apresentado, as pessoas já estavam cansadas e pouco motivadas.

Ao se defrontarem com o painel (anexo 5), os entrevistados o consideraram um instrumento interessante, mas afirmaram não conseguir perceber como o mesmo seria preenchido, visto que não havia nenhum indicador ou número ou signo que pudesse ser colocado nas respectivas caselas. Disseram, ainda, ver no painel um importante instrumento de reflexão, pois o mesmo possibilitaria verificar o quanto as práticas estariam ou não próximas do marco conceitual.

A partir do resultado do pré-teste, o procedimento de avaliação do instrumento foi modificado. Optou-se por denominar o grupo de: *"grupo de avaliação e discussão do painel de monitoramento"*, visto que não se aplicariam a este tipo de encontro as características de um grupo focal, qual seja a identificação de percepções, sentimentos, atitudes e ideais dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade, mas sim que se tratava de uma avaliação do instrumento e de quanto ele poderia efetivamente *"retratar"* o desenvolvimento e as características das ações na rede.

Acolheu-se as sugestões apresentadas nesta atividade no sentido de se elaborar um formulário que possibilitasse aos participantes realizar uma reflexão sobre suas práticas e a partir de algumas respostas ali consignadas seria feito o preenchimento dos painéis mediante o uso de codificação para as mesmas.

Para essa reflexão foi construído um marco teórico que conceituou as categorias utilizadas no painel, oferecendo exemplos mais próximos da prática (anexo 6). Esse marco foi sintetizado e simplificado e entregue aos grupos participantes sob forma de manual quando da realização do teste (anexo 7).

Após esse pré-teste, o grupo de pesquisadores concentrou-se na revisão e finalização das categorias componentes do painel, sendo incluídas, então, as categorias relativas à avaliação.

5.3. Teste do painel: grupos de discussão e avaliação

Para o teste do painel o grupo de pesquisadores tinha desenvolvido a versão final do mesmo (anexo 8), o *“formulário para registro das ações de promoção da saúde”* (anexo 9). Outro instrumento foi um manual explicativo do *“marco teórico para preenchimento do painel de acompanhamento de ações de promoção da saúde em doenças e agravos não transmissíveis”* (anexo 7) e um roteiro (anexo 10) para orientar as discussões com os *“grupos de avaliação”* constituídos por profissionais inscritos na Projeto CAEPS, que preencheram o formulário e o painel. A atividade de teste se deu após leitura e assinatura do *“termo de consentimento livre e esclarecido”* (anexo 11).

5.3.1 Discussão e sistematização dos dados obtidos nos formulários respondidos.

5.3.1.1. Caracterização dos respondentes e das ações por eles desenvolvidas

Os formulários foram preenchido por 40 profissionais dos 111 participantes do projeto CAEPS que também são sujeitos desta

investigação. Essas pessoas foram as que voluntariamente responderam ao convite formulado pela equipe de pesquisadores.

Dos quarenta (quarenta) respondentes, oito eram gestores, 12 realizavam ações de capacitação e 20 deles eram técnicos de nível universitário e médio, que desenvolvem ações nas unidades de saúde e supervisões de Vigilância em Saúde.

Nas tabelas 4, 5 e 6, abaixo, estão descritas as atividades desenvolvidas, segundo sua denominação, por grupos de respondentes.

A ação descrita por 50% (20) dos respondentes corresponde a diferentes modalidades de práticas corporais e atividades físicas. Desses 20 nove eram técnicos, seis profissionais envolvidos com capacitação e cinco gestores.

O segundo maior grupo foi composto por respondentes que descreveram como ações, o trabalho com grupos educativos, sendo sete técnicos e dois ligados à capacitação. Foram seguidos por aqueles 10% que trabalham em torno da atenção às vítimas de violências.

Responderam, ainda, três pessoas, sendo um gestor e dois profissionais que trabalham no Projeto de Vigilância de óbitos, ação esta de difícil aproximação ao referencial adotado para a presente investigação, como se pode observar ao longo da descrição de diversas etapas da mesma.

Por fim, há um caso de gestor que acompanha uma ação cujo tema é o tabagismo e outro caso de um gestor cuja ação refere-se às visitas domiciliares em hipertensão e diabetes do PSF.

Tabela 4. Denominação da ação acompanhada pelos gestores, projeto CAEPS, São Paulo, 2008.

Denominação da Ação	N
Grupos de atividades físicas e praticas corporais	05
Tabagismo	01
Vigilância em óbitos	01
Visita domiciliar em hipertensao e diabetes	01
Total	08

Tabela 5. Denominação da ação desenvolvida pelos técnicos em capacitação, projeto CAEPS, São Paulo, 2008.

Denominação da ação	N
Praticas corporais	06
Vigilância nutricional	02
Cuidados à vítima da violência	02
Grupos educativos em hipertensao e diabetes	02

Tabela 6. Denominação da ação desenvolvida pelos técnicos. Projeto CAEPS, São Paulo, 2008.

Denominação da ação	N
Práticas corporais	09
Grupos educativos	07
Mortalidade precoce	02
Cuidados às vítimas de violência	02
Total	20

Os respondentes que acompanhavam ações desenvolvidas nos territórios correspondentes as coordenadorias regionais de Saúde, distribuíram-se da seguinte forma: Norte, 25% dos casos. Leste, Sudeste e Centro Oeste, 20% em cada uma delas e, os 15% restantes estavam inseridos na Sul. A maior concentração verificada, considerando-se a Coordenadoria Regional e a categoria do respondente coube à região Centro Oeste com sete técnicos.

Tabela 7. Distribuição das ações por localização e descrição. Técnicos, projeto CAEPS, São Paulo, 2008.

Denominação da ação	Região(N,S,L,CO,SE)	Descrição da ação
Cuidados às vítimas de violência	L	Reestruturação no territ. Do trab. c/viol.
Cuidados às vítimas de violência	N	Reestruturação no territ. Do trab. c/viol.
Mortalidade precoce	S	Pesquisa de óbitos

Por hipert. E diab.		
Mortalidade precoce Por hipert. E diab.	S	Pesquisa de óbitos
Grupo educativo	CO	Grupo educativo
Grupo educativo	CO	Grupo educativo
Grupo educativo	CO	Grupo educativo
Grupo educativo	CO	Ativ.fis.camin.grupeduc.artesan.medit.
Grupos de Promoção da saúde	CO	Ativ.fis.camin.grupeduc.PC,Alim.saud. Fisiot.relax, medit.
Pratica educativa	SE	Grupo educativo
Grupo de Promoção da saúde	CO	Grupo educativo
Praticas corporais	N	PC
Praticas corporais	L	Atividade física e PC
Praticas corporais	SE	PC
Praticas corporais	SE	PC
Praticas corporais	N	Grupo educativo, PC, oficina terapêutica e TC
Praticas corporais	N	Caminhada, pc, relax.
Praticas corporais	L	PC
Praticas corporais	CO	Camin.PC
Praticas corporais	SE	Atividade física,GE,PC,estruturação violência
Denominação da ação	Localização (N,S,L,SE,CO)	Descrição da ação
Capacitação em vigilância nutricional	N	Não se aplica(igual abaixo)
Capacitação em vigilância nutricional	N	Alimentação saudável
Capacitação para trabalhos com grupos de hipertensos	SE	GE
Capacitação para trabalhos com grupos de hipertensos	SE	GE, estruturação trab. Viol., AS, OA, capacit.func.
Cuidados às vítimas de violência	N	Estrut. Territ.
Cuidados às vítimas de violência	S	Estrut. Territ.,GE,Capacit.func.outros-educ.escolas.
Capacitação para Avaliação de PC	N	Capacitação em EPINFO e Metodologia Pesquisa
Capacitação para PC	L	PC
Capacitação para PC	L	Camin,PC,OT,Relax.,medit.,capac.func.
Capacitação para PC	S	PC
Capacitação para PC	S	PC
Praticas corporais	SE	Camin.,GE,PC,estrut. Territ.viol.,TC,AS,OA,capacit.func.

Tabela 8. Distribuição das ações por localização e descrição. Gestores, projeto CAEPS, São Paulo, 2008.

Denominação da ação	Localização (N,S,L,SE,CO)	Descrição da ação
Vigilância de óbito	S	Não se aplica
Praticas corporais	SE	Camin.,PC,OT,Oart, relax.
Praticas corporais	N	Ativ.fis.,GE,PC,TC
Praticas corporais	N	Camin. E PC
Visita domiciliar em hipertensao e diabetes	CO	Visita a hipertenso
Tabagismo	L	Ativ. Física, camin.,PC, OT,Oart.,relax.
Praticas corporais	L	Ativ.física, camin.GE,PC.
Praticas corporais	L	Ativ. Física, GE, camin, PC

Tabela 9. Distribuição das ações por localização e descrição. Técnicos em ações de capacitação, projeto CAEPS, São Paulo, 2008.

Denominação da ação	Localização (N,S,L,SE,CO)	Descrição da ação
Capacitação em vigilância nutricional	N	Não se aplica(igual abaixo)
Capacitação em vigilância nutricional	N	Alimentação saudável
Capacitação para trabalhos com grupos de hipertensos	SE	GE
Capacitação para trabalhos com grupos de hipertensos	SE	GE, estruturação trab. Viol., AS, OA, capacit.func.
Cuidados às vítimas de violência	N	Estrut. Territ.
Cuidados às vítimas de violência	S	Estrut. Territ.,GE,Capacit.func.outros-educ.escolas.
Capacitação para Avaliação de PC	N	Capacitação em EPINFO e Metodologia Pesquisa
Capacitação para PC	L	PC
Capacitação para PC	L	Camin,PC,OT,Relax.,medit.,capac.func.
Capacitação para PC	S	PC
Capacitação para PC	S	PC
Praticas corporais	SE	Camin.,GE,PC,estrut. Territ.viol.,TC,AS,OA,capacit.func.

Nas tabelas 7, 8 e 9, acima, também pode-se notar que as várias denominações propostas para os respondentes descreverem a

ação foram citadas sem obedecer a uma correspondência exclusiva em relação à denominação da ação. Por essa razão, foram encontradas, por exemplo, atividades de grupos educativos em ações denominadas como práticas corporais, trabalho com vítimas de violência ou trabalho com hipertensos. Da mesma forma, foram indicadas caminhadas como atividades relativas às ações denominadas de grupos educativos, grupos de promoção da saúde, práticas corporais ou tabagismo. Imaginamos que os respondentes já incorporaram que a Promoção da Saúde necessita de múltiplas estratégias para resolver os problemas que são complexos como é o caso do tabagismo. A integração de grupos educativos com as práticas corporais é muito importante tanto para o desenvolvimento de habilidades como também do empoderamento. Os dados obtidos não permitem que façamos mais que conjeturas, pois não pedimos explicações sobre isto aos participantes dos grupos.

Foram descritos cem tipos de atividades, uma vez que as respostas permitiam a múltipla escolha. As práticas corporais representaram 21% dos casos, os grupos educativos 18%, as caminhadas 11%, a atividade física 8%, a estruturação no território de trabalho com violência 7%. As oficinas de artesanato e as práticas de relaxamento correspondem cada uma a 5% dos casos. Oficinas terapêuticas, alimentação saudável e capacitação de funcionários, 4% cada. Práticas de meditação corresponderam a 3% dos casos. Igual percentual corresponde à terapia comunitária, restando 2% para outras capacitações e pesquisa de óbitos e 1% para fisioterapia e para visita domiciliar em hipertensão e diabetes.

Ao somarmos atividades físicas, práticas corporais e caminhadas, percebe-se uma concentração das atividades escolhidas em torno de um dos eixos preconizados pela Política Nacional de Saúde: prática corporal/atividade física, com 40% das citações. Por outra parte, ações para a alimentação saudável correspondem a

apenas 4% dos casos e redução de morbi mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas a 2,5% das ações descritas. Prevenção à violência e cultura da paz aparecem com 18% de citações, mas aparentemente ligadas às práticas corporais, em alguns casos. Não foram citadas ações ligadas à redução da morbi mortalidade por acidentes de trânsito, nem a promoção do desenvolvimento sustentável.

Essa concentração talvez possa ser explicada pela estruturação dos serviços na cidade de São Paulo, pelo fato de algumas dessas ações já existirem a um bom tempo, mas pode ser também considerado como uma das conseqüências da ação do Movimento de Reforma Sanitária dos anos 1980 na cidade de São Paulo. Além disso, essas ações vem sendo legitimadas e estimuladas pelo Ministério da Saúde.

Há que se considerar ainda se essas práticas passaram por alguma mudança ao longo do tempo que as tornaria ou não mais promotoras de saúde do que alternativas terapêuticas, perspectiva para a qual parecem ter sido implantadas. Aquelas relacionadas com alimentação saudável e tabagismo são mais recentes e com tempo coincidente com a publicação do documento da Política Nacional de Promoção da Saúde. Caberia também considerar a relação entre a alimentação saudável, do campo da promoção da saúde propriamente dito, e dietas específicas para o controle de doenças crônicas. Nota-se a ausência, neste levantamento, de ações relacionadas à diminuição das mortes por acidentes de trânsito e as ações relacionadas ao desenvolvimento sustentável, também referidas na política nacional.

Note-se que dos dados abaixo descritos (Tabelas 10, 11 e 12) pode-se verificar o envolvimento de técnicos com essas ações há mais tempo que os gestores, o que indica uma sustentabilidade das mesmas, ainda que centradas na presença de certas figuras – pessoas que tem o brilho de certos “gurus”. Talvez esse seja um fator

determinante para a continuidade desse tipo de ações, isto é, o envolvimento militante de determinados profissionais. Para além disso poderíamos ainda considerar o baixo custo exigido por esse tipo de ação.

Tabela 10. Tempo de existência das ações de capacitação, projeto CAEPS, município de São Paulo, 2008.

Denominação da ação	0 - 1 ano	02 - 04 anos	05 anos e mais	Branco	Totais segundo ações
Vigilância nutricional	00	02	00	01	03
Grupo educativo	00	02	00	00	02
Cuidados às vítimas da violência	00	02	00	00	02
Práticas corporais	00	00	04	01	05
Totais segundo tempo de existência	00	06	04	02	12

Tabela 11. Tempo de existência das ações, técnicos, projeto CAEPS, São Paulo, 2008

Denominação da ação	0-01 ano	02-04 anos	05 anos e +	Branco/não se aplica	Totais segundo ações
Praticas corporais	01	02	04	02	09
Grupos educativos	00	03	03	01	07
Cuidado às vítimas da violência	00	02	00	00	02
Práticas educativas no PSF	00	00	00	01	01
Totais segundo tempo de existência	01	07	07	04	19

Tabela 12. Tempo de existência das ações, gestores, projeto CAEPS, São Paulo, 2008

Denominação da ação	0-01 ano	02-04 anos	05 anos e +	Branco/não se aplica	Totais segundo ação
Praticas corporais	00	03	00	01	04
Mortalidade precoce	00	00	00	01	01
Tabagismo	00	01	00	00	01
Práticas educativas no PSF	00	01	00	01	02
Totais segundo tempo de existência	00	05	00	03	08

No que diz respeito ao registro das ações desenvolvidas, houve uma evolução do presente instrumento de coleta de dados em

relação ao anteriormente aplicado. No primeiro levantamento, realizado no momento da inscrição no programa, a partir do qual foi estabelecida a linha de base conceitual do projeto, Seção 5.1.2, identificamos que a maior parte do grupo de gestores não realizava esse registro, mas tinha a intenção de fazê-lo. Entre os profissionais, a maior parte fazia o registro voltado, sobretudo, para acompanhar a evolução dos resultados obtidos com a ação do ponto de vista do indivíduo.

Nesse levantamento final, podemos perceber que a intenção original de fazer o registro se concretizou já que apenas um dos respondentes afirmou não realizar o registro. Com isso os respondentes estão afirmando que consideram essa atividade como necessária para um acompanhamento sistemático do trabalho. É sobre isto que se refere à questão 4.10 do formulário (anexo 9).

Entretanto, ao descreverem os tipos de registros efetuados a maior ocorrência referiu-se a "Folhas de freqüência", o que sugere que o acompanhamento se dá em torno do indivíduo e sua presença ou comparecimento e não em torno do monitoramento da ação propriamente dito. Esse destaque para o acompanhamento do indivíduo vê-se reforçado com as referências aos prontuários como instrumento utilizado para o registro sistemático do acompanhamento das ações.

O segundo maior tipo de registro utilizado referiu-se a "mapas estatísticos de produção para atividades grupais"; nos demais casos não foi possível identificar com maior clareza o que de fato significariam os tipos "livros de registro" e "atas de reunião".

Podemos assim verificar que não houve alteração na proporção daqueles que realizavam o registro em torno do indivíduo nos dois momentos em que os dados foram coletados. Se isso não pode ser rigorosamente comparado do ponto de vista estatístico, parece indicar uma tendência entre os respondentes.

Além disso, com o refinamento do instrumento de coleta solicitou-se que os respondentes informassem a finalidade do registro utilizado. Isso permitiu identificar que há uma concentração dos casos em que se pretende, com o registro, obter dados de produtividade o que sugere um esforço para “dar lugar” a essas ações em um contexto da política de saúde no município que parece priorizar dados desta natureza, como destacado pelos respondentes em outras situações ou fases da presente investigação. O encaminhamento para a institucionalização da atividade parece ser um resultado deste processo longo vivido na inserção no Projeto CAEPS e em consequência nesta pesquisa ação participante.

A segunda maior concentração de respostas em relação à finalidade do registro dá-se em torno de um acompanhamento individual dos usuários ou envolvidos pelas ações, o que corrobora para a análise realizada em relação aos tipos de registro utilizados.

Tabela 13: Caracterização das ações de promoção da saúde, segundo gestores integrantes do Projetos CAEPS, São Paulo, 2008.

Denominação	Inserção do usuário	Periodicidade e da ação	Local onde ocorre	Tipo de registro	finalidade	Obs.
Pesquisa óbito	Contato prévio	Semanal	Resid.	Entrevista	Análise posterior	
Práticas corporais	Boca a boca - 02 Encam.prof.- 03 Bco. 01	Diária - 02 Semanal -02 Mensal -01 Bco.- 01	Unidade	Folha frequência -03 Mapas estatísticos- 03 Prontuários -01	Produtividade -05 Acompanhamento individual -01	Periodicidade varia de acordo com unidade.
Tabagismo	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Trata-se de um projeto de pesquisa e não de uma intervenção.
Visita domiciliar PSF	Cadastro PSF/ Diagnóstico	Diária	Resid.	Mapas estatísticos	Produtividade, acompanhamento equipe	

Tabela 14: Caracterização das ações de promoção da saúde, segundo capacitadores. Projetos CAEPS, São Paulo, 2008.

Denominação	Inserção do usuário	Periodicidade da ação	Local onde ocorre	Tipo de registro	Finalidade	Obs.
Práticas corporais	Encam.medico - 04 Encaminhamento prof. -04 Boca a boca -4 Cartazes 1 N/se aplica-01 Bco. 01	Diária/sem ana- 02 2x semana- 01 Semanal - 02 Bco.-01	Entidades parceiras -03 Unidade 03 Praça - 01	Mapas estatísticos -04 Folha de frequência -05 Bco. -01	Acompanhamento da presença -03 Produtividade -03 Validação capacitação 01	Um deles capacita ACS, Tb. Entidades Parceiras: parques, associação comunitária.
Cuidado às vítimas da violência	Outros - D.O. e agendamento por telefone -01 N/aplica -01	mensal - agendado por fone- 01 n/se aplica	Fora da unidade em entidades parceiras -01	Mapas estatísticos -01	Estatística -01 Acompanhamento de conduta - 01	
Grupo Educativo diabetes e hipertensão	Encaminhamento médico -06 Encaminhamento outros prof. - 04 Boca a boca -04 Cartazes -02	Semanal - 03 Quinzenal -02 Mensal- 01 Outro - 01***	Unidade -06 Fora unidade em entidades parceiras -02* Outros - 01**	Mapa estatístico -05 Anotação prontuário-03 folha de frequência -04 Não registra -01	Produtividade -03 Acompanhamento paciente - 02	*Igreja católica, instituto Pe. Fanini, Centro comunitário ** ruas *** trimestral
Vigilância nutricional	Bco -02	Bco. - 02	Bco -02	Bco.02	Bco-02	
Visita domiciliar PSF	ACS -01	Mensal -01	Resid.A CS	Livro registro	Participação e vínculo	

Tabela 15: Caracterização das ações de promoção da saúde, segundo técnicos. Projetos CAEPS, São Paulo, 2008.

Denominação	Inserção do usuário	Periodicidade da ação	Local onde ocorre	Tipo de registro	Finalidade	Obs.
Práticas corporais	Encam.medico - 02 Encaminhamento prof. -02 Boca a boca -08 Cartazes-03 Bco. 01	Diária -03 Semanal - 04 Outro -1* Bco.-01	Unid.+ Entidades parceiras -05 Unidade e 02 Praça - 01 Rua -01 Bco.-01	Mapas estatísticos -03 Folha de frequência -08 Atas de reunião - 01 Bco. -01	Acompanhamento da presença - 03 Produtividade -05 Avaliação trabalho- 01	Entidades parceiras citadas: igrejas, Centros de Formação, sociedade amigos de bairro. *de acordo com disponibilidad

Cuidado às vítimas da violência	N/aplica -01	n/se aplica -01	Unidade e em unidade parceira -SME - CAPS - 02	Folha de frequência -01 Questionário sobre entendimento -01 Atas de reunião-01	xx Avaliar entendimento e analisar expectativas e valores. Avaliação-01	e de local.
Grupo Hipertensos	Encaminhamento médico -01	Mensal	Entidade e parceira	Anotação prontuário e folha de frequência -01	Acompanhamento frequência.	
Visita domiciliar PSF	ACS -01	Mensal -01	Resid.A CS	Livro registro	Participação e vínculo	

5.3.1.2. Análise dos formulários respondidos.

Para proceder a essa análise, que mantém a seqüência dada as categorias no painel, os respondentes foram agrupados segundo dois critérios: sua condição como capacitador, técnico ou gestor e a denominação da ação da qual toma parte. Assim, os resultados são apresentados para os seguintes grupos: capacitadores em avaliação das estratégias de promoção, em praticas corporais, em alimentação saudável e em educação humanitária para enfrentamento de violências; gestores em praticas corporais, em tabagismo e vigilância de óbitos; e, técnicos em praticas corporais, em grupos educativos, em enfrentamento a violências e em vigilância de óbitos.

Grupo de respondentes que desenvolvem ações de capacitação em três temas: avaliação das estratégias de promoção da saúde, práticas corporais e alimentação saudável.

Em relação aos temas e conteúdos (estratégias, segundo o painel) abordados no processo de capacitação para avaliação das estratégias de promoção da saúde e reação dos educandos, os responsáveis pelo mesmo consideraram que os conteúdos da

capacitação **desenvolveram habilidades pessoais** porque a utilização de dinâmicas ampliou a participação dos ACS.

Para aqueles que desenvolvem ações de capacitação em práticas corporais, essa estratégia foi utilizada porque consideram que as práticas corporais são, em si, geradoras de **desenvolvimento de habilidades pessoais**. Os temas abordados durante a capacitação foram: histórico da Medicina Tradicional Chinesa - MTC, práticas corporais. Citam como exemplo, ainda, a própria prática como forma de auto conhecimento e outros exemplos semelhantes. Outro grupo de capacitadores, que tratava do tema alimentação saudável, considerou que os temas abordados relacionavam-se com a promoção da saúde e o **desenvolvimento de habilidades pessoais** quando falava do reconhecimento das relações entre risco/agravo, alimentação e HAS, DCV, obesidade. Para um dos capacitadores deste grupo, a reação dos capacitados foi de surpresa.

Para os capacitadores em avaliação de estratégias de promoção de saúde, a estratégia de **fortalecimento da ação comunitária** foi abordada durante o processo de capacitação, no entanto, cabe ressaltar que apenas um deles justificou suas respostas, embora as duas pessoas que trabalham com esse tema respondessem afirmativamente a todas elas. Um deles, portanto, considerou que esse fortalecimento foi abrangido com o tema mobilização social, muito bem aceito pelos educandos.

Os capacitadores em práticas corporais consideraram como **fortalecimento das ações comunitárias** o fato de haver iniciativas por parte deles para procurar espaços na comunidade em que pudessem ser desenvolvidas essas práticas. Um dos capacitadores associa fortalecimento da ação com atuação no Conselho Gestor para manutenção da prática. As demais estratégias não foram consideradas.

Para os capacitadores em alimentação saudável, **fortalecimento da ação comunitária** decorreu do fato de terem abordado temas como nutrição nos ciclos de vida que levou ao reconhecimento do risco.

Os capacitadores que tinham como tema a avaliação das estratégias em promoção da saúde, no que diz respeito ao tema **entornos saudáveis** afirmaram ter abordado o tema “fatores ambientais e de risco”, com boa reação dos educandos enquanto que para os responsáveis por ações de capacitação em alimentação saudável, a promoção de **entornos saudáveis** foi consequência das ações educativas desenvolvidas sobre o tema.

Políticas públicas saudáveis foi tema abordado pelos capacitadores em estratégias da promoção da saúde. Um deles denominou o tema como: políticas públicas saudáveis – noções básicas, o outro não forneceu qualquer tipo de denominação. Os responsáveis pela capacitação em alimentação saudável afirmaram que essa estratégia não era um dos objetivos do escopo inicial do projeto.

Reorientação dos serviços foi tema contemplado pelo grupo de avaliação de estratégias da promoção da saúde com o conteúdo mudanças no paradigma do processo saúde – doença. Para o grupo responsável pelo tema alimentação saudável, os serviços foram **reorientados**, à medida que houve um esforço para incorporar vigilância nutricional no trabalho dos ACS.

Quando analisada a utilização das estratégias da promoção da saúde como conteúdos nos processos de capacitação realizados pode-se observar que não há uma concordância entre os respondentes dos três grupos. Cada um deles com um entendimento diferente do que seja abordar essa estratégia como um conteúdo de capacitação. Essa diferença parece, no entanto, estar mais ligada ao tema que desenvolvem do que a uma defasagem do entendimento do que seja

cada uma delas. O grupo cujo tema de capacitação foi “avaliação das estratégias de promoção da saúde” foi aquele que, aparentemente, mais aproximou seus conteúdos das estratégias.

O grupo de práticas corporais parece associar habilidades pessoais com aptidão física para a execução das práticas, assim como a transformação dos capacitandos em multiplicadores, o que pode ser uma percepção muito mais voltada para a habilidade da prática em si do que a concepção de habilidades pessoais em um sentido mais ampliado. Já o grupo que trabalhava alimentação saudável parece ter focado habilidade pessoal como sinônimo de conhecimento (informação) sobre o tema.

Esta mesma diferença pode ser notada em todas as estratégias e conteúdos. O grupo de avaliação sempre se aproxima mais do referencial teórico. O grupo de práticas enfatiza o objeto da capacitação como capaz de desenvolver as estratégias e o grupo de alimentação saudável centrando a estratégia em informação e/ou conhecimento.

Com relação aos princípios, os três grupos de capacitadores responderam o que se segue:

Participação: Foi abordado com dinâmicas e dramatizações que visavam estimular a participação e a construção das ações por aqueles que trabalhavam com avaliação de estratégias.

Aqueles que atuavam com o tema práticas corporais entenderam por **participação** a interação entre os participantes do grupo e destes com os monitores, a consciência corporal e a própria prática corporal. Aqueles que atuam com alimentação saudável consideraram que este princípio de foi contemplado, visto que os métodos utilizados no processo de capacitação visam estimular a participação e construção das ações, além de estimular os servidores a buscarem alternativas para vigilância nutricional dentro da UBS.

A **intersectorialidade** foi indicada, pelo grupo de avaliação de estratégias como um fato que ocorreu no PSF mediante ação conjunta com setor privado, educacional, regional e outros. Para os capacitadores em práticas corporais a **intersectorialidade** foi pensada em duas vertentes: uma, a ação de diferentes secretarias, embora não se perceba, pelas respostas, maiores integrações entre elas e, outra, se refere à aproximação de saberes não ligados diretamente a ação em questão, sendo um exemplo a introdução do tema lazer ativo no grupo de praticas.

No grupo de alimentação saudável, um dos agentes de capacitação afirmou não haver intersectorialidade, enquanto outro afirmou que sim. Para este segundo, o tema abordado que se referia à intersectorialidade, discutia as relações entre o PSF com outros setores: privado, educacional, regional e outros. O que afirmou não haver intersectorialidade justificou sua resposta dizendo que a intersectorialidade não constava da proposta original.

Eqüidade como um dos princípios da promoção da saúde, foi abordado em um dos casos do grupo de avaliação de estratégias, com reação muito boa e receptiva, segundo o respondente. Para o grupo responsável pelas práticas corporais, a **equidade** é a possibilidade de todos participarem, assim como a ocorrência dessas praticas em diversos setores. Para o grupo responsável pela capacitação em alimentação saudável, a **equidade** foi contemplada na capacitação: um deles faz essa afirmação por ter abordado a temática no processo, outro por afirmar que o curso foi oferecido a todos profissionais, sem distinção.

Sustentabilidade foi abordada com o tema estratégias de monitoramento e busca ativa para novas ações abrangentes, no grupo de avaliação de estratégias, para o grupo de práticas corporais, a **sustentabilidade** das ações decorreria da educação permanente e do envolvimento da comunidade nas ações. Para o grupo de

capacitadores em alimentação saudável, a **sustentabilidade** foi contemplada por estratégias de monitoramento e busca ativa para novas ações mais abrangentes.

O que se percebe é que as mesmas diferenças encontradas na concepção e respostas dadas às estratégias/conteúdos parecem manter-se também quando respondem sobre os princípios da promoção e sua aplicabilidade nos projetos de capacitação a que se vinculam.

Com relação à matriz de ação os técnicos com função de capacitação, assim se referiram:

Educação foi entendida como a criação de oportunidades para o aprendizado, na medida em que trabalharam o “ensinar aprendendo, sendo referida como reação à mesma, a “troca de experiências”, para o grupo avaliação de estratégias da promoção da saúde; o grupo de práticas corporais vê o processo de capacitação como um momento de educação, visto que os encontros propiciaram aprendizado. O grupo que tratava o tema alimentação saudável compreendeu esta matriz de ação como a criação de oportunidades para o aprendizado por meio de técnicas didáticas que visavam à compreensão dos conteúdos.

Comunicação, com o tema “estratégias para informação, orientação através de cartazes, palestras, atendimento individual”, sem menção à reação dos educandos foi a resposta dos técnicos em capacitação em avaliação de estratégias. O outro grupo (práticas corporais) referiu-se a esta matriz de ação enfatizando mais os materiais já existentes, propriamente ditos do que a parcerias que pudessem levar à novas formas de divulgação. Os membros do grupo de alimentação saudável referiram-se a esta matriz de ação como a elaboração das aulas que fizeram parte da capacitação, entendendo que estas foram os mecanismos utilizados.

Mobilização: com o tema “Mobilização através das parcerias do setor privado e público”, os capacitadores de avaliação de estratégias em promoção da saúde consideraram ter contemplado esta matriz de ação, embora também não tenham mencionado qual a reação dos educandos. No grupo de práticas corporais, entenderam que a capacitação vale-se da **mobilização**, à medida que possibilitou o envolvimento de outras instituições com visão de promoção da saúde e que despertou interesse no capacitando em desenvolver essas ações na comunidade, na família e no trabalho. Já para o grupo ligado ao tema alimentação saudável, mobilização por não se adequar à proposta inicial.

Redes sociais foi abordado com o tema “Redes sociais aplicações nas estratégias para mobilização e participação social”, menção à reação dos educandos, entre os capacitadores de avaliação das estratégias de promoção. O segundo grupo (práticas corporais), considerou que as práticas corporais são **formadoras de redes** pois favorecem a integração entre os componentes do grupo (entre si e com outros membros da comunidade), além de ampliar contatos. Já o grupo de alimentação saudável considerou que houve estímulo à criação de redes sociais por meio de incentivo à criação de grupos educativos na comunidade.

A matriz de ação **advocacia** não foi contemplada na capacitação em estratégias de avaliação das ações de promoção da saúde, segundo os respondentes. Já o grupo de práticas corporais considerou que sim, sempre vinculando-as à participação no conselho gestor, mas também se refere a uma busca, pelo próprio grupo, de obter condições de desenvolvimento das práticas, seja buscando novos espaços para o desenvolvimento das mesmas ou interferindo junto ao conselho gestor para sua manutenção. No grupo “alimentação saudável”, **advocacia** não foi contemplada por não se adequar à proposta inicial.

No que diz respeito ao tipo de método utilizado no processo de capacitação, o grupo de avaliação de estratégias afirmou ter utilizado o método **participativo**, porque usou ações construídas junto com os profissionais e a comunidade, consultas ao grupo sobre o desenvolvimento do programa e avaliação do curso. Segundo um capacitador deste grupo, o processo permitiu que novos saberes fossem construídos, conclusão a que chegou devido à participação e troca de experiências que ocorreram e que foram fundamentais para a criação desses novos saberes.

Já no grupo de práticas corporais consideraram utilizar o método **tradicional/tecnicista** na capacitação. Entretanto, usaram características que o formulário definiu para outros métodos, como o caso de dois capacitadores ao relatarem que novos saberes foram construídos a partir da troca de experiências entre os componentes do grupo. Dos três respondentes, dois afirmaram ter realizado avaliação de processo.

No grupo de alimentação saudável, os respondentes consideraram ter utilizado o método **participativo**, embora tenham afirmado que o grupo não foi consultado durante o desenvolvimento do programa e nem participou da revisão dos conteúdos e métodos utilizados.

A capacitação foi realizada de forma **intra-institucional**, com participação do CEFOR, e **intersectorial**, com participação da secretaria da Educação, quanto à articulação interinstitucional, esta não foi citada. Quanto aos capacitadores em práticas corporais, consideraram que o processo foi **intra-institucional, intersectorial e interinstitucional** por ter envolvido profissionais e equipamentos de diversos setores e segmentos da prefeitura. Apenas um entrevistado mencionou a existência de instituições parceiras no processo, sem citar quais. Quanto ao terceiro grupo, foi respondido que as ações não foram realizadas com nenhum tipo de interface com outras

instituições, porque consideraram que isso não era necessário naquela fase do processo.

O método de capacitação descrito parece ser coerente com a proposta de PS bem como contempla a questão da ampliação dos agentes envolvidos, como já referido, em relação ao grupo de avaliação de estratégias. Os outros dois grupos preservam algumas características da promoção de saúde, mas, aparentemente por força do conteúdo que transmitem, acabam por pender mais para práticas de educação em saúde (alimentação saudável) ou para o desenvolvimento de uma habilidade “prática”.

Em relação aos resultados da capacitação, há uma relativa coerência entre os três grupos de capacitadores, como se pode ver a seguir:

Em avaliação das estratégias de promoção da saúde, um dos capacitadores considerou que o processo **ampliou conhecimentos e desenvolveu habilidades pessoais**; outro afirmou que o processo **ampliou conhecimentos, desenvolveu habilidades pessoais** para ser multiplicador, desenvolveu capacidade dos profissionais em **detectar problemas e** possibilitou **empoderamento**.

Para o caso do respondente que não justificou suas respostas afirmativas, apesar de descrever seu método como participativo, e apontar alguns indicadores de que realmente tenha sido como a troca de experiências como fundamento para criação de novos saberes, a falta de maiores especificações não permite uma análise mais conclusiva.

Os resultados da capacitação também foram considerados de forma positiva pelo grupo de práticas corporais, com **ampliação dos conhecimentos**, aumento da experiência pessoal, além de ações que possibilitaram a manutenção do processo de capacitação, assim como a busca dos monitores em se capacitarem.

O **desenvolvimento de habilidades pessoais** também foi considerado positivamente, visto que apontaram o fato dos capacitandos terem se tornado multiplicadores, bem como estimulam os usuários a realizar a prática. Consideraram, ainda, como desenvolvimento de habilidade pessoal o aperfeiçoamento da prática, como já apontado anteriormente.

O desenvolvimento de habilidades dos profissionais foi considerado como a habilidade em mudar seus hábitos de vida, o fato dos monitores passarem conhecimentos para os usuários e a continuidade das ações, além da busca de aprimoramento.

Empoderar para o sistema é entendido como a iniciativa de busca de espaços na comunidade para o desenvolvimento da ação, elaboração de projetos para serem executados na unidade, assim como projetos de grupos educativos.

Empoderamento para a comunidade foi considerado como a formação de grupos na comunidade e com outras secretarias.

Os técnicos em alimentação saudável afirmaram ter feito uma avaliação participativa do processo, com o grupo apresentando críticas e sugestões.

Avaliam que as capacitações permitiram a construção de novos saberes pelas manifestações dos participantes e pela avaliação final.

Com relação à avaliação da capacitação, e cabe ressaltar que todos os grupos responderam a esse bloco de questões:

Apesar de afirmarem não terem avaliado o processo por falta de carga horária disponível, classificaram a avaliação, motivo pelo qual as respostas foram desconsideradas, visto haver incongruência entre elas.

Ainda no campo da avaliação foram incluídas questões referentes aos tipos de resultados que o respondente entendia que se aplicavam a ação por ele desenvolvida. Nesse sentido, responderam

que a ação **ampliou conhecimentos, desenvolveu habilidades pessoais e capacidade dos participantes em detectar problemas.** Em relação a esta última capacidade, referem mudanças nos hábitos alimentares e atividades físicas.

Quanto ao **empoderamento** tanto para o **sistema** como para a **comunidade**, consideraram que não foi atingido por estar, ainda, no começo do processo de capacitação.

Como resultados da capacitação, os capacitadores em alimentação saudável avaliam que a mesma ampliou conhecimentos pela atitude observada no atendimento de algumas UBS, que possibilitou o **desenvolvimento de habilidades pessoais** o que fica evidente nas práticas dos ACS. O desenvolvimento de **capacidade para detectar problemas** ainda não se deu de forma satisfatória, mas já se nota um aprimoramento na atenção básica às questões nutricionais. Reconhecem, ainda que não houve **empoderamento para o sistema, nem para a comunidade.** Quanto à **avaliação**, consideraram que a mesma está embutida no processo de capacitação.

Havia, ainda outro grupo de capacitação cuja temática era "Educação humanitária para interface da violência doméstica", composto por dois respondentes que consideraram que os temas e conteúdos abordados **desenvolveram habilidades pessoais**, visto que conteúdos como valores humanitários, educação humanitária em busca dos valores intrínsecos à pessoa humana foram tratados durante o processo de capacitação e que a reação parecia ser muito positiva, pois os mesmos percebiam-se mais valorizados enquanto servidores/educadores. A opção pela análise em separado deu-se porque este grupo diferenciou-se muito dos demais, como poderemos ver.

Consideram que o **fortalecimento de ação comunitária** foi alcançado, visto que enfocavam o respeito ao meio ambiente e os

seres vivos nele contidos. Todavia, não responderam às questões sobre políticas públicas saudáveis, nem entornos saudáveis, deixando-as em branco.

Consideraram que houve reorientação dos serviços, uma vez que os agentes de zoonoses pareceram estar empoderados na ação e não apenas no fazer mecanicista.

Este grupo (duas pessoas), diferente dos outros dois anteriores, apresentou o processo de capacitação como um momento de empoderamento. Isso torna as respostas bastante coerentes, embora não tenha relatado temas que pudessem abarcar outros aspectos da promoção da saúde. Pode-se, ainda, levantar a possibilidade de que por se tratar de um tema que envolve muito outros setores da sociedade, além da saúde, como é o caso da violência, que esse empoderamento seja realmente muito mais visível, visto que é necessária uma atuação no ambiente social para que a questão da violência seja mais bem abordada e atendida.

Em relação aos **princípios**, consideraram que houve **participação**, pois o objetivo do processo era fazer com que cada um dos participantes pudesse fazer mais que o proposto, não focando apenas o pactuado, mas agindo no todo. Não colocaram a reação dos participantes.

A **intersetorialidade** foi alcançada, de acordo com os respondentes, porque foram feitas parcerias com a educação(secretaria) o projeto passou a ser parte integrante inclusive do currículo escolar.

Quanto à **eqüidade**, consideraram que o projeto alcançava os alunos, educadores, agente de apoio, agentes de saúde nas escolas e na subis.

A **sustentabilidade** deu-se com a inclusão no currículo escolar em escolas de 2º grau.

Estes formulários mostraram-se diferenciados porque a capacitação parece ter sido perfeitamente coerente com as premissas da promoção da saúde, inclusive no que diz respeito à sustentabilidade da ação. Todavia, um desses capacitadores afirmou que a ação da qual ele participava havia sido extinta.

Em relação à **matriz de ação**, responderam que a **educação** foi uma matriz de ação, visto que houve **criação de oportunidades para o aprendizado**, com o resgate dos valores humanos como forma de evitar DANT.

A **comunicação** também foi utilizada e quando as pessoas viam os slides, assistiam aos filmes sobre os temas abordados ficavam chocados com a realidade, como se não fizessem parte dela.

A **mobilização** também foi tratada, pois houve encaminhamentos aos serviços de comunidade como justiça, casa de atendimento à vítima de violência, OAB.

No entanto, não houve formação de **redes sociais** uma vez que não foi possível manter contatos com as instituições. Quando se referiam aos métodos utilizados, afirmaram usar o **tradicional**, o que aparece como contraditório, tendo em vista todas as respostas anteriores.

Avaliam que as **capacitações permitiram que fossem construídos novos saberes**, porque os capacitandos passaram a ser potencialmente multiplicadores dos conceitos adquiridos.

Todavia a ação **intra-institucional** não ocorreu, porque a chefia não consentiu, mas aconteceu a **intersectorialidade**, pois as secretarias municipal e estadual da Educação participaram do processo. Mas não houve **interinstitucionalidade**.

Apesar de afirmar ter utilizado método tradicional de capacitação avalia que novos saberes foram construídos pois pensa que os capacitados passaram a ter potencial multiplicador. Esta avaliação, no entanto, parece estar mais ligada à percepção do

respondente, visto que não há indicadores explicitados que possam corroborar essa afirmação.

Quanto aos resultados da capacitação consideram que o mesmo **ampliou conhecimentos, desenvolveu habilidades pessoais**, porque os participantes passaram a ter mais cuidados com o próprio corpo, ganharam habilidade de organização e participação política, bem como houve uma mudança de atitude frente ao grupo de trabalho e com a população.

Desenvolveu capacidade dos profissionais em **detectar problemas**, porque os agentes de zoonoses passaram a se sentirem valorizados e a valorizar seu trabalho, assim como possibilitou **empoderamento** para **o sistema**, visto que começaram a preocupar-se com a população e a solucionar problemas.

A avaliação feita corresponde ao que foi respondido e parece haver coerência no discurso do capacitador.

Disseram avaliar a ação e classificaram a avaliação como de processo e de resultado.

Avaliam que a ação **amplia conhecimentos**, pois houve mudança de paradigma, pela análise do discurso e pela postura frente ao trabalho. Desenvolve **habilidades pessoais** porque há interesses voltados ao bem estar e melhoria da qualidade do trabalho.

Desenvolve **capacidade** dos participantes em **detectar problemas** à medida que aumenta a habilidade e empenho em solucionar/detectar formas de melhorar a estrutura e o trabalho.

O **empoderamento** também ocorre, porque os capacitandos parecem possuir mais iniciativa.

Na verdade, não parece ter havido mudanças de paradigmas, visto que o serviço foi extinto.

Não obstante a não continuidade das ações, as respostas dadas a este formulário foram as que mais se aproximaram do marco teórico da promoção de Saúde.

O grupo de capacitadores em práticas corporais, diferentemente do previsto, respondeu também as questões do formulário relativas a ações e práticas de promoção da saúde na atenção básica, o que pode indicar que as atividades desenvolvidas por esses profissionais não se restringem a ações de capacitação.

Em relação às estratégias adotadas, responderam que o **desenvolvimento de habilidades pessoais** foi considerado a partir do discurso dos usuários, pela iniciativa dos usuários em desenvolver atividades na comunidade, com idosos e pela mudança de hábitos.

O **fortalecimento da ação comunitária** foi entendido como a participação nos conselhos gestores e usuários que também desenvolvem atividades de promoção da saúde na unidade.

Criação de **entornos saudáveis** – compreendida como a busca por espaços para a execução das ações.

O favorecimento de **políticas públicas saudáveis** foi entendido como a participação nos conselhos gestores e conferências municipais de saúde, bem como reuniões com subprefeitura para discussão de políticas.

Reorientação dos serviços compreendida como a existência dos grupos dentro da unidade, bem como os espaços nos conselhos gestores para reflexão das práticas.

O que se pode analisar dessas falas parece ser o reforço do que já foi dito anteriormente: reconhecem as práticas em si como algo capaz de promover a saúde e como estratégia para alcançar os objetivos propostos pela mesma.

Quanto aos princípios que norteiam as ações, estes foram descritos como:

Participação: aprimoramento das práticas faz com que o monitor (usuário) sinta-se mais fortalecido para acompanhar os

grupos, com desenvolvimento de cuidado pessoal e transmissão dos mesmos.

Intersetorialidade entendida como a participação de monitores de outras secretarias nas práticas, como participantes dos cursos e como capacitadores também.

Eqüidade: pelo fato das práticas serem abertas a todos e todos poderem realizá-las. Também ficam mais atentos ao fato de existirem poucos espaços para as práticas.

Sustentabilidade: pelo envolvimento da comunidade nas ações, reciclagem constante.

Mais uma vez reproduz-se a percepção das práticas corporais como algo que em si proporciona o atendimento aos princípios da promoção da saúde, o que pode levar até a pensar que esses respondentes até confundem práticas corporais com promoção da saúde.

Em relação a matriz de ação, consideraram que **educação** é a transmissão das práticas, hábitos saudáveis e auto-cuidado.

A **comunicação** é entendida como os materiais educativos fornecidos para a capacitação e a prática corporal, alimentação saudável e outros, com a participação dos grupos.

Mobilização entendida como a parceria com outras instituições ligadas ao programa e outras secretarias.

Para os entrevistados, **redes sociais** são criadas com a realização de oficinas, reuniões para discussão e troca de experiências e a criação de grupos ampliados de reflexão.

A **advocacia** é vista como a participação nos conselhos gestores. Reunião dos grupos para reivindicar espaços para as práticas.

Neste caso, referem-se às práticas corporais aliadas a outras ações o que parece apontar para o fato de que os respondentes não executam apenas um tipo de ação ou que as práticas estão inseridas ou ligadas a outras atividades também.

No que se refere à avaliação, dois dos três capacitadores em práticas corporais disseram fazê-la e a classificam de formas diferentes. Um considera que faz avaliação de processo, resultado (ainda que não institucionalizada), eficácia e efetividade, enquanto o outro afirma que a avaliação é de processo, resultado, eficácia e somativa.

A **ampliação do conhecimento** é avaliada a partir dos relatos verbais dos participantes (e aqui não se consegue distinguir se falam dos usuários ou dos monitores), bem como pelo fato dos monitores manterem os grupos em funcionamento.

Desenvolvimento de habilidades: diz respeito ao interesse no aperfeiçoamento para um deles e para outro como decorrência da própria avaliação.

Empoderamento para o sistema: avaliado pela manutenção do grupo e pelo relato dos envolvidos (monitores e usuários).

Empoderamento para a comunidade: entendido como projeto desenvolvido com outra secretaria – Verde e meio ambiente.

Grupo de respondentes gestores. Temas: práticas corporais, vigilância de óbitos, tabagismo e visitas domiciliares em diabetes e hipertensão.

Os gestores que responderam ao formulário também foram agrupados de acordo com as ações que são desenvolvidas e que supervisionam. No entanto, não houve uma correspondência biunívoca entre eles e os capacitadores, nem entre os técnicos, com exceção do grupo práticas corporais, que nos pareceu, por mais este

motivo, um dos mais bem estruturados dentro do sistema municipal de saúde. Os gestores foram, portanto, agrupados de acordo com as seguintes ações: práticas corporais (cinco), vigilância de óbitos (hum), tabagismo (hum) e visitas domiciliares em diabetes e hipertensão que não preencheu o formulário.

No caso específico do gestor em vigilância em óbitos, deixamos de analisar suas respostas, visto que o mesmo respondeu que não se aplicava a seu caso quase a totalidade do formulário. Dessa forma, apenas as respostas de dois grupos serão apresentadas abaixo, isto é, práticas corporais e tabagismo.

Em relação às estratégias de promoção da saúde, os gestores do grupo de atividades físicas e práticas corporais consideram que as mesmas **desenvolvem habilidades pessoais dos usuários** pelas atividades que são desenvolvidas. Porque durante as sessões também se fazem orientações educativas, pelo fato dos usuários mostrarem-se mais independentes, como por exemplo, na hora de fazer compras ou decidir sobre qual atividade irá participar. O gestor cujo tema é tabagismo afirmou que essa estratégia não se aplicava no momento ao projeto.

O **fortalecimento da ação comunitária** também é decorrência das atividades físicas e práticas corporais por serem as mesmas em grupo, o que possibilita a integração entre as pessoas. Essa integração também favorece a cidadania. Um deles considera que a participação no conselho gestor é a fortalecimento de ação comunitária, mas diz que os usuários não entendem isso. A participação de eventos na comunidade é entendida como essa estratégia. Mais uma vez o gestor cujo tema de trabalho era tabagismo afirmou que essa estratégia também não se aplicava ao projeto, na fase em que o mesmo se encontra.

A criação **de entornos saudáveis** se dá pela própria prática, porque a ação tornou a unidade o entorno saudável, porque estimula novas práticas (ex: caminhada). Dos cinco gestores deste grupo de

práticas corporais, apenas um disse que não houve criação de entorno saudáveis.

Para o gestor do tema tabagismo afirmou que o projeto possibilitou **a criação de entornos saudáveis** porque o objetivo da pesquisa é este: pretende-se com a pesquisa analisar a disponibilidade do servidor em se envolver com estas práticas.

Quanto às **políticas públicas saudáveis** afirma que as mesmas ocorrem por terem promovido o envolvimento de outras secretarias, maior procura pelo equipamento de saúde, ampliação da ação para outras unidades, dada a melhoria verificada nos usuários. Apenas um dos gestores disse que não há essa estratégia na ação, mas não justificou a resposta.

No caso do tabagismo, favorecer políticas públicas saudáveis é sinônimo da existência de grupos de tabagismo e outras técnicas de controle do uso do tabaco como palestras, eventos, Dia D, cartazes, incorporação na prática da unidade a abordagem do tema, posicionando-se da mesma forma em relação à reorientação dos serviços de saúde.

Os gestores ligados às ações de atividades físicas e práticas corporais não responderam à questão que se referia à **intersectorialidade**, enquanto o gestor responsável pelas ações de tabagismo referiu que sim – instituições dos três níveis de governo. Secretaria da Educação, Saúde, Assistência Social, Esportes, parcerias e Participação comunitária, ONGs, associações comunitárias, conselhos gestores.

A **reorientação dos serviços de saúde** é justificada pelo grupo de atividades físicas e práticas corporais da mesma forma que em **políticas públicas saudáveis**, acrescidas de uma observação de um dos gestores: dificuldade de aquisição (sic) de população para essas ações: dificuldade de acesso.

A **participação** é considerada como princípio que foi seguido visto existir trocas de experiências nos grupos, organização de novas

atividades, cidadania e direito da pessoa, usuários trazem dúvidas e novas idéias para o grupo.

Por sua vez a **intersectorialidade** é compreendida como a participação em ONG's e Fóruns da 3ª. Idade, bem como em projetos de outras secretarias (Verde e Cultura). No caso do gestor do projeto sobre tabagismo, a **participação** se traduz em valorizar o conhecimento que cada um tem de sua realidade e necessidades, utilizando esse conhecimento na construção do bem comum.

O princípio da **eqüidade** é contemplado pelo fato de todas as pessoas terem acesso às práticas, independentemente de sua condição de vulnerabilidade ou não. No caso do outro gestor do projeto tabagismo, a **eqüidade** é oferecer acesso ao tratamento para cessação do hábito, tanto para funcionários como para usuários.

Os gestores do primeiro grupo (atividades físicas e práticas corporais) consideram que a **sustentabilidade** da ação se dá pela existência da mesma na UBS. Apenas um dos gestores afirma que a sustentabilidade se dá pela existência de voluntários na comunidade. Já no caso do projeto tabagismo a **sustentabilidade** decorre da supervisão e acompanhamento da implantação dos ambientes livres de tabaco.

Os gestores entrevistados (atividades físicas e práticas corporais) entendem que a **educação** é utilizada como matriz de ação nas práticas corporais. Todavia, apenas um justifica essa resposta afirmando que a educação está contemplada nos grupos educativos que são realizados, tratando de assuntos como alimentação saudável, mudança de hábitos e outros. No caso do gestor de tabagismo afirma que a proposta é de que a pesquisa seja base para essas ações.

Comunicação é entendida pelo grupo de atividades físicas e práticas corporais como existência de cartazes, folhetos e outros materiais por apenas um dos gestores. Os outros quatro dizem que não fazem comunicação, pois faltam verbas e parecerias para tanto.

No que diz respeito ao tabagismo, **comunicação** se dá por meio de cartazes, folder, artigos para leitura, funcionários, vídeos.

Gestores de atividades físicas e práticas corporais entendem que a **mobilização** se reflete na participação em bailes, passeios e outras atividades existentes na região, pela mobilização dos funcionários junto às chefias imediatas para participarem das atividades (sic), por meio de encontros setoriais junto com o CEFOR e, por fim, um dos gestores afirma participar da rede social com outras unidades de saúde da região. Quanto ao projeto tabagismo, o gestor reconhece que o princípio da mobilização é atingido porque o projeto mobiliza servidores para atenção ao tema.

Para os respondentes do primeiro grupo, a matriz de ação **redes sociais** está contemplada na medida em que se iniciam ou já existem algumas parcerias, o fato de grupos estarem se formando em igrejas e outros locais na região. No segundo grupo, **redes sociais** é um princípio atendido pela proposta de que as ações se propaguem em rede local e regional.

Quanto à **advocacia**, entre os gestores do primeiro grupo, alguns entendem que esse princípio não foi atendido, sem justificar sua resposta, apenas um gestor justifica a negativa, dizendo que a advocacia não se aplica no seu caso. Os que entendem estar esta matriz de ação contemplada justificam sua resposta dizendo que os usuários reivindicam melhorias no serviço tais como mais médicos e/ou mais medicamentos. No caso do segundo grupo, a resposta se mostra contraditória, visto que afirma que o princípio é seguido porque consegue perceber, com a pesquisa, o interesse dos indivíduos em enfrentar o problema (tabagismo) embora a mesma não tenha ainda chegado neste ponto.

Vale aqui um comentário visto que essa questão também se fez presente no grupo de capacitadores: advocacia ainda é entendida de duas formas: ou se trata de participação no conselho gestor ou de reivindicação de alguma coisa como medicamentos, médicos,

manutenção da atividade. Sem que haja, aparentemente, uma expansão desse conceito.

Todos os gestores do primeiro grupo afirmaram que avaliam a ação. No caso do gestor do projeto tabagismo, não há ainda avaliação, pois segundo ele, a pesquisa ainda está na fase de coleta de dados; apesar disso classifica o tipo de avaliação que faz.

Quanto à sua avaliação pessoal os do grupo de atividades físicas e práticas corporais dizem perceber que as práticas corporais **ampliam conhecimento** porque existiram cursos e seminários nos quais tomaram conhecimento do que seria Promoção de saúde e dos documentos sobre a mesma, pelo depoimento dos usuários, por resultados obtidos em reuniões de grupo focal, pelo envolvimento cultural. No caso do tabagismo, o gestor avalia que a ação amplia conhecimentos, pois este é o objetivo da pesquisa.

No que diz respeito ao **desenvolvimento de habilidades pessoais**, gestores do primeiro grupo(práticas corporais) afirmam ter percebido que isso ocorreu principalmente porque existe a prática diária das atividades, há relatos dos usuários e observação do próprio gestor, assim como consideram que a ação amplia conhecimentos, pois os grupos de avaliação realizados demonstram isso. Apenas um dos cinco gestores deste grupo respondeu que não há desenvolvimento de habilidades pessoais.

Quanto ao gestor do projeto tabagismo o desenvolvimento de habilidades pessoais seria uma decorrência do próprio projeto de pesquisa.

Os gestores responsáveis por locais em que são desenvolvidas atividades físicas e práticas corporais responderam negativamente quando indagados se as mesmas desenvolviam a capacidade dos participantes em detectar problemas, enquanto o gestor responsável pelo projeto sobre tabagismo respondeu afirmativamente, visto que o estudo pretende aprimorar a percepção crítica dos envolvidos com relação ao tema.

Quando se trata do grupo de atividades físicas e práticas corporais, o **empoderamento para ação no sistema** é visto como uma decorrência das mesmas que levaram à observação e vivência, pela sua duração e pelo efeito que os usuários percebem que a atividade causa. Um deles afirma que embora perceba o empoderamento como resultado, considera difícil para o usuário, visto que mudanças no estilo de vida são difíceis. Dois dos cinco gerentes afirmaram não perceber esse empoderamento. Empoderar para o sistema para o gestor do projeto em tabagismo, por outro lado, implica no fato que a proposta para continuidade da pesquisa vai além da mesma, uma vez que exige o envolvimento da supervisão de saúde para ampliar.

Empoderamento para ação na comunidade é percebida pelos gestores de atividades físicas e práticas corporais como alcançada pelo fato de que há participação nos processos e pelos resultados obtidos nas reuniões dos grupos de avaliação. Dois dos cinco gerentes afirmaram não ter percebido esse tipo de empoderamento. O gestor do projeto de tabagismo respondeu que essa será a 2ª. Etapa do projeto de pesquisa.

Pode-se dizer, de forma geral que as práticas corporais quase que se confundem com a própria promoção da saúde no grupo de gestores, percepção essa que também é compartilhada pelos capacitadores nesse tema, conforme foi visto anteriormente. No caso do gestor do projeto tabagismo, nota-se que não se trata de uma ação propriamente dita, mas de um projeto de pesquisa.

Este grupo apresentou essa característica, de certa forma. Aqueles que não estavam ligados às atividades físicas e práticas corporais (maioria, inclusive) estavam ligados um à vigilância de óbitos, que estrito senso não pode ser considerada como uma ação de promoção da saúde e outro muito mais a um projeto de pesquisa do que a uma ação como tal.

Esses aspectos podem relacionar-se, como já dito anteriormente, à própria inserção das práticas corporais no sistema municipal de saúde onde parecem já ter ganhado alguma sustentabilidade.

Grupo de respondentes que desenvolvem ações de promoção da saúde em unidades e regiões. Temas: cuidados às vítimas da violência, grupos educativos em hipertensão e diabetes, práticas corporais e práticas educativas no PSF.

O terceiro grande grupo de respondentes foi constituído pelos técnicos e profissionais que desenvolvem as ações de promoção de saúde propriamente ditas e compuseram os seguintes subgrupos: cuidados às vítimas da violência – dois técnicos; práticas corporais, nove pessoas; grupos educativos – sete práticas educativas no PSF – um, num total de 19 respondentes.

Abaixo a descrição e análise de suas respostas.

Para os responsáveis pela execução de ações de cuidados às vítimas da violência, o **desenvolvimento de habilidades pessoais** foi entendido com a capacidade necessária para que possam ocorrer os atendimentos específicos, os encaminhamentos e as ações desenvolvidas.

Para os envolvidos com ações de promoção de saúde que priorizam grupos educativos em diabetes e hipertensão, o desenvolvimento de habilidades pessoais se dá pelo grupo em si, pela própria ação educativa, pela mudança de hábitos e estilos de vida que ocorreram e porque os participantes dos mesmos apresentam uma maior adesão ao tratamento.

Quanto àqueles que atuam com práticas corporais foram encontrados três tipos de respostas. Um tipo o que considerava a prática corporal em si, o que parece levar o técnico a entender como habilidade pessoal o desempenhar da atividade, os movimentos da

mesma. Um segundo apontava como estratégia para o desenvolvimento de habilidades pessoais, além da prática em si, a ocorrência de palestras educativas sobre hipertensão e diabetes e um terceiro tipo de respostas referia que além da prática na unidade, os usuários são instados a repetir a prática em casa e que os grupos relatam melhora nos relacionamentos interpessoais.

Pode-se notar que parece mesmo existir uma percepção comum entre aqueles que desenvolvem ações de práticas corporais, qualquer que seja o grupo a que pertençam. O mesmo se dá em relação ao tema "cuidados às vítimas de violência".

Os técnicos deste segundo grupo de ações deram respostas muito semelhantes às dos capacitadores, principalmente no que diz respeito à visão mais ampliada das estratégias, princípios e matrizes de ação em Promoção de saúde, como se verá mais adiante.

Quando o tema abordado pelos respondentes era "cuidados com vítimas da violência", o entendimento e a justificativa do **fortalecimento da ação comunitária** relacionavam-se com a resolução dos problemas, sempre a partir de reuniões com a própria comunidade e pelas ações desenvolvidas.

Quanto ao tema grupos educativos três dos técnicos reconhecem que a ação não possibilitou o **desenvolvimento da ação comunitária**. Os outros quatro afirmam que essa estratégia foi utilizada, visto que alguns usuários participam do Conselho gestor e são multiplicadores das práticas. Outra razão apontada é a divulgação feita do grupo.

Para os nove técnicos envolvidos com ações de práticas corporais, o **fortalecimento da ação comunitária** foi identificado como a participação dos usuários nos conselhos gestores das unidades por cinco deles. Outras respostas também apareceram, tais como reivindicação de locais para a prática (praças, parques), integração através de atividades extras, a própria prática como uma

ação de fortalecimento, além do aparecimento de multiplicadores, a partir do grupo de usuários.

Criação de entornos saudáveis foi alcançada por meio de reuniões com a comunidade que visavam tanto a resolução de problemas quanto a formação de uma rede de serviços para atendimento às vítimas de violência. No caso dos envolvidos com os grupos educativos, possibilitar a criação de **entornos saudáveis** foi reconhecido como uma das estratégias por três dos técnicos envolvidos, embora os mesmos não tenham justificado sua resposta. Os demais (quatro) consideraram que a ação não contempla esse aspecto.

Quanto ao grupo envolvido com o desenvolvimento de ações de práticas corporais as respostas foram um pouco mais diversificadas: foram identificadas como estratégias para um entorno saudável as ações de controle do vetor da dengue, reivindicações para melhoria de praças e parque, realização da atividade no parque municipal, até a criação de grupos de acolhida a novos moradores, com discussões sobre a realidade do bairro, oficinas sobre questões ambientais, hortas comunitárias. Duas respostas remeteram-se, mais uma vez às práticas pelas práticas e dois disseram não ter estratégias para a criação de entornos saudáveis.

Políticas públicas saudáveis resultaram de parcerias formadas para um dos envolvidos com atenção às vítimas da violência, o outro não soube responder. Entre os envolvidos com grupos educativos, quatro consideraram que a ação não favorece a implantação de políticas públicas saudáveis. Dentre os outros três que disseram sim, apenas um justificou a resposta com a existência do grupo.

Para os responsáveis pelo desenvolvimento de práticas corporais na rede municipal, as estratégias reconhecidas como favorecedoras para a existência de políticas públicas saudáveis foram a realização das práticas em outros equipamentos, pertencentes a

outras secretarias (2 respostas). Dois outros técnicos afirmaram não haver nenhuma estratégia, pois as políticas de saúde estão direcionadas para a realização das práticas. Três não souberam responder e dois disseram que a prática é a estratégia.

Reorientação dos serviços de saúde por meio da atenção às vítimas compreende todas as ações que são desenvolvidas para isso: terapias comunitárias, práticas corporais, orientação e grupos educativos foram citados. Favorecer a **reorientação dos serviços de saúde** foi considerado uma estratégia da ação por todos os técnicos envolvidos em práticas educativas que justificaram suas respostas com a própria existência dos grupos. Apenas um disse tratar-se de "somente extensão da ação para outros períodos/profissionais da unidade."

No grupo de práticas corporais foram encontradas as seguintes respostas: dois técnicos disseram que a inclusão das práticas não favoreceu uma reorientação dos serviços, visto que as mudanças são decorrentes da atuação de determinadas pessoas e não de uma ação da estratégia que possibilita a reorientação dos serviços. Seis afirmaram que as práticas corporais foram estratégias que reorientaram os serviços por existirem na unidade, pelas ações de capacitação e educação ali desenvolvidas. Um deles afirma que não há reorientação, pois a prática é desenvolvida por um único profissional.

Com relação aos princípios da promoção em saúde, os técnicos responsáveis pelo desenvolvimento de ações de cuidados às vítimas de violência afirmaram que a **participação** é um princípio seguido, na medida em que ocorrem discussões sistemáticas sobre a questão da violência, com desdobramentos, bem como com discussões de casos.

Para os envolvidos com ações de grupos educativos, a participação é vista como sinônimo do fato dos usuários fazerem parte do conselho gestor. Descrevem ainda, algumas outras

características, tais como: decisão conjunta das ações do grupo, o paciente tornar-se co-responsável pelo tratamento, a continuidade dos grupos e o envolvimento dos usuários para que isso aconteça além das trocas de experiências de vida. Um deles cita o empoderamento dos usuários, mas não explicita a que se refere.

Quanto ao grupo envolvido com práticas corporais, o princípio da participação é visto como existente na ação por todos os técnicos. E todos se referem à participação como participação no grupo de práticas, estabelecimento de relações entre os membros/participantes do grupo, eleições no grupo, monitoria. Todos os exemplos referem-se sempre ao grupo de usuários que fazem parte da ação.

Intersetorialidade para quem trabalha com cuidados às vítimas da violência caracteriza-se pela existência ou envolvimento de várias as instâncias e órgãos na questão, em todos os níveis de governo; no entanto, não há menção se essa integração e dá na prática cotidiana ou se apenas é remetida à amplitude da violência como tema central da ação.

No caso dos envolvidos com grupos educativos, a **intersetorialidade** é vista como existente por alguns dos técnicos, quando se referem às parcerias com outras instituições da região. Outros, no entanto, afirmam que a intersetorialidade não é alcançada principalmente por faltar apoio da parte dos gestores e que algumas parcerias só acontecem por iniciativa própria dos funcionários. Outros dizem simplesmente que não há intersetorialidade.

No caso das práticas corporais, os técnicos vêm como seguido o princípio da **intersetorialidade** pelo fato de várias secretarias disponibilizarem espaços para a realização das práticas, bem como pelo fato de alguns usuários passarem a integrar alguns conselhos da região (gestor, tutelar). Um deles aponta a parceria com a Associação Amigos de Bairro com cessão de espaço e participação de um usuário.

A **equidade** é um princípio considerado alcançado, com prioridade para casos mais graves, estudos de caso e orientação com parceiros, no caso dos cuidados às vítimas da violência.

Para os que atuam com grupos educativos, **eqüidade** é seguida na medida em que procuram desenvolver as ações na comunidade, facilitar o acesso de todos, bem como “fazem chegar a informação aos mais carentes.”(sic). Um dos técnicos afirma que, pelo contrário, os usuários dos grupos passaram a ter mais privilégios que os outros na unidade.

Para o grupo de práticas corporais, consideram que foi atingido, pois todas as pessoas podem participar das práticas, incluídos os idosos e pessoas portadoras de deficiência.

Sustentabilidade: dois são os técnicos envolvidos na ação “cuidado às vítimas da violência” e ambos consideram que a ação tem sustentabilidade porque existem capacitações e orientação a funcionários de outros setores da secretaria, bem como ocorrem reuniões de acompanhamento sistemático das ações.

Entre os sete técnicos que atuam com grupos educativos, seis afirmam que o princípio da sustentabilidade foi seguido na ação seja pela reivindicação dos usuários para que a ação se mantenha, seja pelo apoio dos coordenadores das unidades à ação, seja pela persistência dos funcionários em continuar com a mesma. Um deles complementa que a sustentabilidade se dá, ainda, por meio da ampliação das ações dentro da comunidade. Um deles diz que o princípio não é seguido porque a ação não chega a esse âmbito.

Quatro dos nove técnicos envolvidos nas ações com práticas corporais disseram que o princípio da **sustentabilidade** estava presente em suas ações porque existem voluntários originários do próprio grupo que podem assumir o trabalho, o que mantém a atividade mesmo durante as férias do técnico responsável, assim como a existência de um projeto da secretaria de verde e meio ambiente na região. Três afirmam que este princípio não está

contemplado, pois as ações existem unicamente por esforço dos profissionais envolvidos, não contando com respaldo institucional. Dois não souberam responder e um afirmou não ter havido nenhuma iniciativa nesse sentido.

As respostas relativas à utilização da matriz de ação e promoção de saúde apresentaram-se da seguinte forma, nos diferentes subgrupos.

Para os envolvidos com cuidados às vítimas da violência, a **educação** se faz por meio de cursos de capacitação a funcionários e discussões sobre a questão da violência contra o idoso.

Já em grupos educativos, dos sete técnicos envolvidos, dois disseram não utilizar a educação como matriz de ação no seu trabalho. Os demais afirmaram fazê-lo abordando assuntos como: estilo de vida saudável, hipertensão, diabetes, como evitar complicações, fatores de risco e cidadania. O que parece contraditório visto que a ação desenvolvida denomina-se grupo educativo.

Em práticas corporais quase todos referem que a matriz de ação educação encontra-se contemplado nas ações desenvolvidas, por meio de palestras sobre diversos assuntos, inclusive qualidade de vida. Apenas um dos técnicos diz que o princípio não está contemplado porque as ações ocorridas são frutos de iniciativas pessoais de alguns funcionários.

Os técnicos do grupo cuidados às vítimas da violência consideraram que esta matriz de ação não se aplica neste caso. No caso dos grupos educativos duas pessoas responderam não utilizar esta matriz de ação. Os que disseram fazê-lo exemplificam com materiais tais como folhetos, mini alimentos, álbuns seriados e outros materiais educativos.

Todos técnicos envolvidos nas ações de práticas corporais dizem que a matriz de ação comunicação está presente por utilizarem folhetos, material produzido pela COVISA, camisetas e outros.

Quanto à **mobilização**, um dos técnicos ligado aos cuidados às vítimas de violência considera que atua com esta matriz visto que realiza reuniões com a comunidade sobre o assunto. Outro disse não se utilizar dela.

No grupo de técnicos que desenvolvem ações de grupos educativos, quatro entre os sete responderam que não seguem o princípio da mobilização, um deles pelo fato das demandas diárias não permitir, outro por considerar que o trabalho ficou muito restrito à unidade e à assistência e controle de DANT. Os que responderam afirmativamente, não justificaram suas respostas.

Mobilização para o grupo de práticas corporais foi entendido como uma matriz de ação utilizada por cinco dentre os nove técnicos envolvidos visto que existe formação de vínculos entre os membros do grupo, participação em atividades locais tais como domingo saudável, divulgação da atividade nas igrejas e associações locais. Dois disseram que não se aplicava, pois o grupo ainda não se encontra nessa fase de desenvolvimento e um não soube responder.

Redes sociais é uma matriz de ação utilizada na formação de redes para atendimento às vítimas da violência.

Para os responsáveis por grupos educativos dois técnicos afirmaram que a ação não estabelece **redes sociais** pelas mesmas razões apontadas para a mobilização, qual seja: o fato do trabalho ter ficado restrito à unidade e à assistência e controle de DANT, bem como terem pouca disponibilidade para isso. Os demais que afirmaram contemplar redes sociais exemplificaram com a formação de grupos fora da unidade para compra e preparo de alimentos e outras atividades, além de participação no conselho gestor.

Já no caso de práticas corporais, com exceção de dois, os demais sete técnicos entendem que a matriz está contemplada pela participação dos usuários em atividades no bairro, no conselho gestor, em associações de bairro. Dentre os dois restantes, um diz não saber e outro que não se aplica.

Quanto à matriz de ação **advocacia**, os técnicos de “cuidados às vítimas de violência” responderam da seguinte forma: um deles não soube responder e outro disse que sim devido ao apoio dado nas reuniões com parceiros.

Para os envolvidos com grupos educativos, três consideraram que o princípio da **advocacia** foi seguido, por entenderem que a busca por glicosímetro, e a participação nos conselhos gestores e fóruns da 3ª. Idade constituem-se em formas de advocacia. Os outros quatro consideraram que não se seguiu esse princípio na ação. Para o grupo de práticas corporais, **advocacia** se faz por meio da participação no conselho gestor, reivindicação de melhorias no atendimento médico, e reivindicações junto a políticos para melhorias coletivas.

Os técnicos responsáveis pelo desenvolvimento de ações de cuidados às vítimas da violência, ao avaliarem seu trabalho, consideraram que o mesmo é responsável pela **ampliação de conhecimentos** dos participantes porque aumenta a informação das pessoas e por meio de ações da cultura da Paz e CAEPS..

Para os que trabalham com grupos educativos, as intervenções que realizam **ampliam os conhecimentos** e justificam sua resposta dizendo que os relatos dos usuários demonstra isso.

Para o terceiro grupo (práticas corporais) com exceção de um, todos os demais técnicos (8) envolvidos disseram que a ação possibilitou a ampliação dos conhecimentos a respeito de DANT, condições e fatores de risco porque há troca de informações entre usuários e monitores, porque houve um favorecimento do autoconhecimento e consciência corporal, pelo aumento da capacidade para leitura de textos, porque há mais pesquisas, portanto, mais conhecimento.

O **desenvolvimento de habilidades pessoais** se traduz em melhor atendimento e compreensão da vivência na visão do usuário, para aqueles que trabalham com cuidados às vítimas de violência.

Para os que trabalham com grupos educativos o **desenvolvimento de habilidades pessoais** também é considerado alcançado porque os usuários assim referem e um deles afirma que a mudança no estilo de vida é indicador desse resultado.

Em práticas corporais o **desenvolvimento de habilidades pessoais** é entendido pelos técnicos como troca de informações, empoderamento técnico (não explicado), capacidades e empoderamento, por ter feito uma capacitação. Referem-se, ainda aos resultados da prática das atividades como desenvolvimento de habilidades pessoais, como por exemplo: perda de peso, ampliação de práticas corporais, desenvolvimento de habilidades.

Desenvolvimento da capacidade de detectar problemas, quando se trata de cuidados às vítimas da violência foi entendido como reconhecimento de situações de violência e estudo de casos e dos fatores que levam à violência.

No caso dos grupos educativos os responsáveis afirmam apenas que sim, sem tecer nenhuma justificativa ou explicação para a resposta. Um deles aponta o relato dos usuários quanto às dificuldades em adotar hábitos de vida saudáveis.

Para o grupo de práticas corporais, **desenvolvimento de capacidade para detectar problemas** é aprendido em palestras e orientações, olhar favorável sobre as práticas e relatos de melhora, realização de outras práticas, melhoria na qualidade de vida, aquisição de hábitos mais saudáveis, depoimento mostra empoderamento, pelo desenvolvimento de habilidades pessoais.

Os técnicos responsáveis pelas ações de cuidados às vítimas da violência afirmam que as mesmas possibilitam que os participantes tenham **empoderamento para o sistema**, que consideram ser a participação sistemática e a discussão com outros profissionais além do atendimento de grupos terapêuticos.

Para aqueles que desenvolvem grupos educativos, **empoderamento para a ação no sistema** foi alcançado segundo

quatro dentre eles, que consideraram as ações como possibilitadoras deste empoderamento, tanto pelo fato dos usuários participarem de conselhos, como porque os usuários passaram a “buscar seus direitos”. Três afirmaram que não atingiram esse objetivo e um que o mesmo não se aplica à sua ação.

Dos nove técnicos envolvidos em práticas corporais, três referiram-se a reuniões do conselho gestor como critério por eles utilizado para identificar se houve empoderamento para ação no sistema. Os demais reconhecem que não há um empoderamento para ação no sistema, seja por considerarem que as ações ainda são muito pequenas para atingirem tal objetivo, seja por que o sistema está distante da realidade do usuário.

Empoderamento para comunidade se dá por meio de novas ações desenvolvidas, de acordo com um dos técnicos que atuam em cuidados às vítimas da violência. Um deles apesar de responder sim, não soube explicar ou exemplificar.

Os responsáveis pelas ações em grupos educativos responderam que a ação não empodera para a comunidade.

Já para o grupo de práticas corporais, **empoderamento para a ação na comunidade** não é consenso. Cinco dos entrevistados disseram avaliar que a ação não provocou empoderamento para a comunidade, um disse não saber. No entanto, não justificam essa resposta. Os demais que avaliaram ter havido empoderamento para a ação na comunidade o dizem em relação à participação de usuários no conselho gestor, mais uma vez como critério.

5.3.2. Relatório dos cinco “Grupos de discussão e avaliação” realizados

Perguntamos aos grupos o seu entendimento acerca do uso de um painel de monitoramento e avaliação, mas o fizemos de maneiras distintas. Em alguns casos solicitou-se uma resposta que se trata de considerar um painel de modo genérico, além do painel em questão

e, em outros casos, solicitou-se uma resposta em relação apenas ao painel em questão. As respostas, no entanto, em ambos os casos, apresentaram considerável diversificação.

Algumas respostas indicaram os sentidos que podem ter a adoção de painéis:

Seria um meio de você sintetizar tudo que é feito, no trabalho, no dia, de uma forma mais prática se você quiser analisar depois.

...Um painel de monitoramento de ações é para a gente parar e pensar no que a gente está fazendo no decorrer do tempo, para dar uma noção de ao longo do tempo. De processo mesmo.

O Painel é interessante para você avaliar, né, o todo da ação, mas desde que você realmente use, porque fica naquela coisa de só no papel, né, e que alimente, se você não alimentar esse painel, fica uma coisa estagnada daquele momento, e não de vários momentos, eu acho que tem que ser alimentado, tem que ter um fluxo de alimentação desse painel.

Houve uma concentração maior na reflexão sobre o painel em questão que foi, então, avaliado em diferentes perspectivas. Em alguns casos foram destacados os aspectos positivos identificados pelos participantes na proposta apresentada, que teria possibilitado a reflexão sobre as ações e a consideração de seus aspectos qualitativos:

...este Painel ele organiza as etapas básicas, as fases destas atividades de promoção, ele meio que te obriga a pensar nelas periodicamente...

... implantação das práticas nas unidades já tem quase 7 anos, mas isto não é avaliado, você sabe do relato dos usuários, mas até hoje não tem nenhum registro, continua não tendo nenhum registro, tem agora o apontamento, mas por produção do profissional, mas e a qualidade disto? Então pensei neste Painel.

...As pessoas que fazem o grupo, não expressam neste valor numérico a qualidade que eles conseguiram lucrar naquele serviço, naquele grupo. Este sempre foi um questionamento dos colegas de serviço.

Também foram destacados os aspectos positivos em relação a obtenção de discernimentos, descobertas e idéias:

Não conseguia imaginar como, mas este instrumento, chegando nisto, a organização permitiu encaixar coisas. Tem as práticas que a gente faz em termos de promoção. Tem o que a gente tenta relatar. Tem a promoção da saúde, mas às vezes não dá tempo de juntar e até quando a gente tenta transmitir. Foi um exercício hoje, puxa!...

Eu sinto que apesar de ter tido aula e terem nos dado algumas referências, eu também parto que entender promoção não é fácil e aí às vezes a gente está pensando promoção (...), de repente a gente vê o conceito que está no texto do questionário, a gente vê que está há anos luz que a gente está se referindo. Então é como se a gente estivesse no bem no "comecinho", num primeiro degrau.

Nós percebemos que os nossos parceiros são autônomos, não são parceiros realmente.

Nós estávamos muito angustiadas enquanto grupo de como começar a avaliar e achei interessante este formulário até para nortear...

Algumas respostas destacaram a dificuldade em se construir um painel voltado para o monitoramento de ações de promoção da saúde em razão da diversidade que estas apresentariam:

Eu acho, como é difícil quando você pensa em promoção da saúde e cada vez mais eu me convenço mais achar um instrumento de avaliação único para todo mundo, como é complicado esse tipo de coisa, mesmo o meu.

... eu acho que a gente podia tentar pensar nesse leque tão grande, que foi apresentado, e pelo menos eleger

alguns que contemplassem os vários projetos. Eu penso numa coisa que possa ficar uniforme dentro da Instituição.

A exemplo do que parecem representar, também, os excertos acima, muitas respostas identificaram uma inadequação do painel às ações desenvolvidas. Parte delas identifica como problemas a extensão do painel:

... talvez não entrar tanto no miúdo (...).

Tem que se resumir mesmo, atividades, colocar as coisas importantes...

Em alguns casos as respostas indicam uma insatisfação/insegurança com a dificuldade de explorar a subjetividade contida na avaliação qualitativa implicada neste tipo de instrumento e que teria marcado o exercício de preencher o painel com a própria experiência, ou que marcaria a própria promoção da saúde ou a área das DANT:

Eu acho que ficou muito subjetivo. Pelo menos o que a gente respondeu foi uma opinião pessoal não teve nada, uma coisa mais objetiva para ser mensurada.

... se você vai ver em termos da composição do grupo, acho que ele vai ficar um pouco frágil, porque você vai ter justamente isso que a colega está dizendo: 'e não se aplica, não se aplica, não se aplica!'. E a outra participante completa: e talvez se aplique, né? Se você conversa com outra pessoa, começa a se aplicar.

... Na hora que você pensa em DANT esta se pensando em algo muito mais subjetivo. Uma coisa muito mais de trabalho coletivo, o que você está fazendo para a promoção da saúde propriamente dita. Então, vale a gente repensar esta questão de Painel, até pelos critérios que a gente vai expor, não só a nível gerencial, mas para a população mesmo.

A parte qualitativa fica bastante difícil de se colocar num Painel, cada um vê de uma maneira, não se pode generalizar, o que se iria colocar, divulgar como esta população está enxergando, em números é fácil enxergar, de outra forma é difícil de se achar.

Em outros casos a insatisfação apareceu relacionada à dificuldade de se responder às questões ou parte das questões propostas pelo painel e, em algumas vezes em razão da ação ainda não estar concluída. Parece ter havido um certo viés da parte dos integrantes do grupo, ao entenderem que ação avaliada no painel seria a mesma do projeto CAEPS e não tantas outras também desenvolvidas na sua rotina de trabalho:

... Ele permite sim, que você ache, tem muitos pontos, tem coisas concretas que você pode afirmar e outras que não dá para você ser categórico.

... Ele ainda não chegou lá porque as pessoas não contemplaram seus projetos (...). Então, você fica com um painel, na realidade, meio falsificado. Você tem instrumento de avaliação? Eu tenho. Mas eu não consegui aplicar ainda. Não consegui terminar o meu projeto.

Então é um pouco complicado de responder por que dá a sensação que não fez nada ainda. E não é que a gente não fez, neste processo todo, a gente está discutindo, trocando Não dá para dar uma resposta definitiva, sim, não.

Para alguns dos participantes dos grupos parece prevalecer uma preocupação de que o painel não retrate a ação desenvolvida. Todavia, uma das falas refere-se ao real objetivo do painel – avaliar as ações de rotina de trabalho :

Achei interessante. Por outro lado, na hora que monta o Painel ele te dá de uma maneira muito visual, três eixos que norteiam um pouco. Fica simples demais, é esquisito.

Isto traz vantagens e desvantagens, por um lado dá uma visão panorâmica e por outro impede uma visão mais aprofundada em relação ao andamento dos trabalhos. Eu penso que ele por si só não dá conta, talvez precisasse de um outro instrumento para um acompanhamento mais de perto.

Aí tem uma dicotomia, uma coisa é o projeto que a gente está fazendo aqui, que a gente bolou o projeto para fazer, a gente pegou as pessoas que não tinham adesão à dieta e a gente entrevistou estas pessoas. Não foi isto que a gente avaliou neste painel. A gente avaliou neste painel os grupos de diabetes, as ações de promoção da saúde que a gente faz na unidade.

Por fim, pode-se identificar, ainda, uma inadequação que parece tributária de uma questão conceitual, pois como indicado pelo participante:

Na região a gente optou por avaliar a promoção no enfoque da visita domiciliar, em relação às pessoas com doenças crônicas e em especial o hipertenso, a sensação de algumas questões é que elas se propunham a analisar processos do tipo grupos, educativos, não atividade cotidiana assim.

O painel permitiu a descrição da ação?

Os participantes dos grupos também se dividiram em relação à pergunta lançada a eles sobre o painel ter ou não possibilitado a descrição da ação com a qual estavam envolvidos.

Os que responderam negativamente apresentam como razões o já descrito acima em relação à adequação do painel à ação em questão, mas há um acréscimo no que se refere à categoria avaliação da efetividade presente na proposta, que como se pode perceber mais adiante, é também apresentada como uma das dificuldades:

Até um certo ponto, quando chega à questão que acho que envolve outras pessoas, por exemplo, na questão da efetividade, quando você ouve os sujeitos da ação.

Aí é como ele falou, é uma opinião minha pessoal, acho que está sendo efetivo, mas eu não perguntei para as pessoas...

Mas aqui ele não coloca os parâmetros. O paciente diabético, ele vem, assiste uma palestra e ouve tudo bonitinho, mas não muda o estilo de vida, a "ficha" não cai, a glicemia não cai. Foi efetivo?

Entre os que responderam afirmativamente à questão, destacou-se o fato de isso representar algum avanço:

Ele é um começo, pelo menos no começo para organizar, porque é coisa muito qualitativa, escrever aí. Tem que ser sucinto e dar uma resposta objetiva.

O principal ponto dele é que você está padronizando alguma coisa.

O que parece ser uma resposta condicional foi encontrada no depoimento de um participante, que afirmou a necessidade de "estar firme no conteúdo de cada item desse. Tem que já estar embutido na gente os conceitos. E aí o Painel chega ao objetivo dele".

Dificuldades no preenchimento do painel

Como indicamos acima, ao responder sobre dificuldades encontradas no preenchimento do painel, os participantes indicaram as categorias relativas à avaliação e, de modo particular, a avaliação da efetividade:

Aquela parte da avaliação e efetividade, eu senti assim, uma camisa de força, eu tinha que me enquadrar naquilo lá, eu não pensei, até porque não deu tempo de pensar, se eu fizesse o painel o que eu colocaria naquela parte, mas senti muita dificuldade de me enquadrar naqueles itens.

... às vezes a percepção nossa é que foi efetiva, quando na verdade o usuário pode achar que não, não ser traduzida em ações do usuário que realmente melhore

a saúde dele. Ele pode ter ouvido, achado legal, mas e daí, não mudou o estilo de vida, não aconteceu nada.

Mas para nós que usamos o estudo científico, quando você fala eficácia, efetividade, tem um significado próprio. O leigo, ele pode entender de qualquer maneira, mas para a gente responder eficácia, efetividade a gente está dizendo determinada coisa, você tem que se calçar em alguns parâmetros, aí para dizer: Foi efetivo, foi eficaz.

Dificuldades sentidas no preenchimento do painel estiveram relacionadas também à falta de informação mais clara a respeito da ação em questão ou à falta de hábito de avaliar ou ainda a falta de referências conceituais sobre esse tipo de processo:

... deu para responder, só que faltavam dados para anexar.

... eu senti dificuldade porque me senti dividida, porque eu trabalho num determinado lugar, eu não aplico as práticas, mas estou avaliando junto com as pessoas que aplicam(...).Senti dificuldade no entendimento das questões mesmo e às vezes mesmo entendendo eu não conseguia fazer esta divisão.

... como não tem o hábito de avaliar, de monitorar atividades, não se tem o hábito de fazer avaliação, mais para frente vai se tornar um hábito.

Houve casos em que as dificuldades poderiam ser superadas se houvesse mais tempo dedicado à atividade de preenchimento do painel ou se ela fosse realizada em grupo e não individualmente:

Acho que um tempinho mais de discussão, porque o rico de poder escrever, foi lembrar coisas. E numa unidade. Poxa, aquele projeto! Lembrar de cada curso, precisa de tempo. Na parte de educação permanente foi muito difícil. Lembrar de cada curso, deixar na Unidade é até uma oportunidade das pessoas discutirem.

Eu penso que este Painel a resposta dele, tem que ser no coletivo, que não pode ser individual. Tenho certeza que se eu tivesse feito as respostas com as outras duas pessoas que participam do mesmo grupo que eu, nós teríamos mais clareza, com breves discussões de qual deveria ser a resposta mais adequada...

Uma dificuldade discutida por um grupo dizia respeito à falta de sintonia, por assim dizer, entre o marco teórico que referenciou a construção do painel e a concepção que orientaria a política de saúde nos âmbitos municipal e federal. É o que está expresso no longo excerto, abaixo, que foi editado no máximo possível, e nos que o seguem:

Eu achei um pouco confuso, porque assim, a Prefeitura de São Paulo trabalha com mudança de estilo de vida. Quase que todas as nossa ações e até o Ministério da Saúde tem uma linha para a pessoa mudar o estilo de vida dela, e aí entra o trabalhador no meio para forçar esta mudança. E esta linha que a Escola de Saúde Pública adota, que a gente vê a Márcia falando, vai numa linha de uma questão mais política, entendeu, de uma decisão do gestor de querer de fato uma cidade mais saudável, o que pra nós é complicado, você fica tentando aplicar conceitos que o município não tem adotado (...). Será que eu estou indo numa linha certa? (...) É difícil, porque este questionário vai muito nesta linha de trabalhar a comunidade para que ela melhore as condições de vida, para que ela busque uma cidade saudável, para que ela reivindique saneamento. Eu entendo assim, a promoção de uma forma muito ampliada do que esta da gente só responsabilizar o indivíduo. Que é essa a linha que de fato a Prefeitura tem adotado. Essa é real? Então na hora que você vai ver o instrumento, ele fica confuso, eu senti essa confusão em mim, puxa, porque ele está distante do que eu faço, porque o que eu faço é o indivíduo e juntando um monte de indivíduos parece que é coletivo, mas no fundo, no fundo é indivíduo, indivíduo, indivíduo, indivíduo, entendeu? (...) fico com a cabeça dividida, (...) para a cidade de São Paulo ele é quase uma utopia.

... não dá para lutar abertamente por todos os princípios, por todos os referenciais teóricos, você tem

que abrir mão de muita coisa, mas está na base da nossa formação, não é nada que a gente já não tenha pensado, estudado. A dificuldade que se coloca é que de repente cada vez menos se pensa nisso na prática.

Eu acho que tem também uma dicotomia, da conceituação da promoção e o que ta fazendo no âmbito da prefeitura (...). Eu acho importantíssimo o que se está fazendo, mas avaliar isto a partir dos conceitos de promoção da saúde, é que eu acho um pouco inadequado, porque se for perguntar: as práticas modificam? As práticas empoderam (...)? As práticas mudam o estilo de vida(...)?, (...) a gente não vai valorizar isto da maneira que merece...

Cabe destacar, por fim que também foram encontrados casos em que os participantes afirmaram não ter encontrado dificuldades no preenchimento do painel.

O que incluiriam no Painel

Uma parte dos acréscimos sugeridos, em consonância com as dificuldades de descrever algumas ações, como indicado acima, apontou para a inclusão de temas que permitiriam ao respondente incluir a sua ação de promoção da saúde, como em alguns casos:

Eu acabei preenchendo todos aqueles itens de hipertensão de idoso e adolescente, que na verdade eu não trabalho diretamente com eles,...

Pra mim faltou também porque é diferente, o da gente é... então não deu para focar diretamente o trabalho da gente...

Outros participantes dos grupos se referiram a desejáveis mudanças nos termos empregados ou na forma como eles foram definidos:

Poderia mudar este termo, em vez de advocacia, para defesa de direitos, advocacia como defesa de direitos.

Esses entornos saudáveis, acho um termo muito amplo, porque ao meu ver ele envolveria todo resto, às vezes até mais: comércio, indústria, prestadores de serviços,

ONGS, organizações públicas e não públicas (...), mas a princípio o entorno saudável acho que começa dentro da unidade, quando eles começam a limpar o terreno para fazer uma horta.

Uma parte das inclusões sugeridas parece revelar uma necessidade de explicar ou justificar mais que descrever as características das ações em questão:

Parece que tem que ter comentários mesmo para que a gente não peque nisto.

É uma pesquisa qualitativa. A gente vai ter que escrever, vai ter que descrever, justificar.

Unidades equipadas com profissionais para atender crianças vítimas de violência sexual, isto não existe, esta estrutura ainda está só na lei (...), acho que este instrumento deixa de enxergar algumas coisas.

Também foram sugeridas inserções que fossem capazes de indicar que a promoção da saúde deva ser considerada em sua característica de processo:

Talvez os recuos. Existem recuos, há avanços, estagnações, estratégias.

... A questão da promoção da saúde tem altos e baixos, tem os recuos que ela aponta. É em longo prazo, é um trabalho inclusive com gestão...

Pontuar as estruturas que existem, ou as parcerias, se alguém formou ou mobilizou para formar, não está no instrumento.

Cai direitinho no que eu penso é, neste painel falta o debate.

Se as recomendações acima parecem querer antecipar para um único retrato o que o painel poderia produzir ao longo do tempo enquanto monitoramento, com a recomendação abaixo encontramos uma antecipação do que seria a fase seguinte de discussão a uma

possível validação do modelo pelo grupo de pesquisadores. Nesse sentido, diz um participante:

Na realidade, se me permite, deveria ser pactuado, porque tudo que é pactuado é cumprido, e isto não é pactuado, então pode deixar de ser cumprido existir pelo técnico deveria ser pactuado.

Como fazer para inserir essas ações na gestão local?

Instados a refletir sobre que medidas poderiam ser adotadas para fortalecer e assegurar a sustentabilidade dessas ações de promoção da saúde que realizam, alguns dos participantes apresentam soluções aparentemente simples:

A gente só precisaria seguir o que o SUS recomenda, o SUS contempla tudo isto que a gente está falando, e a própria DANT, são doenças e agravos não transmissíveis, maior causa de morte, na nossa região...

Precisa ter vontade política dos governantes de tudo isso que nós precisamos...

Uma parte expressiva dos casos concentra-se na denúncia ao tipo de política de saúde adotado pela municipalidade, que inviabilizaria o desenvolvimento de ações de promoção da saúde:

Eu particularmente acho, né, vivência que a gente tem agora com estas O.S., o espaço da promoção está diminuindo. O meu posto era imenso, foi reformado para o AMA, espremeram a gente, eu briguei para ficar com uma sala de reunião...

... agora é pronto atendimento, números e nem prevenção nenhuma.

Depende muito do lugar. Quem está em nível de coordenadoria e da política do momento, que é o AMA. Essa visão, eu chamaria distorcida.

Foram citadas algumas recomendações de caráter gerencial ou administrativo que seriam capazes de contribuir para uma maior inserção das ações em questão no âmbito local:

Para as coisas acontecerem mesmo. A gente tem que ter as políticas bem claras em nível de Secretaria, da ação mesmo. Aí envolver estes outros atores dentro da Secretaria, porque na base a gente junta tudo mesmo. Mas no nível da Secretaria se isto não está bem combinado, a ponta não consegue.

Primeiro deveria ser pactuado com uma política pública voltada para prevenção, para promoção e prevenção.

Eu acho que um processo de capacitação dos profissionais de modo geral (...), mas tem que se pensar em estratégias de população para aqueles que não pensem como nós (...), tem que aprender a ter o discurso com os outros profissionais.

... devia ter um incentivo para o profissional de saúde que se dedica a ações de promoção. Os terapeutas comunitários lá na região que eu trabalho, eles, com certeza, diminuem a demanda no pronto socorro com medicação.

Em um caso foi citada a contribuição para a inserção e sustentabilidade das ações dada pelo maior envolvimento da comunidade e há relativo consenso em torno da idéia de que as ações acontecem graças ao empenho e insistência de alguns profissionais:

... na minha experiência quanto mais a comunidade estiver envolvida...

Você faz porque você quer, não é porque é uma diretriz de trabalho.

...as coisas acontecem porque as pessoas fazem acontecer.

Por último, um participante acaba por se questionar sobre a própria responsabilidade em relação à persistência de um modelo que se entende como desfocado do que seria o mais importante:

Eu não sei quem é o mais culpado, se seria nos mesmos, se eu sou muito crítico, porque na realidade porque o usuário pede isto de novo, porque não somos entendidos, de alguma forma, eu não sei como, (...) em algum momento eu acho que nós falhamos, se eles

estão pedindo de novo este mesmo modelo, nós falhamos de alguma forma de mostrar que a unidade básica promocional, fazer que a prevenção fazer a promoção era mais importante, mas não mostramos.

Como o funcionário envolvido com promoção é visto pelos demais?

Freqüentemente ocorreram relatos em que se destacaram a desvalorização não apenas das ações de promoção da saúde, mas também dos envolvidos com elas:

Não é considerado que ele trabalha, ele vagabundeia, ele não trabalha, ele fica ali conversando com o usuário.

Como o olhar é para a doença, eles querem procedimento, nós de DANT não fazemos procedimento, cadê o numero, não medicamos.

Além de desconhecer, desvalorizam e se puder trabalhar de forma contra e boicotar, podemos citar muitos exemplos, desde trancar a sala onde está o [necessário] fio na hora da atividade.

Houve também referências a situações nas quais não ocorreu essa desvalorização ou ela pode ser superada:

Eu não vejo nada contra, acho que sou privilegiada, a minha unidade é mais fácil. Eu faço esta promoção no grupo de hipertenso, mas também no meu atendimento individual eu procuro saber do paciente mais para ampliar esta prevenção, família. Não tem nada contra.

No início, realmente, até o corpo clínico, os médicos, eles não enxergam, mas se você sustenta esta ação, a coisa muda.

O que é o mais relevante na ação desenvolvida?

A maioria dos participantes dos grupos destacou como o mais relevante da ação que desenvolvem os resultados obtidos junto aos

usuários, seja no sentido de empoderá-los em relação a decisões sobre sua saúde, seja no aproveitamento das oportunidades criadas para o convívio social:

O retorno que eu tenho dos meus usuários (...). O empoderamento deles...

A meu ver é o retorno que os usuários vão dando, você percebe mudança de hábito, que é algo tão difícil e ao longo do tempo você começa a perceber.

... É interessante perceber isto, não é a prática do Lian Gong que leva as pessoas, elas relatam melhoras, mas as melhoras que elas relatam, elas atribuem não ao exercício, à prática, mas à convivência do grupo, ao poder ficar lá, a poder compartilhar, a ter um momento que é só delas.

Em alguns casos deu-se maior destaque à militância ou uma forma de ação de advocacia dentro do âmbito do trabalho, em torno das políticas de saúde:

A avaliação de todos esses grupos que estão na cidade: eu acho que é uma responsabilidade muito grande nossa dar um resultado, que seja bom ou ruim, algum tipo de resultado que sirva para que o gestor também poder se embasar, do quanto pode investir na promoção.

... Aí a gente vai levar os dados para imprensa, para os canais competentes e trabalhar como um instrumento de mobilização. Se a gente pensar que este nosso trabalho vai mudar o enfoque e a prioridade do serviço público, aí não mesmo. A gente tem que mostrar que a ação que nós avaliamos é muito boa, se ela for ampliada vai dar uma mudança muito grande.

6. DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE PESQUISA.

Pudemos identificar três fases no processo de investigação. A primeira correspondente a formação da equipe dos pesquisadores que se constitui naquilo que Thiollent chama de "seminário central". Os

profissionais que fazem parte do seminário central tiveram como objeto de discussão a avaliação e monitoramento das ações de promoção da saúde em DANT. Esse grupo escolheu como sujeitos do estudo projetos que estavam em processo de elaboração dentro da proposta de desenvolvimento do CAEPS. A simultaneidade desses dois processos, o início desta investigação e a adesão dos profissionais da secretaria de saúde ao CAEPS, parece responsável por imprecisões no entendimento das tarefas propostas para cada um deles, tanto por parte dos gerentes do processo quanto por parte dos próprios pesquisadores.

Essas imprecisões de entendimento parecem ter se refletido também nas respostas dadas pelo grupo de profissionais que participou do processo de avaliação e discussão do painel, conforme já analisado.

Em pouco tempo pode-se sentir os efeitos desse quadro de imprecisões sobre a dinâmica de trabalho do grupo, razão pela qual se decidiu realizar uma *sistematização da experiência vivida* na perspectiva adotada por Jara (1996). A vivência dessa sistematização ofereceu algumas pistas a respeito de quais questões estariam mediando a tensão decorrente da concomitância e natureza dos dois projetos.

As discussões ocorridas nesse processo de sistematização apontavam para temas como: tensões paradigmáticas, relação entre hegemonia e contra-hegemonia, processo inovador e burocracia, fragmentação e complexidade. O enfrentamento dessas tensões parece ter sido entendido pelo grupo como o ingresso em uma grande "aventura" em seus sentidos positivo e negativo.

O quadro desenhado por esse conjunto de temas exigiu e instigou o grupo a pensar e a se preparar para responder a esses desafios especialmente durante o processo de sistematização, contribuindo para a construção da sua identidade.

Esse processo foi difícil estimulando alguns participantes a deixarem o grupo. Por outro lado, possibilitou a ampliação da percepção por parte do *seminário central* das interfaces existentes entre os dois projetos – CAEPS e CNPQ -, e dos objetivos e tarefas peculiares a cada um deles.

A segunda fase refere-se ao processo de pactuação de um referencial teórico de promoção da saúde. A análise dos dados demonstrou que houve uma mudança nas percepções dos participantes em relação aos conceitos e ideário da promoção da saúde, considerando-se: o questionário auto respondido de inscrição no programa; a reconstrução dos conceitos de promoção da saúde, ao final da primeira fase da capacitação; o referencial teórico selecionado para dar sustentação aos projetos CAEPS elaborados; suas respostas no formulário de teste do painel; e, suas considerações nos grupos de discussão e avaliação.

Deve-se ressaltar que essa pactuação foi uma via de mão dupla: ao mesmo tempo em que o referencial inovador transformou a percepção dos envolvidos no processo, também foi por ele transformado, visto que diversos eram os atores sociais ali representados, que por sua vez representavam diferentes realidades. Isso evidencia que esse processo de formação, avaliação e sucessivas pactuações é um processo social e, como tal, dinâmico.

A terceira fase foi fortemente marcada pelas dificuldades vividas durante todo o processo e correspondeu à elaboração do painel propriamente dito.

O material identificado na revisão da literatura, em particular o PREFFI, além de reuniões realizadas com gestores municipais e estaduais idealizadores de outros painéis, chamou a atenção do grupo para elementos que poderiam ser contemplados num painel de monitoramento e avaliação de ações de promoção da saúde que

tivesse um caráter mais qualitativo, diferente dos demais modelos existentes.

A versão final do painel e sua avaliação levantaram algumas questões que nos parecem relevantes. Desde a forma do painel propriamente dita até os resultados obtidos e sua implicação com a questão institucional da saúde no município de São Paulo, que condicionam suas possibilidades de aplicação.

Considerando a versão final (anexo 12) e as respostas obtidas, podemos dizer que o painel contém categorias que o público envolvido no teste conhece. É importante considerar que esse público foi o que participou das atividades de formação e pactuação do referencial teórico e que está desenvolvendo os projetos relacionados. Isso parece demonstrar que a adoção de um painel implica na necessidade de uma preparação prévia dos que forem utilizá-lo. Essa também foi uma percepção e recomendação dos participantes do grupo de discussão e avaliação.

Com relação às possibilidades que o painel oferece destacam-se as leituras segundo a ação, que permite entender e monitorar cada uma delas em toda sua extensão e, segundo categorias, verificando a frequência de características no conjunto das experiências (estratégias, princípios, matriz de ação e avaliação, e para casos de educação permanente, também conteúdos, métodos e resultados).

A leitura dos registros realizados no teste do painel possibilitou que o grupo de pesquisadores construísse algumas hipóteses tanto no sentido de compreender o que caracterizaria esse tipo de ações desenvolvidas no município, quanto para avaliar o modo como os participantes realizaram a tarefa de teste.

Em relação a essas últimas, o grupo parece ter se envolvido, de fato, com a atividade proposta. O número de participantes superou as expectativas e os presentes mantiveram-se mobilizados até o final da

atividade, participando animadamente dos grupos de discussão e avaliação. Pode-se verificar, ainda, que suas respostas ao formulário, etapa que antecedeu o registro no painel, foram construídas tomando o manual como referência, isto é, justificavam suas respostas aproximando-as dos exemplos que o formulário oferecia.

O envolvimento com essa tarefa - longa e trabalhosa - sugere que os participantes do teste do painel estavam, de fato, testando o painel. Pode-se notar que houve uma intenção de aproximar suas experiências das categorias presentes no painel mais do que identificar quais entre elas corresponderiam a uma ação em particular - inserida no CAEPS.

Isso não representaria um problema se para cada uma das experiências ou ações de que participava um respondente fosse preenchido um formulário e uma linha correspondente no painel. Entretanto, como o que parecia estar sob avaliação era o painel e não a ação desenvolvida houve uma tendência ao registro "1", isto é, à indicação de que a categoria se aplicava.

Como resultado, a leitura do painel segundo linhas contém um viés, uma vez que as indicações afirmativas ("1") podem representar mais uma "validação" de categorias do que uma descrição propriamente dita da ação.

Não é por se aproximarem de uma situação "ideal" de atenção às categorias propostas - considerando que até este ponto de desenvolvimento do painel não se registram índices, mas aplicações e/ou ocorrências - que os dados podem apresentar vieses. A hipótese é que algumas das linhas retratam mais do que uma única ação, razão pela qual se notam, inclusive, algumas inconsistências, sobretudo, nos campos sobre a avaliação, ponto discutido mais adiante.

Com relação às hipóteses criadas em torno da caracterização do conjunto das ações registradas no teste do painel, o modo como ele foi preenchido, descrito acima, parece não produzir vieses significativos.

A somatória simples de ocorrências ou a frequência das categorias propostas permitem explorar o peso e os possíveis significados que elas têm ou assumem para o grupo participante da atividade.

Nesse sentido, cabe destacar que o conjunto de ações de capacitação registradas concentra-se nas estratégias de desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação de serviços, nos princípios da participação e sustentabilidade, e no que diz respeito à matriz de ação, consideram em menor número a advocacia e a mobilização.

Situação semelhante em relação às estratégias adotadas e a matriz de ação empregada - com destaque para a categoria educação - ocorre com as demais ações registradas, havendo uma pequena variação em relação à afirmação do princípio da sustentabilidade, citada menos vezes.

Chama a atenção que, no caso das ações e práticas de promoção da saúde, a categoria com maior frequência corresponda ao princípio da participação e ao mesmo tempo as categorias com menor frequência - em ordem crescente - correspondam às categorias advocacia, políticas públicas saudáveis e mobilização. O menor número de registros de ações de capacitação não impedem que se identifique também essa tendência para esses casos.

A hipótese é que ao se combinar essa tendência com o peso dado ao desenvolvimento de habilidades pessoais chega-se a uma questão epistemológica que a reflexão deve enfrentar. Parece ter

havido uma tensão ou uma “tradução” em relação ao referencial teórico pactuado.

A noção de uma participação que se dá, de certa forma, “descolada” da mobilização social, “desfocada” da discussão sobre políticas públicas e que não se opera mediante uma militante advocacia de “causas”, parece diferir daquela considerada no referencial teórico. O grupo de pesquisadores teve de buscar nos formulários a compreensão dos possíveis significados disso.

Nesse exame, pode-se verificar que a participação a que se referiram os respondentes continha, em grande medida, a perspectiva de inclusão, de reconhecimento e, conseqüentemente, de democratização do acesso aos serviços e ações desenvolvidas.

O teste do painel, e a despeito das limitações que se pode esperar de um teste, parece ter trazido à tona uma questão importante, seja para a pesquisa e produção de conhecimentos em relação tema, seja para a ação institucional dentro do sistema de saúde em suas diferentes esferas.

O argumento esboçado acima sobre o processo de formação, avaliação e sucessivas pactuações como um processo social, como uma via de mão dupla entre o “seminário central” e demais sujeitos da pesquisa, parece ganhar substância com a leitura dos resultados desse teste.

Há pelo menos duas razões para não tomar esses resultados como um desvio em relação ao referencial teórico adotado, que para o caso em destaque corresponderia a reduzir a questão em torno de uma suposta “despolitização” da participação, como o próprio “seminário central” especulou a princípio.

A primeira delas corresponderia ao necessário aprofundamento no entendimento que se tem do desenvolvimento de habilidades pessoais destacado pelos respondentes, pois se por um lado, essas

habilidades são descritas como o simples domínio de técnicas, por outro lado, são referidas como *upgrades* pessoais que produzem desdobramentos na ação coletiva e social dos sujeitos.

A segunda diz respeito ao contexto no qual estão inseridas as ações que foram objeto desta investigação, bem como as reflexões feitas em torno delas. O desenvolvimento do CAEPS e suas interfaces com a presente pesquisa criaram um espaço de disputa institucional. Os profissionais que o ocuparam enfrentam uma tensão entre paradigmas e modelos de atenção à saúde, que têm marcado a área da promoção da saúde em diferentes dimensões.

As ações que esses profissionais desenvolvem - com obstinação, teimosia e insistência, como indicam seus relatos nos grupos de discussão e avaliação - são ações realizadas de dentro da instituição em uma perspectiva de transformação e, portanto, instituintes. À pesquisa e ao "seminário central" caberia compreendê-las como tal para potencializá-las.

Essa discussão é o que se pretende aprofundar em um dos artigos científicos exploratórios dos resultados obtidos com esta investigação. Pretende-se discutir a promoção da saúde como elemento instituinte (Fernandez et al., 2008), tomando como referências as reflexões que esses profissionais fazem a respeito das próprias ações, o contexto cultural e político contemporâneo, de modo geral, e o contexto particular da operação do sistema de saúde no município de São Paulo.

O fato das ações de promoção da saúde em DANT não estarem entre as estratégias prioritárias do sistema municipal de saúde e sem uma classificação adequada para serem marcadas como produção, pode ser responsável por uma fragmentação e isolamento dessas ações dentro do sistema, tornando-as, de uma certa forma, marginais ao mesmo.

Cumpramos ressaltar ainda, que o formulário entregue aos participantes, ao mesmo tempo em que serviu de guia e orientação para o preenchimento do painel, também continha algumas indicações e exemplos que podem ter, de alguma forma, interferido na resposta dada pelos participantes. Podemos citar como exemplo a questão referente à intersectorialidade para técnicos responsáveis por ações de educação permanente: "introdução de temas sobre estilo de vida saudáveis nos currículos escolares", ou ainda o exemplo dado a desenvolvimento de habilidades pessoais: "incorporar as práticas corporais à sua rotina de vida diária".

O fato de terem sido dados alguns exemplos, pode ter reforçado uma certa concepção dos conceitos em relação à prática e levado os respondentes a considerarem determinadas categorias da forma como o fizeram.

No que se refere ao entendimento dos princípios que regem as práticas de promoção da saúde, o formulário também pode ter sido fator de viés de entendimento, eis que considerou como exemplo de intersectorialidade o "desenvolver práticas corporais em parceria com outras instituições", pode ter reforçado a idéia de que basta ocupar um espaço de alguma outra instituição para haver intersectorialidade. Outros princípios, no entanto, como equidade e sustentabilidade foram mais bem esclarecidos. No que se refere à matriz de ação descrita no formulário, pode-se notar que ao exemplificar educação, foram enfatizadas ações como palestras, conferências e seminários, como exemplos. Isso pode ter influenciado as pessoas a responderem afirmativamente, com base em um modelo de transmissão de informações.

Notou-se, também, que os conceitos e a prática da avaliação ainda não parecem estar suficientemente consolidados, visto que muitas respostas mostraram-se incoerentes e não foram consideradas. Como exemplo, pode-se citar respostas que diziam não

realizar nenhum tipo de avaliação das ações, mas que classificavam a avaliação feita. Esse tipo de viés parece reforçar a necessidade de um processo de educação permanente que vise desenvolver nos profissionais da área competências e habilidades para implantar e implementar estratégias de avaliação, de forma a tornar o painel mais fidedigno neste aspecto.

Em relação ao painel deve-se pensar numa revisão do mesmo visto que há repetição de dados relativos a resultados no que se refere à capacitação e ações, assim como uma revisão do formulário utilizado para o preenchimento conforme já apontado anteriormente. Ressalte-se que, por se tratar de uma situação de teste, optou-se pela não exclusão de formulários preenchidos que apresentassem qualquer tipo de inconsistência, como foi o caso dos que fazem capacitação e que preencheram colunas relativas às ações propriamente ditas.

O teste mostrou a necessidade de desenvolvimento de um software que processe as informações colhidas apenas no formulário, dispensando o respondente do preenchimento manual do painel. O software também é um instrumento necessário para gerar relatórios de diferentes tipos, com diversas formas de combinação das categorias, tipos de ação, região e assim por diante. Isto fica bastante simples quando se tem um software que nos ajude nesta tarefa.

Para finalizar devemos dizer, com base na experiência de construção do instrumento já citado o PREFFI que a construção e teste deste painel de monitoramento das ações de Promoção da Saúde relacionadas às DANT, na cidade de São Paulo, foi um processo difícil, longo e o resultado final foi ainda um instrumento inacabado. Até hoje o Preffi, que já teve várias versões se considera também, ainda, um instrumento inacabado. Esta é uma característica de instrumentos relacionados a uma área tão nova e que vive

conflitos ideológicos intensos, como a Promoção da Saúde. (A Promoção da Saúde tem como o SUS, 20 anos). O importante é que foram observados avanços conceituais no grupo envolvido do Projeto CAEPS e conseqüentemente na pesquisa ação que estamos finalizando. Como já dissemos o painel de monitoramento deve continuar ser aperfeiçoado, mas ele como está já faz sentido para profissionais e gestores que conhecem o referencial da Promoção da Saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[IHCF] INTERNATIONAL HEALTHY CITIES FOUNDATION. Disponível em <http://www.healthycities.org/launching.html>. Acesso em 14/10/2005.

[IUHPE] EUROPEAN COMMISSION BY THE INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION. **The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a New Europe.** ECSC-EC-EAEC. Brussels-Luxembourg, 1999.

[MS] MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México.** Brasília, PNUD/Ministério da Saúde, 2001.

ADORNO, R.C.F; CASTRO, A.L. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo, 3(1):172-85,1994.

AKERMAN, M; MENDES, R.; BOGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva, 9(3): 605-615, 2004.**

AKERMAN, M; STEPHENS, C; CAMPANÁRIO, P & MAIA, PB. Saúde e meio ambiente: uma análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o Município de São Paulo – Brasil. **Revista de Saúde Pública, 28 (4): 320-325, 1994.**

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva, 9 (4): 857-864, 2004.**

BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Trad. Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

BASTOS, L.G.C. A Construção da Vigilância de DANT na Secretaria Municipal de São Paulo in: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. In: **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde**: Brasília, 20 a 22 de Setembro de 2005/ – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

BRASIL Constituição (1988) **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988. artigo 196, seção II, da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde . **Painel de Indicadores do SUS/ Brasil**. Ministério da Saúde; Brasil. Ministério da Saúde Organização Pan- Americana da Saúde.- Brasília: Ministério da Saúde. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Análise de situação da saúde. **Anais do Seminário Nacional de vigilância em doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde**: Brasília, 20 a 22 de Setembro de 2005/ Ministério da Saúde, Brasília. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas em Saúde. Conjunto de Ações para redução Multifatorial das Enfermidades não transmissíveis. **Projeto Carmem. Protocolo Nacional. Versão preliminar**. Brasil Secretaria de Políticas de Saúde: - Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e rede Carmem/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde , Departamento de análise de situação de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde **Política Nacional de Promoção da Saúde/** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio à descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão.** Brasília. Editora MS, 2006.

BUSS, PM Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde In: Czeresnia, D & Freitas, CMF (org.). **Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003. 176 p.

CARVALHO, AI; BOLDSTEIN, RC; HARTZ, Z; MATIDA, AH. Concepções e abordagens em Avaliação em Promoção da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 9(3):521-529, 2004

CHIESA, AM.; Westphal, MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate** 46: 19 – 22, 1995.

CHIESA, AM; WESTPHAL, MF; KASHIWAGI, NM. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sócias e ambientais em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 36(5): 559-567, 2002.

COHEN, SC; CYNAMON, SE; KLIGERMAN, DC; ASSUMPÇÃO, RF. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma

- estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(3):807-813, 2004.
- CRESWEEL, JW. **Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches**. Second edition. California: Sage publications, 2003.
- CRESWELL, JW & Plano Clark, VL. **Designing and conducting mixed research**. Sage, California, USA, 2007.
- CZERESNIA, D O conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia, D & Freitas, CMF (org.). **Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003. 176 p.
- FERNANDEZ, J.C.A. et al. Promoção da saúde: elemento instituinte? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.1, p.153-164, 2008.
- FREITAS, CM A vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde In: Czeresnia, D & Freitas, CMF (org.). **Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003. 176 p.
- GROSS, PB. **A percepção de usuários sobre as orientações das palestras de educação à saúde em grupos de hipertensão em uma unidade de saúde do município de Colombo-PR** [monografia de conclusão de curso de especialização em saúde coletiva]. Universidade Federal do Paraná, 2004.
- IANNI, AMZ; QUITÉRIO, LAD. Promoção da saúde e meio ambiente no programa de saúde da família: os casos Barra Funda e Jardim Rio Claro, município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, 13(1):81-91, 2004.
- JARA, O. **Para sistematizar experiências**. Trad. Maria V.V. Rezende. UFPB – Editora Universitária EQUIP, 1996.

- JUNQUEIRA, LAP Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de administração pública, 32(2)**, 11-22, 1998.
- LEAVELL, H. & CLARK, EG **Preventive Medicine for the doctor in his community**. New York: Mac Graw Hill, 1965.
- LÜDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MCQUEEN, D.V & ANDERSON, L.M Waht counts as evidence; issues and debates on evidence relevant to the evaluation of community health programs. In Rootman, I., Goodstadt, M., Mc Queen, D., Potvin, L. Springett, J. And Ziglio, E (eds), *Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives*. WHO Regional Publication, European Series, no 92, 2001
- MCQUEEN, D.V Apresentação em PowerPoint. Mesa redonda **"Avaliação e Efetividade da Promoção da Saúde"**. I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde. Rio de Janeiro, maio 2005.
- MELLO JORGE, M.H. P & GOTLIEB, S.L.D. **As condições de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.
- MENDES, E.V. Promoção da Saúde no Limiar do século XXI **Sanare, 3(1):83-87**, 2002.
- MINAYO, M.C.S.O desafio do conhecimento : metodologia de pesquisa social em saúde. Rio de Janeiro. Hucitec, ? versão nova no armário.
- MOLLEMAN, G.R.M. Preffi 2.0 A quality assessment tool. **Promotion and Education**. Saint Dennis, France, 13(1):9-13, 2006.
- MOURA, ERF; SILVA, RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Saúde e Sociedade,9(4):1023-1032**, 2004.

- NISSINEN A, BERRIOS X, PUSKA P. Community – based non communicable disease interventions: Lessons from developing countries for developing ones. **Bull WHO, 79(10): 963-970. 2001**
- NUTBEAM, D. Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. **Health Promotion International 13 (1): 27-44, 1998.**
- OLIVEIRA, MR; PALHA, PF. Prevenindo a doença ou promovendo a saúde? O discurso dos trabalhadores de saúde de nível médio e elementar nas equipes de saúde da família. **Saúde em Debate, 28(67):100-111, 2004.**
- PAIM, J.S. Saúde e estrutura social : introdução ao estudo de determinantes sociais da saúde. In: Ligia Maria Veira da Silva(org). **Saúde coletiva: textos didáticos.** Salvador. Centro Editorial e didático, 1994.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION . **Carmen – An Initiative for Integrated Prevention of Noncommunicable Diseases in the Americas.** PAHO, 2003.
- PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation methods.** London. Editora Sage Publications. Beverly Hills,1987.
- POTVIN, L & RICHARD, L Evaluating community health promotion programs. In: IG Rootman et al (org) **Evaluation in Health promotion: principles and practices.** WHO, Europe, Copenhagen. 2001. p 142-165.
- RAPHAEL, D. (ed.) **Social Determinants of Health: Canadian Perspective.** Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, 2004.
- RESTREPO, H .E. La promocion de la salud hoy: propuestas para su avance futuro. **Promotion & Education, 12 (1): 43-7, 2005**

- ROOTMAN, I Introduction to the book. In: ROOTMAN, I (ed) **Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives.** WHO Regional Publication, European Series, no 92, 2001
- SANTOS, I. S., CAPULHEIRA M, e MOREIRA, C Revisão Bibliográfica in: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e rede Carmem/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde , Departamento de análise de situação de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- SÍCOLI, J.L. E NASCIMENTO, P.R. Promoção da Saúde, concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic., Saúde, educ., 7(12)**, pp101-122, fev. 2003
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.
- TASSARA, E. T. O. **Intervenção social e conhecimento científico: questões de método na pesquisa social contemporânea.** [mimeo]. 1996.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez / Autores Associados, 1986. Edição nova no meu armário se quiser mudar
- WESTPHAL, M.F. & ZIGLIO, E Políticas públicas e investimentos: a intersetorialidade. In: Seixas, S.G. (coord) . Fundação Faria Lima. Cepam(org). **O município século XXI: cenários e perspectivas.** São Paulo: Hamburgo Gráfica ED, 1999, p11-21.
- WESTPHAL, MF Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. dilemas da avaliação em Promoção da Saúde: como

orientar a produção científica brasileira? **Ciência e Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, ABRASCO. 9 (3): 534-536, 2004.

WESTPHAL, M.F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Saúde e Sociedade**, 6 (2): 9-18, 1997.

WESTPHAL, M. F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista**. Tese de livre docência. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1992.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e qualidade de vida In; Fernandez, JC & Mendes, R (org). **Promoção da Saúde e Gestão Local**, São Paulo, Hucitec, 2008

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Document EUR/ICP/RPD 414. Copenhagen; WHO OFFICE FOR EUROPE, 1990.

7. ANEXOS

Anexo 1:

Projeto CAEPS - Programa Didático (Detalhamento do Conteúdo Teórico)

EIXOS	ESPECIFICAÇÃO	CONTEÚDO	PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA
<i>Alinhamento Conceitual</i>	Trabalho de consenso de definições	<ol style="list-style-type: none"> 1. Área DANT – definições 2. História Natural da Doença 3. Causa / causalidade / complexo causal 4. Níveis de intervenção 5. Promoção de saúde e prevenção 6. Objetivos e contextualização do projeto 	Gestores e tutores	16horas
<i>Encontros preparatórios</i>	Panorama das DANT no Município, Brasil e em nível Global I.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transição sócio-demográfica: <ol style="list-style-type: none"> a) Envelhecimento populacional b) Urbanização e industrialização c) Evolução tecnológica e comunicação 2. Transição Epidemiológica – modelos 3. Panorama global das DANT – países desenvolvidos e não desenvolvidos 	Gestores, tutores e capacitandos	4 horas
	Panorama das DANT no Município, Brasil e em nível Global II.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Panorama das DANT: América Latina, Brasil e Município de São Paulo 2. Magnitude: morbi-mortalidade 3. Gravidade: qualidade de vida, anos de vida perdidos, invalidez e gastos em saúde 4. Vulnerabilidade: dados prevalência de fatores de risco e fatores de proteção 5. Tendências 	Gestores, tutores e capacitandos	4 horas

EIXOS	ESPECIFICAÇÃO	CONTEÚDO	PARTICIPANTES	CARGA HORÁRIA
<i>Encontros preparatórios (cont)</i>	Avaliação e Efetividade em promoção da saúde I.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pontos do alinhamento conceitual (1 a 5) 2. Objetivos e contextualização 3. Propostas OMS/MS/CCD-DANT (Fórum e este processo) 4. Conceitos relativos à avaliação - I 	Gestores, tutores e capacitandos	4 horas

	Avaliação e Efetividade em promoção da saúde II.	Conceitos relativos à avaliação - II	Gestores, tutores e capacitandos	4 horas
--	--	--------------------------------------	----------------------------------	---------

Glossário:

Tutores – são profissionais de diferentes áreas de formação com experiência em pesquisa e ensino, oriundos do serviço ou instituições de ensino superior, que terão como função orientar e acompanhar metodologicamente os projetos durante todo o seu processo. O tutor participa também de todo o processo de capacitação.

Gestores - são profissionais de diferentes áreas de formação, oriundos de SMS, que terão como função acompanhar os projetos em todo o seu processo, administrativa e tecnicamente; fazendo a interlocução entre as instâncias envolvidas e participando de todo o processo de capacitação.

Serão gestores do projeto as áreas parceiras da Coordenação de Política Públicas de Saúde (SMS) CODPPS, Atenção Básica – SMS; as coordenadorias de saúde através dos gestores indicados de cada região e a equipe da Subgerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) do Centro de Controle de Doenças da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA).

Capacitadores - são especialistas de diferentes áreas de formação com afinidades aos temas e metodologias a serem desenvolvidos, que serão contratados ou convidados, em momentos específicos, durante as diferentes etapas de execução do projeto.

EIXOS TEMÁTICOS

- A) Promoção da Atividade Física;
- B) Alimentação Saudável;
- C) Combate ao Tabagismo;
- D) Redução de Danos Secundários ao Uso de Álcool e Outras Drogas
- E) Prevenção e Desnaturalização das Diversas Formas de Violência
- F) Prevenção de Quedas
- G) Prevenção do Suicídio
- H) Prevenção do Estresse
- I) Promoção de Saúde para Portadores de Doenças Crônicas (HA, DM, Asma)
- J) Comunicação em DANT

Combinações diversas dos eixos

Anexo 2:
Revisão bibliográfica

Anexo 2: Artigos selecionados para revisão segundo autor, revista, tema e estratégias de Promoção da Saúde

REVISÃO DO WEBSCIENCE

Artigos relacionados à Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)
São Paulo, ABRIL DE 2008

Nº	Artigo	Autores/ Instituição	Revista	Tema	DH	ES	FAC	RSS	PPS
1	Impact of a hypertension management/health promotion program on commercial driver's license employees of a self-insured utility company	Harshman, RS; Richerson, GT; Hadker, N; Greene, BL; Brown, TM; Foster, TS; Turner, BH ; Skrepnek, SH; Doyle, JJ	JOURNAL OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE, 50 (3): 359-365 MAR 2008	hipertensão	X				
3	Impact of an educational intervention on internal medicine residents' physical activity counselling: the Pressure System Model	Katz, DL; Shuval, K; Comerford, BP; Faridi, Z; Njike, VY	JOURNAL OF EVALUATION IN CLINICAL PRACTICE, 14 (2): 294-299 APR 2008	Atividade motora	X				
4	A field test of a web-based workplace health promotion program to improve dietary practices reduce, stress, and increase phy: Randomized controlled trial	Cook, RF; Billings, DW ; Hersch, RK; Back, AS; Hendrickson, A	JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH, 9 (2): Art. No. e17 2007	Atividade motora, nutrição	X				
9	The (cost-)effectiveness of an individually tailored long-term worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: design of a pragmatic cluster randomised controlled Trial	Robroek, SJ; Bredt, FJ; Burdorf, A	BMC PUBLIC HEALTH, 7: Art. No. 259 SEP 21 2007	Atividade motora, nutrição	X	X			

Nº	Artigo	Autores/ Instituição	Revista	Tema	DH	ES	FAC	RSS	PPS
17	Using community-based participatory research to develop a culturally sensitive smoking cessation intervention with public housing neighborhoods	Andrews, JO; Bentley, G; Crawford, S; Pretlow, L; Tingen, MS	ETHNICITY & DISEASE, 17 (2): 331-337 SPR 2007	tabagismo	X		X		
24	Promoting physical activity in communities: Approaches for successful evaluation of programs and policies	Kelly, CM; Hoehner, CM ; Baker, EA; Ramirez, LKB; Brownson, RC	EVALUATION AND PROGRAM PLANNING, 29 (3): 280-292 AUG 2006	Atividade motora		X	X		X
25	Evaluation of a physical activity promotion program: The example of Agita Sao Paulo	Matsudo, SM; Matsudo, VKR; Andrade, DR; Araujo, TL; Pratt, M	EVALUATION AND PROGRAM PLANNING, 29 (3): 301-311 AUG 2006	Atividade motora	X	X	X		
28	Dissemination of physical activity evidence, programs, policies, and surveillance in the international public health arena	Bauman, AE; Nelson, DE; Pratt, M; Matsudo, V; Schoeppe, S	AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE, 31 (4): S57-S65 Suppl. S OCT 2006	Atividade motora	X	X	X		X
30	Volunteering: A physical activity intervention for older adults - The Experience Corps (R) Program in Baltimore	Tan, EJ; Xue, QL; Li, T ; Carlson, MC; Fried, LP	JOURNAL OF URBAN HEALTH-BULLETIN OF THE NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE, 83 (5): 954-969 SEP 2006	Atividade motora		X			
37	Meeting the challenges of implementing process evaluation within randomized controlled trials: the example of ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial)	Audrey, S; Holliday, J; Parry-Langdon, N; Campbell, R	HEALTH EDUCATION RESEARCH, 21 (3): 366-377 JUL 2006	tabagismo	X		X		
43	Health promotion in older adults - Evidence-based smoking cessation programs for use in primary care settings	Abdullah, ASM; Simon, JL	GERIATRICS, 61 (3): 30-34 MAR 2006	tabagismo				X	

Nº	Artigo	Autores/ Instituição	Revista	Tema	DH	ES	FAC	RSS	PPS
78	Changes in cognitive measures in a randomized controlled trial of a health promotion program for couples targeting diet and physical activity	Burke, V; Giangiulio, N; Gillam, HF; Beilin, LJ; Houghton, S	AMERICAN JOURNAL OF HEALTH PROMOTION, 18 (4): 300-311 MAR-APR 2004	Atividade motora e nutrição	X				
79	Issues of participation, ownership and empowerment in a community development programme: tackling smoking in a low-income area in Scotland	Ritchie, D; Parry, O; Gnich, W; Platt, S	HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL, 19 (1): 51-59 MAR 1 2004	tabagismo					X
100	A stage model for assessing a community-based diabetes prevention program in Sweden	Andersson, CM; Bjaras, GEM; Ostenson, CG	HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL, 17 (4): 317-327 DEC 2002	diabetes					X
102	Physical activity and cardiovascular health in aging women: A health-promotion perspective	Sawatzky, JAV; Naimark, BJ	JOURNAL OF AGING AND PHYSICAL ACTIVITY, 10 (4): 396-412 OCT 2002	Atividade motora e hipertensão	X				
106	Feasibility of a health promotion intervention for a group of predominantly African American women with type 2 diabetes	Rimmer, JH; Silverman, K; Braunschweig, C; Quinn, L; Liu, Y	DIABETES EDUCATOR, 28 (4): 571-580 JUL-AUG 2002	diabetes	X				
107	Participants' evaluations of components of a physical-activity-promotion program for seniors (CHAMPS II)	Gillis, DE; Grossman, MD; McLellan, BY; King, AC; Stewart, AL	JOURNAL OF AGING AND PHYSICAL ACTIVITY, 10 (3): 336-353 JUL 2002	Atividade motora	X				
109	Promoting physical activity in women: evaluation of a 2-year community-based intervention in Sydney, Austrália	Wen, LM; Thomas, M; Jones, H; Orr, N; Moreton, R; King, L; Hawe, P; Bindon, J; Humphries, J; Schicht, K; Corne, S; Bauman, A	HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL, 17 (2): 127-137 JUN 2002	Atividade motora					X

Nº	Artigo	Autores/ Instituição	Revista	Tema	DH	ES	FAC	RSS	PPS
163	A project to reduce the burden of diabetes in the African-American community: Project DIRECT	Engelgau, MM; Narayan, KMV; Geiss, LS; Thompson, TJ; Beckles, GLA; Lopez, L; Hartwell, T; Visscher, W; Liburd, L	JOURNAL OF THE NATIONAL MEDICAL ASSOCIATION, 90 (10): 605-613 OCT 1998	diabetes	X				
164	Promoting physical activity: Issues in primary health care	Hillsdon, M	INTERNATIONAL JOURNAL OF OBESITY, 22: S52-S54 Suppl. 2 AUG 1998	Atividade motora		X			
165	Evaluation of CHAMPS, a physical activity promotion program for older adults	Stewart, AL; Mills, KM; Sepsis, PG; King, AC; McLellan, BY; Roitz, K; Ritter, PL	ANNALS OF BEHAVIORAL MEDICINE, 19 (4): 353-361 FAL 1997	Atividade motora		X			
168	Impact of mass media and interpersonal health communication on smoking cessation attempts: A study in North Karelia, 1989-1996	Korhonen, T; Uutela, A; Korhonen, HJ; Puska, P	JOURNAL OF HEALTH COMMUNICATION, 3 (2): 105-118 APR-JUN 1998	tabagismo	X		X		
176	The Kahnawake schools diabetes prevention project: Intervention, evaluation, and baseline results of a diabetes primary prevention program with a native community in Canadá	Macaulay, AC; Paradis, G; Potvin, L; Cross, EJ; SaadHaddad, C; McComber, A; Desrosiers, S; Kirby, R; Montour, LT; Lamping, DL; Leduc, N; Rivard, M	PREVENTIVE MEDICINE, 26 (6): 779-790 NOV-DEC 1997	diabetes	X				

REVISÃO DO Publ Med

Artigos relacionados à Promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)

São Paulo, ABRIL DE 2008

No	Artigo	autores	Revista	tema	DH	ES	FAC	RSS	PPS
1	Promotion physical activity to older adults a preliminary evaluation of general practice half strategies	Armit C.M, Brown W.J, Richie C.B., Trost S.G.	SCI Med. Sport Dec J. 8 (4): 446, 2005.	Atividade motora	x		x		
5	Evaluation of social cognitive versus stage caught, self help physical activity interventions at the workplaces.	Griffin-Blake C.S, De Joy D.M.	Health Promot J. Austr. 2005 Dec; 16(3): 184-8	Atividade motora	x		x		
6	Evaluation of an alternative transport initiative in Perth Western Australia, 2000-2005	McManus A, Smith J., McManus J, MacDonald E, Williams M.	Health Promot J. Austr. 2005 Dec.; 16(3) 184-8	Atividade motora	x		x		x
10	An evaluation of the effectiveness of programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence	University of the west of England, Faculty of Health and social Care, Glenside Campous,	Blackberry Hill, Bristol, UK Epub 2005 Oct 24	violência	x			X	x
22	Achieving social change on	Usdin S,	Soc. Sci Med 2005	Violência	x	x	x	x	x

	gender-based violence: a report on the impact evaluation of soul City's four series.	Scheepers E, Goldstein S. Japhet G –	Dec; 61 (11): 243445 Epub 2005 Jul 11						
34	Weeling walks: evaluation of a Media – based community intervention	Reger-Nash B, Booth-Butterfield S, Cooper L, Smith H, CheyT, Simon K j	Fam Community Health Jan-Mar; 28(1) 64-78, 2005	Atividade física	X		X		X
46	Evaluation of a cardiovascular health program for participants with mental retardation and normal learners	Ewing G, McDermott S, Thomas Koger	Health Educ. Behav. 31 (1): 77-87, feb 2004	DCV	X		X		X
60	A radio-based approach to promoting gun safety: process and outcome evaluation implications and insights.	Meyer G, Roberto AJ, Atkin CK	Health commun 15(3):299-318, 2003	DCV	X		X		X
67	Process evaluation of a monitoring log system for community coalition activities: five-years results and lessons learned	Chalmers ML, Housemann RA, Wiggs I, Newcomb-Haggod L, Malone B, Brownson RC.	Am J Health Promot. 2003 Jan-Feb 17(3):190-6	DCV	X	X	X		X
72	Evaluation of a workplace cardiovascular health promotion programme in the Republic of Ireland	McMahon A, Kelleher CC, Helly G, Duffy E.	Health Promot Int. 2002 Dec;17 (4):297-308.	Atividade física	X				
	Health education and exercise stimulation for older people; development and evaluation of the program "Health and Vital	Hopman-Rock M, Westhoff MH	Tijdschr Gerontol Geriatr. 2002 apr;33(2);56-63	violência	X				
89	Controlled evaluation of a	Ozanne-Smith J,	Inj Prev. 2002	violência	X	X	X		X

	community based injury prevention program in Australia	Day L, Stathakis V, Sherrard J.	Mar:8(1):18-22						
111	Implemetation and evaluation of local-level priority setting for stroke	Chappel D, Bailey J, Stacy R, Rodgers H,Thomson R		DCV	X	X	X		X
129	The North Carolina Black Churches United for Health Project: intervention and process evaluation	Campbell MK, Motsinger BM, I Ingram A, Jewell D, Makarуска C, Beatty B, Dodds J, McClelland, Demissie S, Demark-Wahnefried W	Health Educ Behav. 2000 Apr; 27(2): 241-53	nutrição	X		X		X
140	Communty Partners for Healthy farming; involving communities in Intervention palnning, implemntation, and evaluation.	Ehlers J, Palermo T	American Journal of Industrial Medicine Suplement 1;107-109(1990)	Acidentes	X	X	X		X
147	Designing an evaluation for a multiple-strategy community intervention: the North Coast Stay on Your Feet program	Van Beurden E, Kempton A, Sladden T, Garner E	Aust. N Z J Public Health 1998 Feb;22 (1):115-9	acidentes	X		X		X

Revisão do LILACS

Artigos relacionados à promoção da Saúde em Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT)

São Paulo, 20 de julho de 2006

	Artigo	Autores/ Instituição	Revista	Tema	DH	ES	FAC	RSS	PPS
01	Programa contr El tabagismo	México. Secretaría de Salud. Consejo nacional contra lãs adicciones	México DF; México. Secretaria de Salud; jul 2000. 111p. Graf, tab.	Tabagismo	-	-	x	x	x
02	Evaluación del programa cognitivo-conductual para dejar de fumar Del instituto nacional de Enfermedades Respiratótias	Sansores Martínez RH, Córdoba Ponce, MP, Espinosa Martíñez M, Herrera Kiengelher L, Ramírez Venegas A, Martinez Rossier LA, Villalba Calocall J.	Rev. Inst. Nac. Enfermedades Respir; 11(1):29-35, ene-mar.1998	Tabagismo	-	-	-	x	x
03	Avaliação da adesão a um programa de atividade física por portadores de diabetes mellitus	Osawa FH, Caromano FA.	Arq. Ciências saúde UNIPAR; 6(3):127-130, set-dez.2002.	Atividade Física	x	x	-	-	-
04	O idoso hipertenso e o autocuidado	Freire MRSM.	João Pessoa; s.n; 2000. 103p. [Dissertação de mestrado, UFPB, Centro de Ciências da Saúde	Hipertensão	x	-	-	x	-
05	Programa de conscientização sobre hipertensão arterial no Hospital do SEPACO (Serviço Social da Indústria do Papel, Papelão e Cortiça do Estado de São Paulo)	Barbosa FP, Azevedo MC	RBM rev. bras. Med; 46(6):197-8, 201-2, 205-6, jun. 1989.	Hipertensão	x	x	-	x	?
06	Violência e representação social na adolescência no Brasil	Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC	rev. Panam. Salud Pública = Pan AM j public health; 16(1):	Violência	x	-	-	-	-

			43-51, jul. 2004						
07	A dor do trabalho: reflexões a partir de uma intervenção de terapia ocupacional junto a um grupo de trabalhadores dentro da indústria	Medeiros MHR, Dakuzaku RY, Garves WC	J. Bras. Psiquiatr; 48(11): 509-12, Nov. 1999.	Acidentes	x	x	-	-	-
08	Atuação dos conselhos municipais de alimentação escolar na gestão do programa nacional de alimentação escolar	Pipitone MAP, Ometto AMH, Silva MV, Sturion GL, Furtoso COM, Oetterer M	Rev. Nutr; 16(2):143-154, abr-jun.2003	Nutrição	-	?	x	-	x
09	Programa Granjas Integrales Comunitarias: Manual de Operaciones	Ecuador. Presidência de La República. Instituto Nacional Del Nino y La Familia	Quito. Instituto Del Niño u La Familia;2002.91p	Nutrição	-	x	x	-	X
10	Promoção da Saúde: desafio para os profissionais envolvidos no treinamento de manipuladores de alimentos	Germano MIS	São Paulo; s.n; 2002.136p [Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, USP]	Nutrição	x	-	x	-	-
11	A educação participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com diabetes mellitus tipo 2	Motta DG	São Paulo; s.n.; 1998. 243p. [Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Nutrição]	Nutrição	x	?	-	x	-
13	Avaliação da adesão a um programa de atividade física por portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial	Osawa FH, Caromano FA	Arq. Ciências saúde UNIPAR;6(30):127-130,set.-dez.2002	Hipertensão arterial	x	?	-	-	-
14	Evaluación de um programa de información	Domper A, Zacarías HI,	Rev. chil nutr;30(1):43-	Nutrição	x	?	x	-	-

	em nutrición al consumidor	Olivares CS. Hertrampf DE.	26,abr.2003						
28	Evaluación de um modelo de intervención par fomentar estilos de vida saludables em preescolares	Rebolledo Acevedo A, Atalah Samur E, Araya L H, Mondoca A, Garrido S, Castillo L C, Herrera P.	Rev. chil. Nutr;27(3): 368-75,dic.2000.	Nutrição/ atividade física	x	x	x	-	-
32	Desarrollo y evaluación de suplementos alimentícios para El programa de educación salud y alimentación	Rosado JL, Rivera J, López Quim G, Solano L, Rodríguez G, Casanueva E, García Aranda A, Toussaint G, Maulen I.	Salud pública Méx;41(3):153-62,mayo-jun.1999	Nutrição	-	-	-	x	-
33	Avaliação do programa de controle da hipertensão arterial da Unidade Básica de Saúde do Lindóia, Londrina-PR	Ferreira TM, Lima JVC.	Divulg saúde debate;(15):66-8,Nov,1996	Hipertensão	-	-	-	x	-
34	Avaliação do programa de hipertensão arterial de uma unidade municipal de saúde do Rio de Janeiro	Carvalho PR, Shapovalov V.	RBM rev bras méd;46(7):298,300,302, passim,jul.1989	Hipertensão	-	-	-	x	-

Anexo 3: Matriz de ação

Tema ou população: Grupo 1	
Estratégias de Ottawa	Características da ação
Desenvolvimento de habilidades	-Grupos educativos -atividades corporais -visita domiciliar
Fomento da participação	-conselho gestor -conselho idoso -associações moradore-estímulo de cidadania (leis e deveres) -ONGs / parcerias / redes sociais
Entornos saudáveis	-orientações sobre: higiene/limpeza; alimentação/vestuário; uso de medicação correta; atividade física; saneamento básico; meio ambiente/lixo; preventivos (dengue/roedores); comunidades(horta; reciclagem; cooperativas; igrejas/ONGs
Políticas públicas	-hiperdia; insumos e aparelhos para medir glicemia (insulinodependentes); medicação; orçamento participativo;
Reorientação de serviços	-ações conjuntas c/ secretaria meio ambiente, cultura, educação, obras intersetoriais; públicos/privados parcerias

Tema ou população: Grupo 2 Práticas Corporais Leste	
Estratégias de Ottawa	Características da ação
Desenvolvimento de habilidades	Capacitação, avaliação, supervisão, aprimoramento
Fomento da participação	Encontros, periódicos e anuais, propiciar acesso a participação nos grupos, capacitação de voluntários. Parcerias (Verde e escolas)
Entornos saudáveis	Levar aos espaços públicos: praças, parques, escolas e diferentes espaços: preocupações pontuais com meio ambiente, orientações nos grupos.
Políticas públicas	Acordos de cooperação entre diferentes secretarias e parcerias Política de Rh e formação
Reorientação de serviços	- Conduzir as atividades para diferentes espaços, fomentando a percepção e engajamento em relação ao ambiente; divulgação, valorização e articulação de todas as atividades para rede de assistência – elaboração de protocolos.

Tema ou população: grupo 3	
Estratégias de Ottawa	Características da ação
Desenvolvimento de habilidades	Envolvimento das ações planejadas e integradas na intervenção dos profissionais da saúde e a população = com o objetivo da prev. HAS
Fomento da participação	Assegurar o acesso da informação ao usuário: Discussão de temas, dia nacional de hipertensão, atividades físicas, feiras
Entornos saudáveis	Identificar e otimizar os possíveis espaços para práticas saudáveis e conjuntamente Parceiros que viabilizem conjuntamente essas ações
Políticas públicas	Integração intersetorial (intramunicipais). MEDIC- Medicação em Casa: Agita –SP- Acumule 30 min de atividade física por dia
Reorientação de serviços	Postura de apoiar as necessidades das comunidades e abrir canais para a efetividade das ações que competem a cada serviço, exemplo: AMAS,

Tema ou população: Práticas corporais em DANT – GRUPO 4	
Estratégias de Ottawa	Características da ação
Desenvolvimento de habilidades	Sensibilizar e capacitar profissionais de saúde e população, agregando novas ações individuais e coletivas. Divulgando à população essas ações. Desenvolvimento pessoal e social e multiplicação de conhecimentos e habilidades
Fomento da participação	Priorizar as ações junto à população das unidades, e junto ao conselho gestor. Divulgar e garantir espaços, recursos e parcerias multisetoriais.
Entornos saudáveis	Espaços comunitários (praças, escolas, ongs). Apropriação do S nesses espaços, envolvendo os setores públicos e privados. O que garante a mobilização das pessoas e a mudança de consciência, melhorando o ambiente relacional das pessoas.
Políticas públicas	Criar canais de interlocução com os setores públicos e privados, procurando sensibilizá-los para prevenção e promoção da saúde
Reorientação de serviços	Implantar novas práticas voltadas para o modelo da promoção da saúde. Garantir atividades coletivas participativas de saúde. Romper a forma atual "curativa"

MATRIZ DE AÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE	
TEMA / PROJETO / AÇÃO: PRÁTICAS CORPORAIS CENTRO-OESTE	
ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (CARTA DE OTTAWA)	
DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES	Educação para a saúde; Intensificação das habilidades vitais; Estímulo de controlo sobre própria saúde; Enfrentamento das doenças crônicas; Enfrentamento das causas externas; Melhora do condicionamento físico e vitalidade; educação; consciência corporal; ampliação de consciência e percepção; criação e fortalecimento de vínculos
FOMENTO DA PARTICIPAÇÃO	Formação de rede social/ Vínculos
ENTORNOS SAUDÁVEIS	Desenvolvimento do senso crítico; Bem Estar coletivo ___ Ação; Consciência Ambiental ---- Transformação.
POLÍTICAS PÚBLICAS: Conjunto de Políticas em determinada área . Políticas governamentais focam uma	Sábado Saudável; Agita São Paulo; Saúde dos Parques; Implementação de Práticas Corporais na UBS; Práticas corporais como ação de saúde; Criação e Implementação de Parâmetros para Avaliação das Práticas
REORIENTAÇÃO DE SERVIÇOS de Saúde - processo saúde-doença - Trabalho com fatores	Demonstração da eficácia das Práticas levam à reorientação dos serviços de ortopedia e neurologia (por exemplo) nas clínicas de especialidades

Anexo 4:

**Uso de Modelo Lógico para a avaliação:
a experiência do “Capela em Ação”**



ANEXO 6:

Marco teórico para elaboração e indicadores de ações de promoção da saúde em doenças e agravos não transmissíveis DANT

1. Introdução

O documento a seguir é a descrição do marco conceitual proposto para a elaboração de indicadores para monitorar as ações de promoção da saúde em DANT na cidade de São Paulo. O painel mostra as cinco áreas transversais da promoção da saúde para a elaboração de indicadores que são identificados como campos de ação da Promoção da Saúde. As ações de Promoção da Saúde mais comumente realizadas em DANT a partir dos serviços locais de saúde são também colocadas como objeto de reflexão por aqueles que as realizam: educação, facilitação (comunicação, redes sociais e mobilização) e advocacia (defesa de causas).

A primeira figura ilustra as ações de promoção da saúde mais comumente realizadas por alguns profissionais que atuam nos serviços de saúde. Em seguida, temos uma tabela com a descrição do que entendemos pelas cinco estratégias ou campos de ação, as práticas ou ações de Promoção da Saúde realizadas e a seguir os resultados esperados das mesmas. Por fim, temos outra tabela com sugestões de indicadores para serem discutidos, reconstruídos ou validados com o grupo de profissionais que trabalham no controle das DANT na cidade de São Paulo, na perspectiva da Promoção da Saúde, segundo os tipos de práticas utilizadas.

2. Definição de termos do painel de monitoramento de Promoção da Saúde em DANT na cidade de São Paulo.

O painel está dividido em três partes distintas:

1. Monitoramento e avaliação de capacitações realizadas para a preparação ou aprimoramento de profissionais para exercerem atividades relacionadas às DANT no nível local: são capacitações feitas para interessados em trabalhar com a população adstrita às unidades de saúde com práticas corporais, segurança alimentar e outros.
2. Monitoramento de estratégias (campos de ação) e práticas de Promoção da Saúde realizadas nas unidades de saúde da Prefeitura de São Paulo nível local.
3. Avaliação de estratégias (campos de ação) e práticas de Promoção da Saúde realizadas nas unidades de saúde da Prefeitura de São Paulo nível local.

Para elaboração dos indicadores de monitoramento e avaliação, partimos do princípio que os campos de ação e as práticas, orientados pelos princípios da Promoção da Saúde, são transversais ao controle das DANT e seus fatores de risco, transformando as atividades de atenção à saúde em intervenções de promoção da saúde.

➤ **Campos de Ação:** Abaixo estão relacionados os cinco campos de ação da Promoção da Saúde da Carta de Ottawa, com exemplos de como podem ser adaptados a problemática da DANT na Cidade de São Paulo:

- (1) Desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com as DANT e seus fatores de risco – alimentação, exercício físico, práticas corporais, controle de hipertensão e diabetes e outras doenças, controle do estresse, fortalecimento da autonomia;
- (2) Fortalecimento da participação comunitária;
- (3) Entornos saudáveis: esforços para tornar os espaços de vida saudáveis – casas, unidade de Saúde, escolas, praças, igrejas, bairro e outros;
- (4) Políticas públicas saudáveis: mobilização por políticas públicas que, por exemplo, favoreçam o controle do consumo de alimentos não saudáveis, tabaco, álcool e outras drogas, além da intervenção nos outros determinantes sociais, da saúde e econômicos que favoreçam as iniquidades em relação ao acesso à educação, à habitação de qualidade; ao trabalho e outros;
- (5) Reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da vigilância em saúde e promoção da saúde.

➤ **As Ações ou Práticas de Promoção da Saúde** que são realizadas quando se **pretende** intervir nos campos de ação podem ser assim descritas:

(1) **Educação**, isto é, criação de oportunidades para o aprendizado;

(2) **Facilitação e comunicação** através da utilização de mecanismos de **comunicação de conhecimentos, de idéias, de propostas**;

(3) **Mobilização** - conjunto de ações coordenadas para gerar uma resposta social mais efetiva no campo da promoção da saúde em DANT ou melhor, **ações de mobilização** de recursos sociais e materiais para a promoção da saúde em DANT.

(4) **Redes de apoio social** - espaços criados para solidariedade, troca de experiências e discussão de problemas comuns.

(5) **Advocacia** – ação tomada pelos indivíduos e ou coletividades em sua defesa para vencer barreiras estruturais e institucionais à obtenção da saúde.

➤ **Princípios** da promoção da saúde que devem ser considerados como transversais são: participação, intersetorialidade, equidade e sustentabilidade.

(1) **Participação** é um processo relacional que opera no campo da construção das identidades, possibilitando o envolvimento de cada um com o projeto coletivo. Fomenta sentimentos de pertencimento e importância de si para o todo e do todo para a realização de cada um como pessoa. Pode ser entendido, também, como o ato de tomar parte nas decisões simples ou até às relacionadas com políticas públicas.

(2) **Intersetorialidade** é um processo articulado e integrado de formulação e implementação de atividades e de políticas públicas. Pressupõe a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais e se caracteriza pela co-responsabilidade dos diferentes setores governamentais e da sociedade civil, no sentido do desenvolvimento humano e da qualidade de vida. Pode assumir a forma de parcerias para a promoção da saúde, que é um acordo voluntário entre dois ou mais parceiros de diferentes setores profissionais ou sociais para que trabalhem conjunta e colaborativamente de modo a alcançar um conjunto de resultados de saúde compartilhados.

(3) **Equidade** na saúde implica que, idealmente, todos devem ter oportunidade de atingir seu completo potencial de saúde e mais pragmaticamente que ninguém deveria ter mais dificuldades que outros para atingir esse potencial. Nesse contexto o que se pretende é igualar as oportunidades de saúde e não o status de saúde, já que os indivíduos devem usufruir sua liberdade da maneira que quiserem e podem escolher o estilo de vida que comprometa sua saúde.

(4) **Sustentabilidade em promoção da saúde** é entendida como a continuidade de suas políticas e como sustentabilidade ambiental, relacionada à capacidade das ações servirem de suporte aos ecossistemas para que os mesmos se mantenham, absorvam ou se recuperem das agressões sofridas por ações antrópicas.

Fig. 1: Dinâmica da elaboração de Indicadores de Promoção da Saúde



Na Tabela 1 definimos os termos do Marco conceitual utilizado para monitoramento e avaliação das ações de Promoção de Saúde em DANT, realizadas no nível local. Descrevemos nosso entendimento sobre cada um desses campos, algumas propostas de ações e indicadores para análise e complementação.

Tabela 1: Marco conceitual para indicadores de promoção da saúde no controle de DANT nas unidades de saúde da Prefeitura de São Paulo

Campos de ação	Descrição	Ações no nível local	Indicadores de ações realizadas no nível local
<i>Desenvolvimento de habilidades pessoais</i>	<p>Consiste na criação de oportunidades de aprendizagem, destinada à ampliação do conhecimento pessoal em saúde e do desenvolvimento habilidades pessoais que permitam aos indivíduos lidar efetivamente com as demandas e desafios da vida cotidiana, tais como, solucionar problemas, utilizar o pensamento criativo e crítico, comunicar-se e se relacionar com outras pessoas, enfrentar problemas e decidir os estilos de vida a adotar.</p>	<p>1.Promover cursos e oportunidades de discussões</p> <p>2.Produzir informação sobre questões estratégicas de saúde em parceria com outras organizações.</p>	<p>1. Número e variedade dos temas de atividades educativas realizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - oficinas - cursos - palestras <p>- discussões em grupo</p> <p>2. Número de participantes.</p> <p>2.1 População</p> <p>2.2 Profissionais</p> <p>2.3 Parceiros</p> <p>3. Número e lista de atividades organizadas</p> <p>4. Número de materiais elaborados.</p>
<i>Entornos saudáveis</i>	<p>O ambiente é um espaço de relação entre as pessoas e das pessoas com a natureza. Nesses espaços desenvolvem-se atividades diárias em que interagem fatores ambientais físicos, organizacionais, sociais e pessoais influenciando a saúde e o bem estar individual e coletivo (casa, escola, local de trabalho, unidade de saúde, áreas de lazer, entre outros).</p> <p>A ação para promover saúde por intermédio da criação de ambientes favoráveis à saúde e bem estar pode tomar diferentes formas, incluindo ações que produzam mudanças no ambiente físico, na estrutura organizacional, na administração e no gerenciamento, no ambiente social e emocional onde as pessoas vivem e trabalham.</p>	<p>1. Identificar problemas e oportunidades,para tornar os diversos ambientes de vida mais favoráveis ao exercício de estilos de vida saudáveis, à prevenção e ao controle das DANT.</p> <p>2. Promover mudanças nas unidades de saúde proporcionando integração entre a unidade de saúde e a comunidade.</p>	<p>1. Tipo e número de ações de prevenção e atenção de DANT (entre elas as relacionadas ao exercício de estilos de vida saudáveis) realizadas em parcerias com escolas, locais de trabalho, instituições religiosas, ONG's, serviços de saúde, entre outros.</p> <p>2. Número de ações de advocacia para resolução dos problemas e aproveitamento das oportunidades para tornar os ambientes de vida mais saudáveis, favorecendo a prevenção e atenção às DANT.</p>

<p>Reorientação do serviço de saúde</p>	<p>A reorientação significa uma expansão das ações de promoção da saúde e de prevenção de DANT promovendo um equilíbrio entre estas e os serviços de diagnóstico, tratamento e reabilitação, hoje existentes nos serviços de saúde. Com a reorientação, o papel do setor saúde se amplia para além das responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência referentes às DANT's; por exigir uma mudança de atitude e na organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo como pessoa integral. O serviço reorientado tem canais entre o setores saúde e os serviços sociais, políticos, econômicos e ambientais.</p>	<p>1. Planejar e implementar participativamente e em parceria com outros setores, ações de prevenção e controle das DANT's.: práticas corporais, grupos educativos, e outros semelhantes.</p> <p>2. Advogar para que as unidades de saúde e os profissionais de saúde focalizem a prevenção e o cuidado das DANT's a partir do atendimento das necessidades globais do indivíduo como pessoa integral, inserido numa família e participante de uma comunidade.</p>	<p>1. Numero de projetos de prevenção e controle de DANT que envolvam participação de profissionais e usuários</p> <p>2. Numero de projetos de prevenção e controle de DANT que envolvam parcerias com outros setores.</p>
<p>Fortalecimento da Participação (ação) comunitária</p>	<p>A participação comunitária é o campo de ação ou a estratégia chave para criar um ambiente construtor da autonomia comunitária e envolver a população em ações de promoção da sua própria saúde. Caracteriza-se pela valorização dos diferentes saberes e a apropriação do que é construído pela comunidade, pelos profissionais de saúde, bem como pelo incentivo à organização social da comunidade para a participação na tomada de decisões em saúde. A comunidade fortalecida age concreta e efetivamente na definição de prioridades para a saúde, no planejamento de estratégias e em sua implementação, objetivando a melhoria da saúde.</p>	<p>1. Desenvolver ações que facilitem a organização comunitária.</p> <p>2. Estimular o controle social no sistema local de saúde.</p>	<p>1. Extensão de participação: número de participantes nas atividades.</p> <p>2. Intensidade da participação: tipos de atividades em que estiveram presentes.</p> <p>3. Sustentabilidade: ações coletivas realizadas para manutenção das ações de promoção de saúde em DANT (programas de práticas corporais e outros).</p>
<p>Políticas públicas saudáveis</p>	<p>As políticas públicas saudáveis são caracterizadas por uma preocupação explícita com saúde e equidade em todas as áreas de políticas e por uma responsabilização dessas mesmas áreas em relação ao impacto das ações de diferentes setores sobre a saúde. O alvo principal das políticas públicas é criar um ambiente de apoio para possibilitar às pessoas continuar a participar das atividades de promoção de saúde relacionadas comas DANT's. Uma visão política como essa facilita e/ou possibilita escolhas saudáveis possíveis ou mais fáceis para os cidadãos. Profissionais e público são co-responsáveis por políticas públicas saudáveis.</p>	<p>Mobilização junto às autoridades públicas para transformar ações de promoção da saúde em DANT em políticas públicas intersectoriais</p>	<p>4. Eventos realizados e número de participantes (fóruns populares, passeatas, abaixo-assinados e outros)</p> <p>5. Número de documentos de reivindicação de políticas produzidos.</p> <p>6. No setor saúde</p> <p>7. Em parceria com outros setores</p> <p>8. 3. Número de projetos de leis e políticas elaborados e encaminhados</p> <p>9.</p>

Tabela 2. Marco conceitual para indicadores da promoção de saúde no controle de DANT nas unidades de saúde da Prefeitura de São Paulo, de acordo com tipos de ação.

Tipos de Ações	Descrição	Atividades intermediárias	Ações realizadas a nível local	Indicadores de ações realizadas no nível local
Educação	Engloba oportunidades conscientemente construídas para o aprendizado, envolvendo alguma forma de comunicação que objetiva ampliar o acesso das pessoas à informação em saúde, criação de uma visão positiva da saúde e o desenvolvimento de habilidades de vida que conduzam à saúde individual e coletiva. Inclui no processo a problematização das condições sociais, econômicas e ambientais que impactam sobre a saúde, bem como fatores individuais de risco, comportamentos de risco e o uso do sistema de atenção à saúde.	Criação de oportunidades para a aprendizagem individual e grupal, com foco em DANT suas condições e fatores de risco. Desenvolvimento de habilidades para o controle e a prevenção dos fatores de risco para DANT.	1. Formação de grupos de discussão que focalizem saúde como um conceito positivo. 2. Formação de grupos de problematização sobre as condições sociais, econômicas e ambientais que podem afetar os fatores de risco para DANT.	1. Número de grupos formados 2. Tipo de grupos formados 3. Tema de grupos formados. 4. - Com participação de profissionais 5. - Com participação da população. 6. - Com parceiros.
Comunicação	A comunicação e a mobilização são duas áreas interconectadas em direção à promoção da saúde da população. A comunicação é uma estratégia chave para informar ao público acerca das responsabilidades e preocupações em saúde e para manter importantes questões de saúde nas agendas públicas. O uso da mídia e outras inovações tecnológicas para disseminar informações úteis ao público aumenta a consciência de aspectos específicos da saúde individual e coletiva, bem como a importância da saúde no desenvolvimento dos aspectos sócio ambientais, geofísicos e psicossociais e político-econômicos.	Tratamento da informação e disseminação Campanhas de promoção da saúde Parceria com a mídia local	1. Produzir informação sobre questões estratégicas de saúde relacionadas a fatores de risco e proteção às DANT's participativamente e em parceria com outras organizações em uma linguagem adequada à população-alvo. 2. Promover campanhas de saúde relacionadas a fatores de risco e proteção às DANT's em parceria com outros atores sociais. 3. Divulgação de informações via rádios, televisão, jornais, revistas e demais veículos de comunicação. 4. Fazer campanhas na mídia para conseguir mais adeptos para a causa da saúde (controle do tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, alimentação inadequada e outros)	1. Número de atividades organizadas. 2. Número de material elaborado. 3. Participativamente 4. Em parceria 5. 6. 3. Número de divulgações realizadas. 7. 2.1 Participativamente 8. 2.2 Participativamente e em parceria. 9. 3. Número de ações realizadas com apoio da mídia social. 10. 4. Número de faixas elaboradas e colocadas
Mobilização social	Entende-se por mobilização é o conjunto de ações coordenadas para gerar uma resposta	Grupos de discussão sobre DANT's: condições e fatores de risco.	1. Promover relação dialógica com a comunidade por meio de grupos de discussão e planejamento relativos às ações de promoção	1. Número de grupos realizados para ações de promoção da saúde, prevenção e atenção das DANT's.

	social mais efetiva no campo da promoção.	Grupos de planejamento de ações de mobilização.	da saúde, prevenção e atenção das DANT's. 2. Planejar ações de mobilização por melhores condições de vida favoráveis à prevenção e atenção das DANT, tais como oportunidades de lazer, atividades físicas e outros. Desenvolver ações que facilitem a mobilização da comunidade para o controle dos fatores de risco para DANT.	1.1 Número de participantes. 1.2 Número de parceiros. 2. Número de mobilizações realizadas. Número e tipo de participantes Parceiros envolvidos.
Redes de Apoio Social	As redes de apoio social são os espaços criados para solidariedade, troca de experiências e discussão de problemas comuns. Indivíduos, organizações e agências organizam-se em torno de questões ou preocupações comuns, que são transformadas em objetivos a serem alcançados de forma sistemática pelos componentes da rede, com base na confiança e compromisso com a causa.	Grupos de apoio social para o atendimento de necessidades específicas para ações de promoção de saúde em DANT. Criação/utilização de espaços alternativos de encontro para ações de promoção de saúde em DANT. Apoio às redes locais já existentes na comunidade.	1. Apoiar a criação de grupos para usuários portadores de DANT ou submetidos a influências desestabilizadoras que possam influenciar negativamente estilos de vida saudáveis. 2. Colaborar com as redes de apoio social existentes na comunidade	1. Número de redes sociais com as quais interage. 2. Número de grupos ou redes criados e funcionando em espaços alternativos. 3. número de atividades realizadas em parceria com outros grupos da rede social.
Advocacia	Ação tomada pelos indivíduos e ou coletividades em sua defesa para vencer barreiras estruturais e institucionais à obtenção da saúde.	Uso dos meios de comunicação de massa e multimídia. Mobilização da Comunidade Lobbies políticos	1. Direcionamento de lobbies políticos para o controle de fatores de risco para DANT.	10. Número de ações articuladas em redes e encaminhadas a outras esferas de gestão.

➤ **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DANT.**

Para monitoramento e avaliação das atividades de formação/capacitação necessárias para a realização das ações de promoção da saúde, prevenção e atenção de DANT, devem ser considerados os conteúdos referentes aos campos de ação da promoção da saúde e as práticas conforme conceituação descrita nas tabelas 1 e 2.

Para monitoramento das metodologias de educação permanente deverá ser utilizado o marco conceitual de educação permanente que serão descritos à tabela 3, de acordo com roteiro de questões a ser elaborado.

Tabela 3 – Marco conceitual para a educação permanente em promoção da saúde em DNT na Prefeitura de São Paulo

METODOLOGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	DESCRIÇÃO	ATIVIDADES INTERMEDIARIAS	Ações realizadas a nível local	Indicadores de resultado da educação permanente
Tradicional	Transmissão de idéias, conhecimentos, procedimentos e práticas, pelo educador, sendo o educando receptor das novas	Aula expositiva	Palestras, aulas, expositivas, conferências, leituras de textos sem	Ampliação de conhecimentos sobre as DANT e seus fatores de risco desenvolvimento de habilidades pessoais para

	idéias e conhecimentos , de origem externa.		reflexão.	práticas corporais, alimentares, de prevenção e atenção de tabagismo, etc..
Tecnista	Transmissão planejada de conhecimentos, de forma racional, minimizando as interferências subjetivas. Objetivos instrumentais de realização quantitativamente mensurável e programa estratégias de modelagem baseada numa estratégia de pequenos passos reforçando ou recompensando o educando quando a resposta emitida coincide com a resposta esperada.	Micro-ensino, tele ensino, instrução programada.	Micro ensino, tele ensino, instrução programada, seguimento de informações inseridas em cartazes, instruções passo a passo.	Ampliação de conhecimentos sobre as DANT e seus fatores de risco desenvolvimento de habilidades pessoais para práticas corporais, alimentares, de prevenção e atenção de tabagismo, etc.
Participativo	Relação educador/educando é horizontal e não imposta, não diretivas, O educando é participante do processo ensino/aprendizado, o educador é visto como facilitador da aprendizagem. O educador deve criar situações para que o educando desenvolva sua capacidade de observação de sua realidade circundante bem como a global e estrutural, relacionando-a com os fatores que possa favorecer o aparecimento das DANT. Deverá desenvolver também sua capacidade de localizar os recursos disponíveis e até ação coletiva para o enfrentamento dessa realidade.		<p>Detectar problemas que favoreçam ou obstaculizem a adoção de estilos de vida que favoreçam o controle das DANT</p> <p>Buscar soluções criativas para solução dos problemas.</p> <p>Detectar recursos e tecnologias disponíveis para esse enfrentamento.</p>	<p>Aumento da capacidade do educando, em identificar detectar problemas reais e recursos para solução de problemas relacionados aos estilos de vida, outras condições de risco para as DANT. Empoderamento para encaminhar propostas de solução e de se organizar coletivamente como participante e agente de mudanças.</p> <p>Buscar soluções originais e criativas para resolução dos problemas. Detectar recursos de que possa lançar mão,</p>
Construtivista	Parte do princípio que o conhecimento se produz na interação entre o sujeito que conhece e o objeto passível de ser conhecido. A prática pedagógica será basicamente relacional, tornando o professor um problematizador da ação conhecedora de seu aluno. Preocupa-se mais com o processo gradativo de construção e transformação do conhecimento do que com o resultado. Gera construções totalmente novas, embora tenham partido de situações pré-existentes		Conhecimento re-criado sobre DANT e seus fatores e condições de risco.	Incorporar o saber do usuário ao conteúdo do conhecimento a ser construído

Anexo 7:

Marco teórico para preenchimento do *PAINEL DE ACOMPANHAMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DANT*

1. Introdução

O documento a seguir é material de apoio ao preenchimento do *PAINEL DE ACOMPANHAMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DANT*. O painel pretende coletar uma descrição detalhada das ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito do município de São Paulo.

No primeiro grupo de colunas de *identificação* da ação registram-se:

- Na primeira coluna a *denominação* das ações desenvolvidas;
- Na segunda a *localização* segundo a região da cidade;
- Na terceira coluna indica-se o *âmbito* em que a ação é desenvolvida (unidades, região ou município); e,
- Na quarta coluna a *descrição da ação* a ser monitorada.

No segundo grupo registram-se as informações a respeito das *ações de educação permanente* desenvolvidas. Neste grupo as informações tratam dos *conteúdos* desenvolvidos, *métodos* aplicados e *resultados* obtidos no processo de capacitação.

No terceiro grupo de colunas registram-se as *ações de promoção da saúde relacionadas às DANT na atenção básica*, colhem-se informações referentes às *características* das mesmas, que correspondem aos conteúdos desenvolvidos nas ações de educação permanente.

No último grupo registram-se as informações referentes à *avaliação das ações desenvolvidas*. As informações colhidas caracterizam a avaliação segundo a natureza - isto é, de *processo* ou de *resultado* -, segundo o tipo - isto é, da *eficácia* ou da *efetividade* -, segundo a perspectiva da avaliação - isto é, *formativa* ou *somativa* - e, por fim, os *resultados* das intervenções.

A seguir são detalhadas as categorias que compõem os três últimos grupos acima referidos.

2. Categorias que descrevem os *conteúdos, métodos e resultados* das ações de *educação permanente*.

Trata-se de ações realizadas para a preparação ou aprimoramento de profissionais para exercerem atividades relacionadas às DANT no nível local. São capacitações feitas para interessados em trabalhar com a população adstrita às unidades de saúde com práticas corporais, segurança alimentar e outros.

2.1 *Estratégias de promoção da saúde*: Abaixo estão relacionados as cinco estratégias de ação da promoção da saúde da Carta de Ottawa, com exemplos de como podem ser adaptados a problemática da DANT na Cidade de São Paulo:

- (1) Desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com as DANT e seus fatores de risco - alimentação, exercício físico, práticas corporais, controle de hipertensão e diabetes e outras doenças, controle do estresse, fortalecimento da autonomia;
- (2) Fortalecimento da participação comunitária; apoio a mobilizações das comunidades locais, criação de espaços para a discussão de questões públicas e outros;
- (3) Entornos saudáveis: esforços para tornar os espaços de vida saudáveis - casas, unidade de Saúde, escolas, praças, igrejas, bairro e outros;
- (4) Políticas públicas saudáveis: mobilização por políticas públicas que, por exemplo, favoreçam o controle do consumo de alimentos não saudáveis, tabaco, álcool e outras drogas, além da intervenção nos outros determinantes sociais, da saúde e econômicos que favoreçam as iniquidades em relação ao acesso à educação, à habitação de qualidade; ao trabalho e outros;
- (5) Reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da vigilância em saúde e promoção da saúde.

2.2 *Princípios* da promoção da saúde que se consideram ser transversais:

- (5) **Participação** é um processo relacional que opera no campo da construção das identidades, possibilitando o envolvimento de cada um com o projeto coletivo. Fomenta sentimentos de pertencimento e importância de si para o todo e do todo para a realização de cada um como pessoa. Pode ser entendido, também, como o ato de tomar parte nas decisões mais simples às mais complexas;
- (6) **Intersetorialidade** é um processo articulado e integrado de formulação e implementação de atividades e de políticas públicas. Pressupõe a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais e se caracteriza pela co-responsabilidade dos diferentes setores governamentais e da sociedade civil, no sentido do desenvolvimento humano e da qualidade de vida. Pode assumir a forma de parcerias para a promoção da saúde, que é um acordo voluntário entre dois ou mais parceiros de diferentes setores profissionais ou sociais para que trabalhem conjunta e

colaborativamente de modo a alcançar um conjunto de resultados de saúde compartilhados.

(7) **Eqüidade** na saúde implica que, idealmente, todos devem ter oportunidade de atingir seu completo potencial de saúde e mais pragmaticamente que ninguém deveria ter mais dificuldades que outros para atingir esse potencial. Nesse contexto o que se pretende é igualar as oportunidades de saúde e não o status de saúde, já que os indivíduos devem usufruir sua liberdade da maneira que quiserem e podem escolher o estilo de vida a ser adotado.

(8) **Sustentabilidade em promoção da saúde** é entendida como a continuidade de suas políticas e como sustentabilidade ambiental, relacionada à capacidade das ações servirem de suporte aos ecossistemas para que os mesmos se mantenham, absorvam ou se recuperem das agressões sofridas por ações antrópicas.

2.3 Matriz de ação:

(1) **Educação**, isto é, criação de oportunidades para o aprendizado;

(2) **Facilitação e comunicação** através da utilização de mecanismos de comunicação de conhecimentos, de idéias, de propostas;

(3) **Mobilização** - conjunto de ações coordenadas para gerar uma resposta social mais efetiva no campo da promoção da saúde em DANT ou ações de mobilização de recursos sociais e materiais para a promoção da saúde em DANT.

(4) **Redes sociais** - espaços criados para solidariedade, troca de experiências e discussão de problemas comuns.

(5) **Advocacia** – ação tomada pelos indivíduos e ou coletividades em sua defesa para vencer barreiras estruturais e institucionais à obtenção da saúde.

2.4 **Métodos.** No Quadro 1, a seguir, são descritos os métodos predominantes em processos de capacitação.

Quadro 1 – Metodologia empregada nas *ações de educação permanente*

Metodologias de educação permanente	Descrição	Ações realizadas no nível local	Indicadores de resultado da educação permanente
<i>Tradicional</i>	Transmissão de idéias, conhecimentos, procedimentos e práticas, pelo educador, sendo o educando receptor das novas idéias e conhecimentos, de origem externa.	Palestras, aulas, expositivas, conferências, leituras de textos sem reflexão.	Ampliação de conhecimentos sobre as DANT e seus fatores de risco desenvolvimento de habilidades pessoais para práticas corporais, alimentares, de prevenção e atenção de tabagismo etc.
<i>Tecnicista</i>	Transmissão planejada de conhecimentos, de forma racional, minimizando as interferências subjetivas. Objetivos instrumentais de realização quantitativamente mensurável e programa estratégias de modelagem baseada numa estratégia de pequenos passos reforçando ou recompensando o educando quando a resposta emitida coincide com a resposta esperada.	Micro ensino, tele ensino, instrução programada, seguimento de informações inseridas em cartazes, instruções passo a passo.	Ampliação de conhecimentos sobre as DANT e seus fatores de risco desenvolvimento de habilidades pessoais para práticas corporais, alimentares, de prevenção e atenção de tabagismo, etc.
<i>Participativo</i>	Relação educador/educando é horizontal e não imposta, não diretivas. O educando é participante do processo ensino/aprendizado, o educador é visto como facilitador da aprendizagem. O educador deve criar situações para que o educando desenvolva sua capacidade de observação de sua realidade circundante bem como a global e estrutural, relacionando-a com os fatores que possa favorecer o aparecimento das DANT. Deverá desenvolver também sua capacidade de localizar os recursos disponíveis e até ação coletiva para o enfrentamento dessa realidade.	Detectar problemas que favoreçam ou obstaculizem a adoção de estilos de vida que favoreçam o controle das DANT Buscar soluções criativas para solução dos problemas. Detectar recursos e tecnologias disponíveis para esse enfrentamento.	Aumento da capacidade do educando, em identificar detectar problemas reais e recursos para solução de problemas relacionados aos estilos de vida, outras condições de risco para as DANT. Empoderamento para encaminhar propostas de solução e de se organizar coletivamente como participante e agente de mudanças. Buscar soluções originais e criativas para resolução dos problemas. Detectar recursos de que possa lançar mão,
<i>Construtivista</i>	Parte do princípio que o conhecimento se produz na interação entre o sujeito que conhece e o objeto passível de ser conhecido. A prática pedagógica será basicamente relacional, tornando o professor um problematizador da ação conhecedora de seu aluno. Preocupa-se mais com o processo gradativo de construção e transformação do conhecimento do que com o resultado. Gera construções totalmente novas, embora tenham partido de situações pré-existentes.		Conhecimento recriado sobre DANT e seus fatores e condições de risco. Incorporar o saber do usuário ao conteúdo do conhecimento a ser construído.

2.5 Resultados das ações de educação permanente:

- (1) Possibilitou a ampliação de conhecimentos dos envolvidos na capacitação sobre as DANT, condições e fatores de risco?
- (2) Possibilitou o desenvolvimento de habilidades pessoais para ser multiplicador no desenvolvimento de práticas corporais, alimentares, de prevenção e atenção de tabagismo, e outros semelhantes?
- (3) Possibilitou o desenvolvimento da capacidade dos profissionais de identificar e detectar problemas que interferem na adoção de estilos de vida que favoreçam a prevenção e atenção às DANT?
- (4) Possibilitou o empoderamento dos profissionais para preparar e apresentar propostas de ações de promoção da saúde em DANT no sistema de saúde e de se organizar coletivamente nas unidades para execução dessas propostas?
- (5) Possibilitou o empoderamento dos profissionais para preparar e apresentar propostas de ações de promoção da saúde em DANT com a comunidade e de se organizar coletivamente para detectar recursos para a execução dessas propostas?

- Categorias que caracterizam **as ações de promoção da saúde relacionadas às DANT na atenção básica**.

São ações desenvolvidas com a população, tais como práticas corporais, segurança alimentar e outros. As categorias que as caracterizam correspondem aos conteúdos da educação permanente, anteriormente apresentados.

3.1 Estratégias de promoção da saúde: Abaixo estão relacionadas as cinco estratégias de ação da promoção da saúde da Carta de Ottawa, com exemplos de como podem ser adaptados a problemática da DANT na Cidade de São Paulo:

- (1) Desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com as DANT e seus fatores de risco – alimentação, exercício físico, práticas corporais, controle de hipertensão e diabetes e outras doenças, controle do estresse, fortalecimento da autonomia;
- (2) Fortalecimento da participação comunitária; apoio a mobilizações das comunidades locais, criação de espaços para a discussão de questões públicas e outros;
- (3) Entornos saudáveis: esforços para tornar os espaços de vida saudáveis – casas, unidade de Saúde, escolas, praças, igrejas, bairro e outros;
- (4) Políticas públicas saudáveis: mobilização por políticas públicas que, por exemplo, favoreçam o controle do consumo de alimentos não saudáveis, tabaco, álcool e outras drogas, além da intervenção nos outros determinantes sociais, da saúde e econômicos que favoreçam as iniquidades em relação ao acesso à educação, à habitação de qualidade; ao trabalho e outros;
- (5) Reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da vigilância em saúde e promoção da saúde.

3.2 Princípios da promoção da saúde que se consideram ser transversais:

(9) **Participação** é um processo relacional que opera no campo da construção das identidades, possibilitando o envolvimento de cada um com o projeto coletivo. Fomenta sentimentos de pertencimento e importância de si para o todo e do todo para a realização de cada um como pessoa. Pode ser entendido, também, como o ato de tomar parte nas decisões mais simples às mais complexas;

(10) **Intersetorialidade** é um processo articulado e integrado de formulação e implementação de atividades e de políticas públicas. Pressupõe a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais e se caracteriza pela co-responsabilidade dos diferentes setores governamentais e da sociedade civil, no sentido do desenvolvimento humano e da qualidade de vida. Pode assumir a forma de parcerias para a promoção da saúde, que é um acordo voluntário entre dois ou mais parceiros de diferentes setores profissionais ou sociais para que trabalhem conjunta e colaborativamente de modo a alcançar um conjunto de resultados de saúde compartilhados.

(11) **Equidade** na saúde implica que, idealmente, todos devem ter oportunidade de atingir seu completo potencial de saúde e mais pragmaticamente que ninguém deveria ter mais dificuldades que outros para atingir esse potencial. Nesse contexto o que se pretende é igualar as oportunidades de saúde e não o status de saúde, já que os indivíduos devem usufruir sua liberdade da maneira que quiserem e podem escolher o estilo de vida a ser adotado.

(12) **Sustentabilidade em promoção da saúde** é entendida como a continuidade de suas políticas e como sustentabilidade ambiental, relacionada à capacidade das ações servirem de suporte aos ecossistemas para que os mesmos se mantenham, absorvam ou se recuperem das agressões sofridas por ações antrópicas.

3.3 *Matriz de ação:*

- (1) **Educação**, isto é, criação de oportunidades para o aprendizado;
 - (2) Facilitação e **comunicação** através da utilização de mecanismos de comunicação de conhecimentos, de idéias, de propostas;
 - (3) **Mobilização** - conjunto de ações coordenadas para gerar uma resposta social mais efetiva no campo da promoção da saúde em DANT ou ações de mobilização de recursos sociais e materiais para a promoção da saúde em DANT.
 - (4) **Redes sociais** - espaços criados para solidariedade, troca de experiências e discussão de problemas comuns.
 - (5) **Advocacia** – ação tomada pelos indivíduos e ou coletividades em sua defesa para vencer barreiras estruturais e institucionais à obtenção da saúde.
4. Categorias que descrevem a *avaliação das ações desenvolvidas*, segundo natureza, tipo e perspectiva.
- a) **Avaliação de processo**: preocupa-se com o núcleo de atividades essenciais que caracterizam a ação desenvolvida, com a prática dos sujeitos/participantes e a relação desta com os conteúdos da ação em questão.
 - b) **Avaliação de resultado**: preocupa-se com a relação entre o que foi planejado e o que foi executado considerando os resultados esperados e os obtidos com a ação em questão.
 - c) **Avaliação de eficácia**: relação entre os objetivos e instrumentos de uma dada ação e seus resultados efetivos. Esta avaliação pode ser feita entre, por exemplo, as metas propostas e as metas alcançadas ou entre os instrumentos previstos para sua implementação e aqueles de fato empregados.
 - d) **Avaliação de efetividade**: demonstração de que os resultados encontrados estão diretamente relacionados às ações desenvolvidas e não a outras causas concorrentes.
 - e) **Avaliação formativa**: conduzida durante a implementação da ação com o objetivo de apoiar o desenvolvimento da mesma, assume uma perspectiva “clínica” em relação ao processo.
 - f) **Avaliação somativa**: conduzida após o término da ação ou da conclusão de um ciclo previamente definido, assume uma perspectiva “crítico/analítica” em relação aos resultados.
- Tipos de resultados esperados com as intervenções em promoção de saúde em DANT
- a) Ampliação de conhecimentos dos envolvidos pela ação a respeito das DANT, condições e fatores de risco?
 - b) Desenvolvimento de habilidades pessoais para o desenvolvimento de práticas corporais, alimentares, de prevenção e atenção de tabagismo, e outras semelhantes?
 - c) Desenvolvimento da capacidade dos participantes de identificar e detectar problemas que interferem na adoção de estilos de vida que favoreçam a prevenção e atenção às DANT?
 - d) Empoderamento dos envolvidos pela ação para preparar e apresentar propostas de ações de promoção da saúde em DANT no sistema de saúde e de se organizar coletivamente nas unidades para execução dessas propostas?
 - e) Empoderamento dos envolvidos pela ação para preparar e apresentar propostas de ações de promoção da saúde em DANT na comunidade e para se organizar coletivamente nas unidades para execução dessas propostas?

Anexo 8:

Painel para teste

Painel de monitoramento das ações e práticas de promoção da saúde em DANIT no município de São Paulo			
Denominação da ação	Descrição da ação	Município de São Paulo	
		Atividade	Resultado
Localização (N/S/O/SE/CO)	Âmbito (Unid/Reg/Mun)	Objetivos	Indicadores
		Desenvolver habilidades Pessoais	Desenvolvimento de habilidades pessoais
		Fortalecimento da ação comunitária	Fortalecimento da ação comunitária
		Entorno Saudáveis	Entorno Saudáveis
		Políticas Públicas Saudáveis	Políticas Públicas Saudáveis
		Reorientação dos serviços de saúde	Reorientação dos serviços de saúde
		Participação	Participação
		Intersetorialidade de	Intersetorialidade de
		Equidade	Equidade
		sustentabilidade de	sustentabilidade de
		Educação	Educação
		comunicação	comunicação
		Mobilização	Mobilização
		Redes Sociais	Redes Sociais
		Advocacia	Advocacia
		Tradicional	Tradicional
		Técnicista	Técnicista
		Participativo / Construtivista	Participativo / Construtivista
		Articulação Intra-institucional	Articulação Intra-institucional
		Articulação Inter-setorial	Articulação Inter-setorial
		Articulação Inter-institucional	Articulação Inter-institucional
		Ampliação de conhecimentos	Ampliação de conhecimentos
		Desenvolvimento de habilidades pessoais	Desenvolvimento de habilidades pessoais
		Capacidade de identificar problemas	Capacidade de identificar problemas
		Empoderamento para sistema	Empoderamento para sistema
		Empoderamento para comunidade	Empoderamento para comunidade
		Desenvolver habilidades Pessoais	Desenvolvimento de habilidades pessoais
		Fortalecimento da ação comunitária	Fortalecimento da ação comunitária
		Entorno Saudáveis	Entorno Saudáveis
		Políticas Públicas Saudáveis	Políticas Públicas Saudáveis
		Reorientação dos serviços de saúde	Reorientação dos serviços de saúde
		Participação	Participação
		Intersetorialidade de	Intersetorialidade de
		Equidade	Equidade
		sustentabilidade	sustentabilidade
		Educação	Educação
		comunicação	comunicação
		Mobilização	Mobilização
		Redes Sociais	Redes Sociais
		Advocacia	Advocacia
		Processo	Processo
		Resultado	Resultado
		Eficácia	Eficácia
		Efetividade	Efetividade
		Formativa	Formativa
		Somativa	Somativa
		Ampliação de conhecimentos	Ampliação de conhecimentos
		Desenvolvimento de habilidades pessoais	Desenvolvimento de habilidades pessoais
		Capacidade de identificar problemas	Capacidade de identificar problemas
		Empoderamento para sistema	Empoderamento para sistema
		Empoderamento para comunidade	Empoderamento para comunidade

Anexo 9:

Formulário para registro das ações de promoção da saúde

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Saúde Pública

Projeto de pesquisa:

**AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
RELACIONADAS ÀS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA CIDADE DE SÃO
PAULO**

Coordenação:

Prof. Tit. Marcia Faria Westphal

Apoio:

CNPq

São Paulo
2008

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

BLOCO I

1) Identificação

Nome: _____
Data do nascimento (dia/mês/ano): __/__/____
Profissão: _____
Função atual: _____
Coordenadoria de Saúde: _____
Unidade: _____
Tempo de serviço na prefeitura: _____
Tempo de serviço na função: _____
Endereço: _____
E-mail: _____
Fone para contato _____

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

2) Ação/ações de promoção de saúde desenvolvidas na unidade/coordenadoria

- Grupo de atividade física
- Caminhada
- Grupos educativos
 - Hipertensos
 - Diabéticos
 - Idosos
 - Adolescentes e pré-adolescentes
 - Obesos
- Práticas corporais
 - Lian Gong
 - I Qi Gong
 - Qan si Gong
 - Tai Chi Pai Lin
 - Yoga
 - Dança
 - Lien Chin
 - Dao Yin Pao Jian Gong
 - Outros
- Estruturação no território de trabalho com violência:
 - Atendimento às vítimas
 - Orientações e encaminhamentos de vítimas de violência
 - Notificação de ocorrência de violência.
 - Outros. Qual? _____
- Oficinas terapêuticas
- Terapia comunitária
- Grupo de Tabagismo
- Alimentação saudável
- Grupos com dependentes de álcool e outras drogas
- Grupo de terapias alternativas (plantas medicinais)
- Grupos de fisioterapia e exercícios para Ler/DORT
- Oficinas de artesanato
- Práticas de relaxamento
- Práticas de meditação
- Capacitação de funcionários (Caso se aplique a você esta alternativa, pule para o BLOCO II)
- Outros? Qual? _____

- 3) Há quanto tempo você desenvolve essa atividade? _____ meses.
- 4) Quanto tempo por semana (horas/semana) você dedica a essa ação?

Dias da semana	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira	Total de horas semanais
Horas dedicadas						

CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS

- 4) Número aproximado de participantes por grupo:
- 0-5
 - 6-10
 - 11-15
 - 16-20
 - 21 e +
- 5) Número total de participantes na ação: _____ grupos e/ou _____ pessoas.
- 6) Perfil dos usuários:
- 6.a - Faixas etárias predominantes
- 0 a 4 anos
 - 5 a 9 anos
 - 10 a 14 anos
 - 15 a 19 anos
 - 20 a 24 anos
 - 25 a 39 anos
 - 40 a 59 anos
 - 60 e mais
- 6.b - Sexo
- Masculino
 - Feminino
 - Ambos igualmente
 - Ambos, com predomínio do feminino.
 - Ambos, com predomínio do masculino.
- 7) Funcionários que participam da atividade
- Médicos
 - Enfermeiros
 - Auxiliares de enfermagem
 - Assistente social
 - Terapeuta ocupacional
 - Fisioterapeuta
 - Psicólogos
 - Nutricionista
 - Agente Comunitário de Saúde
 - Outros? Quais? _____
- 8) Como os usuários, prioritariamente, inserem-se no programa?
- Encaminhamento médico
 - Encaminhamento de outros profissionais
 - Divulgação “boca a boca”
 - Divulgação por cartazes
 - Outro? Qual? _____
- 9) Com qual periodicidade essas atividades são oferecidas à comunidade?
- Diária
 - Semanal

- Quinzenal
- Mensal
- Outro? Qual? _____

10) Onde a ação acontece?

- Unidade
- Fora da Unidade em entidades parceiras
- Qual(ais)? _____
- Praças
- Outros? Quais? _____

11) Existe registro sistemático do acompanhamento do trabalho?

- Sim
- Não

12) Se sim, responda:

- Anotação no prontuário
- Mapas estatísticos de produção para atividades grupais
- Folha de frequência dos grupos
- Outro? Qual? _____

13) Para qual finalidade esse registro é utilizado?

BLOCO II - Para ser preenchido pelos profissionais que realizam processos de capacitação para executar ações de promoção da saúde em DANT.

14) No ano de 2007, quantos programas de capacitação você realizou?

Semestre	Número de programas	Número de participantes	Temas principais
1°.			
2°.			

15) Quanto tempo (horas/semana) você dedica a essa ação?

Dias da semana	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira	Total de horas semanais
Horas dedicadas						

CONTEÚDOS DA CAPACITAÇÃO

ESTRATÉGIAS

16) Quais dos seguintes temas/conteúdos/ assuntos foram abordados nas ações de capacitação relacionadas no quadro acima:

a) Políticas que diminuam as barreiras ou facilitem decisões saudáveis, por exemplo: campanhas antitabagismo, declaração de estabelecimentos livres do fumo.

- sim não

Se sim, comente o nome dado a esse tema e a reação dos educandos ao mesmo.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

b) Reorientação dos serviços de saúde, na perspectiva da promoção da saúde em DANT.

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

(c) Desenvolvimento de habilidades pessoais

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

d) Entornos saudáveis ou criação de ambientes de apoio à promoção da saúde, como por exemplo, o estímulo à oferta de merenda saudável nas escolas e locais de trabalho.

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

e) Fortalecimento da ação comunitária

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

PRINCÍPIOS

f) Intersetorialidade, isto é, a participação de diversos setores da sociedade e do governo nas ações de promoção da saúde em DANT, como por exemplo, a introdução de temas sobre estilos de vida saudáveis nos currículos escolares.

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

g) Equidade, isto é, a construção de oportunidades iguais para as pessoas em relação ao tema central da capacitação?

sim não

Se sim, comente porque você introduziu esse tema e qual foi a reação dos educandos ao mesmo?

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação

- h) Sustentabilidade, isto é, estratégias que visem à manutenção/ampliação das ações de promoção da saúde em DANT.

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

MATRIZ DE AÇÃO

- i) Educação, ou criação de oportunidades para o aprendizado.

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

- j) Utilização de mecanismos de **comunicação de conhecimentos, de idéias, de propostas e materiais** para a promoção da saúde relacionada às DANT, como por exemplo, a criação de material de divulgação de estilos de vida saudáveis.

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

- k) Mobilização - conjunto de ações coordenadas para gerar uma resposta social mais efetiva no campo da promoção da saúde em DANT, ou melhor, ações de mobilização de recursos sociais e materiais para a promoção da saúde em DANT.

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

- l) Redes sociais – estímulo à criação de espaços para solidariedade troca de experiências e discussão de problemas comuns, relacionados às práticas de promoção da saúde em DANT.

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

- m) Advocacia – ação tomada pelos indivíduos e ou coletividades em sua defesa para vencer barreiras estruturais e institucionais à obtenção da saúde.

sim não

Se sim, comente qual o nome que você deu ao tema, assuntos que você abordou e a reação dos educandos aos mesmos.

Se não, comente porque não foi incluído este conteúdo na capacitação.

METODOLOGIA DA CAPACITAÇÃO

18) A metodologia utilizada nas ações de capacitação tem um perfil:

a) Tradicional: As idéias, conhecimentos, procedimentos e práticas foram sempre transmitidos pelo educador, sendo o profissional participante da capacitação receptor das novas idéias e conhecimentos?

sim não

b) Tecnicista: A transmissão de conhecimentos, idéias, procedimentos e práticas foi sempre planejada e organizada como instrução programada ou instruções oferecidas “passo a passo”, ou semelhantes, utilizando mecanismos de reforço ou recompensa quando a resposta ao processo de capacitação coincidia com a resposta esperada?

sim não

c) Participativo e/ou construtivista: O grupo capacitado foi consultado antes de o conteúdo ter sido escolhido e participou efetivamente da seleção daqueles a serem desenvolvidos na capacitação?

sim não

d) O grupo capacitado foi consultado enquanto o programa estava sendo desenvolvido e participou efetivamente da revisão de conteúdos e métodos utilizados?

sim não

e) O grupo avaliou o curso ao final do mesmo, apresentando críticas e sugestões?

sim não

f) As capacitações permitiram que fossem construídos novos saberes a partir de conhecimentos pré-existentes no grupo?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

19) As ações de capacitação foram desenvolvidas em parcerias com outros setores da secretaria?

sim não

Se sim, comente como e com quem se deu esse processo de parceria e o papel de cada um dos parceiros envolvidos.

Se não, comente porque não foi desenvolvida uma parceria.

20) As ações de capacitação foram desenvolvidas em parcerias com outras secretarias?

sim não

Se sim, comente como e com quem se deu esse processo de parceria e o papel de cada um dos parceiros envolvidos.

Se não, comente porque não foi desenvolvida uma parceria.

21) As ações de capacitação foram desenvolvidas em parcerias com outras instituições?

sim não

Se sim, comente como e com quem se deu esse processo de parceria e o papel de cada um dos parceiros envolvidos.

Se não, comente porque não foi desenvolvida uma parceria.

RESULTADOS DA CAPACITAÇÃO

22) O processo de capacitação, de acordo com sua avaliação:

a) Possibilitou a ampliação de conhecimentos dos envolvidos na capacitação sobre as DANT, condições e fatores de risco?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

b) Possibilitou o desenvolvimento de habilidades pessoais para ser multiplicador no desenvolvimento de práticas corporais, alimentares, de prevenção e atenção de tabagismo, e outros semelhantes?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

c) Possibilitou o desenvolvimento da capacidade dos profissionais de identificar e detectar problemas que interferem na adoção de estilos de vida que favoreçam a prevenção e atenção às DANT?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

d) Possibilitou o empoderamento dos profissionais para preparar e apresentar propostas de ações de promoção da saúde em DANT no sistema de saúde e de se organizar coletivamente nas unidades para execução dessas propostas?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

e) Possibilitou o empoderamento dos profissionais para preparar e apresentar propostas de ações de promoção da saúde em DANT com a comunidade e de se organizar coletivamente para detectar recursos para a execução dessas propostas?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

BLOCO III – AVALIAÇÃO DAS AÇÕES E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE RELACIONADAS ÀS DANT NA ATENÇÃO BÁSICA.

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

23) A(s) ação/ações de promoção de saúde desenvolvidas na sua unidade/coordenadoria incluíram componentes que favoreceram:

a) O desenvolvimento de habilidades pessoais dos usuários para enfrentar desafios da vida cotidiana, solucionar problemas, incorporar as práticas corporais à sua rotina diária e decidir sobre os estilos de vida a adotar.

sim não

Se sim, que atividades você inclui como fazendo parte deste componente?

- b) A criação de ambientes adequados à saúde, por meio de identificação de problemas e oportunidades no território adstrito, para tornar os diversos ambientes de vida mais favoráveis ao exercício de estilos de vida saudáveis, à prevenção e ao controle das DANT.

sim não

Se sim, que atividades você inclui como fazendo parte deste componente?

- c) A reorientação dos serviços de saúde, incluindo no modelo de atenção aos usuários portadores de DANT, ações de prevenção e atenção às DANT, tais como: práticas corporais, grupos educativos, advocacia por políticas, lobbies, entre outros.

sim não

Se sim, que atividades você inclui como fazendo parte deste componente?

- d) Fortalecimento da ação comunitária pela extensão da participação dos usuários nas atividades da unidade e nas práticas de promoção da saúde.

sim não

Se sim, que atividades você inclui como fazendo parte deste componente?

- e) Políticas públicas saudáveis pela elaboração e encaminhamento de políticas que possam diminuir as barreiras ou facilitar decisões e as práticas saudáveis?

sim não

Se sim, que atividades você inclui como fazendo parte deste componente?

PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

- f) Intersetorialidade, isto é, a participação de diversos setores da sociedade e do governo nas ações de promoção da saúde em DANT, como por exemplo, desenvolver práticas corporais em parceria com outras secretarias ou outras instituições presentes no território.

sim não

Se sim, indique os parceiros envolvidos e o papel de cada um

Se não, comente porque não foram incluídos parceiros na ação desenvolvida.

- g) Equidade, isto é, priorizar a construção de oportunidades para as pessoas com mais dificuldade de acesso aos recursos.

sim não

Se sim, explique como ou exemplifique?

Se não, comente por que.

- h) Sustentabilidade, isto é, utiliza estratégias que visem à manutenção dessa ação ou similares na promoção da saúde em DANT?

sim não

Se sim, quais?

Se não, comente por que.

MATRIZ DE AÇÃO

- i) Educação, ou criação de oportunidades para o aprendizado, por meio de palestras, conferências, seminários e outros semelhantes.

sim não

Se sim, que temas você mais tem trabalhado?

- j) Mobilização - ações de mobilização de recursos sociais para a promoção da saúde em DANT.

sim não

Se sim, dê exemplos de ações realizadas?

Se não, comente por que.

- g) Utilização de mecanismos e meios de comunicação e materiais para a promoção da saúde relacionada às DANT, como por exemplo a criação de material de divulgação de estilos de vida saudáveis.

sim não

Se sim, dê exemplos de meios utilizados e materiais gráficos criados, atividades comunicacionais implementadas.

Se não, comente por que.

- h) Redes sociais – estímulo e/ou apoio à criação de espaços para solidariedade, troca de experiências e discussão e enfrentamento de problemas comuns, relacionados às DANT.

sim não

Se sim dê exemplos.

Se não, comente por que.

- i) Advocacia – ação tomada pelos indivíduos e ou coletividades em sua defesa para vencer barreiras estruturais e institucionais à obtenção da saúde.

sim não

Se sim, exemplifique.

Se não, comente por que.

BLOCO IV - AVALIAÇÃO DAS AÇÕES E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DANT

- 24) Você avalia as ações de promoção da saúde em DANT que tem desenvolvido?

sim não

Se sim, veja como classificá-la nas alternativas seguintes.

Se não, indique por que.

a) **Avaliação de processo:** preocupa-se com o núcleo de atividades essenciais que caracterizam a ação desenvolvida, com a prática dos sujeitos/participantes e a relação desta com os conteúdos da ação em questão (Tanaka e Melo, 2001).

sim não

g) **Avaliação de resultado:** preocupa-se com a relação entre o que foi planejado e o que foi executado considerando os resultados esperados e os obtidos com a ação em questão (Tanaka e Melo, 2001).

sim não

h) **Avaliação de eficácia:** relação entre os objetivos e instrumentos de uma dada ação e seus resultados efetivos. Esta avaliação pode ser feita entre, por exemplo, as metas propostas e as metas alcançadas ou entre os instrumentos previstos para sua implementação e aqueles de fato empregados (Arretche, 2001).

sim não

i) **Avaliação de efetividade:** demonstração de que os resultados encontrados estão diretamente relacionados às ações desenvolvidas e não a outras causas concorrentes (Arretche, 2001).

sim não

j) **Avaliação formativa:** conduzida durante a implementação da ação com o objetivo de apoiar o desenvolvimento da mesma, assume uma perspectiva “clínica” em relação ao processo (Silva, 2005).

sim não

k) **Avaliação somativa:** conduzida após o término da ação ou da conclusão de um ciclo previamente definido, assume uma perspectiva “crítico/analítica” em relação aos resultados (Silva, 2005).

sim não

25) Os seguintes resultados de intervenções em promoção de saúde se aplicam à avaliação da ação que vem desenvolvendo de promoção da saúde em DANT?

a) Ampliação de conhecimentos dos envolvidos pela ação a respeito das DANT, condições e fatores de risco?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

b) Desenvolvimento de habilidades pessoais para o desenvolvimento de práticas corporais, alimentares, de prevenção e atenção de tabagismo, e outras semelhantes?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

c) Desenvolvimento da capacidade dos participantes de identificar e detectar problemas que interferem na adoção de estilos de vida que favoreçam a prevenção e atenção às DANT?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

- d) Empoderamento dos envolvidos pela ação para preparar e apresentar propostas de ações de promoção da saúde em DANT no sistema de saúde e de se organizar coletivamente nas unidades para execução dessas propostas?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

- 26) Empoderamento dos envolvidos pela ação para preparar e apresentar propostas de ações de promoção da saúde em DANT na comunidade e para se organizar coletivamente nas unidades para execução dessas propostas?

sim não

Se sim, o que permitiu que você chegasse a essa conclusão?

Anexo 10:

Grupo de discussão e avaliação do *Painel de monitoramento das ações e práticas de promoção da saúde em DANT no município de São Paulo.*

Reunião preparatória:

Recepção dos participantes e esclarecimentos sobre a pesquisa e a proposta de atividade do dia:

1. Informe da pesquisa.
2. Leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.
3. Distribuição do marco teórico e do formulário para preenchimento do painel e acomodação dos participantes.
4. Esclarecimento sobre a utilização do formulário e do marco teórico.

Objetivo da discussão e avaliação:

Avaliar o instrumento (painel de avaliação e monitoramento de ações e práticas de promoção da saúde em DANT) através de: descrição das ações de promoção da saúde em DANT e reflexão sobre elas; teste do marco teórico e formulário para preenchimento do painel; reflexão sobre a implementação das ações desenvolvidas no nível local.

Roteiro da discussão e avaliação

1. Como você entende o uso de um painel de avaliação e monitoramento de ações de promoção da saúde em DANT?
2. O instrumento (painel) permitiu que você realmente pudesse descrever a ação que desenvolve?
3. Você acrescentaria algo ao painel?
4. Como você avalia a dificuldade ou facilidade em relação ao preenchimento do painel? (explorar em relação ao marco teórico e formulário propriamente ditos)
5. O que é mais relevante nas ações de promoção da saúde em DANT que vocês vêm desenvolvendo?
6. Como essas atividades se inserem e podem ser incorporadas no nível local?
7. Como os demais funcionários vêem e o que pensam dessas atividades?

Anexo 11:

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO

Eu, _____, pesquisador(a) do projeto de pesquisa **AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE RELACIONADAS ÀS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA CIDADE DE SÃO PAULO**, coordenado pela Professora Dr^a Márcia Faria Westphal, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq, em parceria com a Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Municípios e Cidades Saudáveis (CEPEDOC Cidades Saudáveis), convido você a participar desta pesquisa como informante de grupo de discussão e avaliação.

Este projeto tem como objetivos: (1) desenvolver, de forma participativa, quadro referencial de Promoção da Saúde no âmbito da atenção básica à saúde no município de S.Paulo; (2) criar um instrumento de acompanhamento de práticas e avaliação das práticas de promoção da saúde e de prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis -DANT com base em categorias descritivas do componente de promoção de saúde relacionado às DANT; e (3) contribuir para a formação, nas diversas regiões do município, de núcleos de profissionais habilitados em metodologias de avaliação crítica destas práticas de promoção da saúde relacionadas às DANT.

Este projeto desenvolve-se em parceria com a área de Vigilância de DANT da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, que vem realizando capacitação de profissionais dos diferentes serviços da rede básica, das Supervisões e Coordenações de saúde de todas as regiões da cidade quanto às ações de promoção da saúde. Durante a capacitação, realizada pela Vigilância de DANT, foram elaborados pré-projetos para avaliar a efetividade das ações de promoção da saúde pelos diversos profissionais envolvidos.

Esclareço que para desenvolvimento do projeto **AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE RELACIONADAS ÀS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA CIDADE DE SÃO PAULO**, haverá necessidade de realizar grupos de discussão e avaliação, com o objetivo de avaliar o instrumento de acompanhamento de práticas e avaliação das práticas de promoção da saúde relacionadas às DANT, (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) realizadas e/ou orientadas por vocês, o que será feito utilizando o roteiro anexo.

A sua disponibilidade em participar destes grupos não é obrigatória, e a qualquer momento você pode retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a Instituição, ou mesmo nas suas atividades nas unidades. Não haverá qualquer despesa pessoal ou compensação financeira, decorrente da participação no estudo.

Será garantido o seu anonimato; e seu nome nunca será usado quando esta pesquisa for discutida ou divulgada. Você terá direito de se manter atualizado sobre os resultados dos estudos a qualquer momento que julgar necessário.

Em qualquer etapa do projeto, você terá acesso ao profissional responsável pelo estudo para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

A coordenadora responsável pela pesquisa, Prof^a. Dr^a. Márcia Faria Westphal, pode ser encontrada no Departamento de Prática de Saúde Pública, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – Cerqueira César – São Paulo – SP. Fone/Fax (11) 3085.4760. E-mail: marciafw@usp.br.

Eu, _____, em ____/____/____, afirmo que, após ter sido informado sobre os objetivos e procedimentos metodológicos do projeto acima referido, concordo em participar do mesmo.

RG: _____

Assinatura da (o) Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento livre e esclarecido deste participante para inclusão neste projeto.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da (o) Pesquisador

Anexo 12:

Painel de monitoramento das ações e práticas de promoção da saúde em DANT no município de São Paulo

Painel de monitoramento das ações e práticas de promoção da saúde em DANT no município de São Paulo

Unidades

Indicadores

Resultados

Práticas

Página 1

Página 2

Página 3

Página 4

Unidades

Unidade	Indicador	Resultado	Prática
Unidade 1	Indicador 1	Resultado 1	Prática 1
Unidade 2	Indicador 2	Resultado 2	Prática 2
Unidade 3	Indicador 3	Resultado 3	Prática 3
Unidade 4	Indicador 4	Resultado 4	Prática 4
Unidade 5	Indicador 5	Resultado 5	Prática 5
Unidade 6	Indicador 6	Resultado 6	Prática 6
Unidade 7	Indicador 7	Resultado 7	Prática 7
Unidade 8	Indicador 8	Resultado 8	Prática 8
Unidade 9	Indicador 9	Resultado 9	Prática 9
Unidade 10	Indicador 10	Resultado 10	Prática 10