



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



138ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 19-23 de junho de 2006

Tema 4.8 da agenda provisória

CE138/16 (Port.)

2 junho 2006

ORIGINAL: ESPANHOL

PROMOÇÃO DA SAÚDE: AVANÇOS E LIÇÕES APRENDIDAS, DE OTTAWA A BANGKOK, E PERSPECTIVAS FUTURAS

A Carta de Ottawa (1986) surge de uma profunda reflexão crítica sobre a saúde pública, reconhecendo os fatores sociais e ambientais e incluindo os estilos de vida como elementos fundamentais da promoção da saúde. Sua influência foi significativa na teoria da saúde pública na Região, contribuindo para a troca do paradigma biológico da saúde e criando as bases para o entendimento profundo dos determinantes sociais da saúde. A Carta insiste no caráter intersetorial da promoção da saúde, assim como na importância das políticas públicas e empoderamento da comunidade neste processo. Nestes últimos 20 anos a Carta de Ottawa continuou sendo um guia de inspiração política de muitos governos, organismos internacionais, universidades, múltiplos setores, assim como da sociedade civil em seu objetivo de melhorar as condições da saúde e promover a equidade.

Desenvolveram-se múltiplas experiências de promoção da saúde nos ambientes onde a população vive, estuda e trabalha, sendo estes os mais reconhecidos exemplos da aplicação das cinco ações estratégicas da Carta de Ottawa: o estabelecimento de políticas públicas saudáveis aprofundado a partir da Declaração de Adelaide (1988); a criação de ambientes saudáveis desenvolvida a partir da Declaração de Sundsvall (1991); a participação da população em ações de saúde pública e de atenção primária fortalecida com a Carta de Bogotá; fortalecimento da comunicação social e educação em saúde pelas habilidades pessoais aprofundado na Carta do Caribe; e a reorientação dos serviços de saúde aprofundada na Declaração de Jacarta e a do México.

O presente documento contém uma análise das lições aprendidas a partir das Cartas e Declarações de Ottawa a Bangkok, utilizando alguns exemplos da Região das Américas. Também destaca os desafios para fortalecer a promoção da saúde como função essencial e estratégica da saúde pública, posicionando-a em um mundo globalizado.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução	3
Antecedentes e contexto regional	3
Resultados e lições aprendidas	5
Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis	5
Criação de ambientes favoráveis para a saúde.....	6
Fortalecimento da ação comunitária e participação social	7
Desenvolvimento das habilidades pessoais e empoderamento.....	8
Reorientação dos serviços de saúde.....	8
Colaboração intersetorial	9
Evidência e avaliação dos alcances da promoção da saúde.....	9
Cooperação técnica dos organismos internacionais.....	9
Posicionamento da promoção da saúde na agenda de saúde	10
Desafios no desenvolvimento da estratégia de Promoção da Saúde	10
Posicionando a promoção da saúde em um mundo globalizado.....	11
Posicionamento institucional	12
Fortalecimento da capacidade institucional.....	12
Apoio e acompanhamento da OPAS aos compromissos da Carta de Bangkok	13
Intervenção do Comitê Executivo.....	13
Referências	

Introdução

1. Em 2005, os Estados Membros solicitaram que, 20 anos depois de adotada a Carta de Ottawa (1986), se avaliasse a evolução, resultados e lições aprendidas no fortalecimento da promoção da saúde no contexto da Região - desde Ottawa até o último foro de promoção da saúde em Bangkok em 2005. Neste documento se faz esta revisão baseada principalmente em informação fornecida pelos países em duas pesquisas do mapa de capacidades institucionais em promoção da saúde, realizadas em 2002 e 2005, bem como mediante informação recolhida, juntamente com a OPAS/OMS, em reuniões e eventos dos quais participou a OPAS. Canadá e Chile contribuíram também para um primeiro esquema preparado em fins de 2005.

Antecedentes e contexto regional

2. Desde a década de setenta os avanços na descentralização do setor da saúde e atenção primária à saúde (APS), novas correntes de pensamento em saúde pública estabeleceram parâmetros para as discussões dos problemas de saúde e os processos sociais. Estes deram origem às políticas públicas que determinam os processos de saúde-enfermidade.¹ A nova perspectiva social da saúde influenciou, de forma e profundidade diferente, o pensamento acadêmico e algumas das políticas e programas de saúde de certos países da Região. No Brasil este pensamento se concretizou em processos de reforma sanitária dando lugar à participação social, promovendo a equidade do acesso aos serviços e considerando-se a saúde como resultado das condições de alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego e liberdade. A Constituição do Brasil inclui o direito à saúde como obrigação do Estado e resultante das condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em outros países da Região, como Costa Rica, Chile e Cuba, se desenvolveram modelos de atenção integral que produziram um impacto positivo na saúde da população. A Conferência de Alma-Ata e as diretrizes da atenção primária à saúde (APS) tiveram igualmente uma grande influência e repercussão, fortalecendo um enfoque mais integral às intervenções em saúde pública. (1)

3. Desta forma, a Carta de Ottawa e o movimento de promoção da saúde encontram na Região um contexto duplo.² Por um lado, um desenvolvimento conceitual do pensamento de saúde pública que se aproxima da sua nova proposta de saúde pública; por outro, um contexto de desenvolvimento social dos países, com profundas desigualdades. A Carta de Bogotá (1992), produto do primeiro evento regional de promoção da saúde,

¹ As contribuições históricas de Villerme, Virchow, Winslow, Sigerist, de Black Report, Foucault, Berlinguer, Lalonde, Terris, Laurell e outros autores influenciaram este novo enfoque da saúde pública.

² (“...este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes: *biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde...*”) em Promoción de la Salud: una antología; OPS, Publicación Científica No. 557; 1996; 3-5.

ênfatisa os aspectos de equidade e violênça, e se orienta mais para uma proposta de gestão intersetorial da saúde com liderança do setor da saúde. Esta última perde legitimidade pela deterioração do setor com as reformas sanitárias. A inserção da promoção da saúde inicialmente se baseou em experiências e propostas surgidas de um contexto de países desenvolvidos, para uma realidade de pobreza e desigualdades. Esta contradição com a realidade dos sistemas se aprofunda ainda mais na década de 90, nos países submetidos a mudanças estruturais dos serviços de saúde.

4. Em um balanço histórico da promoção da saúde, podemos afirmar que a Carta de Ottawa reforçou os conceitos da atenção primária à saúde de Alma-Ata, assim como as teorias de determinação social da América Latina da década de 80. Além disso, influenciou de maneira positiva nas políticas e programas de saúde, incluindo-se tanto as políticas públicas como a ação comunitária (2). A Carta de Ottawa afirma a concepção de saúde como bem-estar, central ao desenvolvimento sustentável. Vinte anos depois, seus princípios e áreas de ação, aprofundados pelas contribuições das cinco conferências mundiais posteriores, culminando na Carta de Bangkok em 2005, se mantêm vigentes e vibrantes para orientar o trabalho de saúde pública com outros setores e a cidadania dirigidos à equidade em saúde.

5. Hoje em dia o grande desafio da promoção da saúde em um mundo globalizado exige ir mais além da visão setorial tradicional centrada na atenção primária e sistemas de atenção à saúde, para as intervenções de educação e comunicação sobre as condutas ou estilos de vida das pessoas. Precisamente por isso foi o tema central abordado na Declaração do México,³ a qual demanda que os Governos exerçam sua liderança ativa e com visão para assegurar o compromisso dos setores público e privado e da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. Hoje continuam relevantes os elementos da Carta de Ottawa, para posicionar um novo paradigma de saúde pública que respalde a promoção da saúde como uma estratégia que permite que as pessoas e a comunidade exerçam maior controle sobre os determinantes sociais e seu estado de saúde para melhorar a qualidade de vida. Igualmente com o objetivo de implementar a ação em saúde pública que fortaleça o potencial de saúde das pessoas com um enfoque ecológico, aplicando os princípios de equidade, justiça, democracia, empoderamento e intersetorialidade.

³ A Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde (2000) propõe abordar os determinantes sociais da saúde, reforçar mecanismos de colaboração entre todos os setores e em todos os níveis da sociedade e recomenda o estabelecimento de políticas públicas saudáveis em todos os países, na busca da equidade. Acorda-se o estabelecimento de planos de ação nacionais para a promoção da saúde com o apoio da experiência da OMS e seus escritórios regionais

Resultados e lições aprendidas

6. A Declaração do México estabelece um compromisso para posicionar a promoção da saúde como uma estratégia fundamental na agenda política e de desenvolvimento, compromisso reafirmado na Carta de Bangkok em 2005 e diversas resoluções da OMS e da OPAS. Cumprindo a Declaração do México e a Resolução CD43.R11 (2001), se elaborou uma análise de avanço da promoção da saúde na Região das Américas (3). A versão preliminar desta análise foi apresentada no Foro do Chile em 2002 e o mapa de capacidades finalizado em 2005 foi apresentado durante a Conferência de Bangkok. Em geral os países avançaram em algumas áreas de ação da promoção da saúde, mas falta muito caminho a percorrer.⁴ Por exemplo, em 44% dos países da Região a promoção da saúde ocupa um lugar significativo na política pública nacional, sendo que menos da metade dos países contam com um quadro político ou legal de apoio à promoção da saúde (4).

Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis⁵

7. Os países das Américas adotaram diferentes abordagens para promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas saudáveis que respondam a diferentes circunstâncias sociais, políticas e econômicas. Em geral, este campo ainda está em seus primórdios, mas com uma diferença considerável entre Ottawa (1986) e Bangkok (2005). O Brasil consolidou o Sistema Único de Saúde, incluindo o orçamento participativo e tomou medidas para adaptar e implementar áreas de demonstração de políticas públicas saudáveis nos municípios, com o apoio das secretarias municipais e estaduais de saúde. A Argentina fez um profundo debate sobre o impacto da economia em seus determinantes da saúde e como resposta fortaleceu suas políticas sociais. O Chile implementou a política de promoção da saúde conhecida como “Vida Chile”, com um enfoque intersectorial para melhorar os determinantes sociais. Canadá, Peru e Paraguai desenvolveram políticas específicas para riscos sanitários como tabaco, álcool e segurança rodoviária. Em Barbados se estabeleceram mecanismos de participação social para o estabelecimento de políticas através de consultas públicas tanto no nível nacional como comunitário. Nos Estados Unidos da América receberam-se mais de 11.000

⁴ 30 países apresentaram relatórios de avanço em promoção da saúde em 2002; no mapa de capacidades institucionais para a promoção da saúde realizado em 2005 participaram 28 países da região, o que corresponde a uma porcentagem de resposta de 77%.

⁵ As Recomendações de Adelaide em Políticas Públicas Saudáveis (Austrália, 1988), Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reconhecem o desafio de avançar para uma nova saúde pública reafirmando a justiça social e a equidade como pré-requisitos indispensáveis para a saúde. Reafirma as cinco áreas de ação da promoção da saúde identificadas em Ottawa, aprofunda a primeira delas, construção de políticas públicas saudáveis, como o eixo central para melhorar os determinantes da saúde, e inclui os seguintes exemplos de políticas públicas saudáveis: Saúde da mulher; Alimentos e nutrição; Tabaco; Alcool; e Criação de ambientes sustentáveis.

comentários dos cidadãos para o estabelecimento de sua política pública conhecida como “*Healthy People 2010*”. Em Trinidad e Tobago foram aprovadas leis e políticas nacionais para promover a saúde.

Criação de ambientes favoráveis para a saúde⁶

Municípios e Comunidades Saudáveis (5)

8. A criação de ambientes favoráveis para a saúde foi uma das áreas com maior progresso, obtendo-se durante os últimos 10 anos uma grande expansão dos mesmos por toda a Região. Em 95% dos países existe alguma iniciativa em andamento para criar ambientes saudáveis. Em 70% dos países há um plano estratégico municipal para criar ambientes saudáveis. Esta iniciativa se baseia tanto no compromisso político dos prefeitos e outras autoridades locais, como na ativa participação da cidadania para definir as necessidades sentidas e estabelecer planos estratégicos para sua abordagem (6). Planos que devem ser abordados de maneira intersetorial e com a plena participação comunitária (7). O monitoramento, avaliação e construção de evidências nesta matéria continua sendo um desafio importante. Em somente 35% dos países as iniciativas para criar ambientes saudáveis foram avaliadas (8). O estabelecimento de redes e alianças foi um fator-chave para a difusão e o intercâmbio de experiências entre os municípios e os países. Em 75% dos países existem redes que defendem a promoção da saúde. A rede regional é difícil de sustentar, mas as redes nacionais na Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Paraguai e Peru foram bem-sucedidas.

Iniciativa regional de escolas promotoras da saúde⁽⁹⁾

9. A Iniciativa promove o desenvolvimento de conhecimento e habilidades no ambiente escolar para minimizar as condutas de risco e apoiar a adoção de estilos de vida saudáveis. De acordo com os resultados de uma pesquisa realizada em 2001, 53% indicaram o desenvolvimento desta estratégia. Canadá, Chile, Colômbia, El Salvador e México implementam a Iniciativa no nível nacional; El Salvador passou de uma cobertura de 124 escolas em um Departamento em 1996 para 3.593 escolas em 14 Departamentos em 1999. Com base na informação obtida da pesquisa, se desenvolveu o Plano de Ação 2003-2012 para a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde, o qual foi adotado pela Rede de EPS em sua terceira reunião anual em Quito, Equador,

⁶ A Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Propícios para a Saúde (Suécia, 1991) faz um apelo a todos para comprometer-se no estabelecimento de ambientes saudáveis, entendendo-se por ambientes tanto o ambiente social como o físico. A proposta de ação contempla dois princípios fundamentais: equidade e fortalecimento da ação pública. Na Declaração se faz um apelo à OMS e ao Programa Ambiental das Nações Unidas (UNEP) para aumentar seus esforços e desenvolver orientações para o manejo de componentes daninhos à saúde e ao meio ambiente, e a desenvolver procedimentos baseados no desenvolvimento sustentável.

2002 (10). Os países participantes da Iniciativa avançam em um processo para o desenvolvimento de procedimentos para a certificação e credenciamento de Escolas Promotoras da Saúde. Em matéria de avaliação, 47% dos países indicaram ter métodos qualitativos e de processo. A Iniciativa fortaleceu as redes de EPS em nível nacional e sub-regional.

Moradias saudáveis

10. A Iniciativa de Moradias Saudáveis contribuiu para promover e proteger a saúde das populações mais vulneráveis a riscos na moradia e contribuiu ao desenvolvimento local integrado. Estima-se que o déficit habitacional na América Latina e no Caribe é de cerca de 23 e 28 milhões de unidades, respectivamente. Esta situação de precariedade da moradia afeta a saúde das pessoas, em particular os mais pobres e vulneráveis, tais como as crianças, os deficientes e os idosos, dado que passam a maior parte do tempo em casa. A Rede VIVSALUD conta com Redes Nacionais em 12 países, divulgando, junto com o Programa das Nações Unidas para o Assentamento Humano (UN-HABITAT) e a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), diretrizes para as autoridades nacionais e locais sobre os principais componentes da estratégia de moradia saudável. Promoveu-se a implementação em nível regional do programa comunitário originado na Colômbia “HACIA UNA VIVIENDA SALUDABLE, ¡Que viva mi hogar!” com base no qual foram capacitados mais de 300 profissionais e técnicos em arquitetura bioclimática, construção sustentável, eliminação de vetores e moradia saudável. A agência canadense “Canada Mortgage and Housing Corporation” (CMHC) promove o conceito de moradias saudáveis e desenvolve guias e folhetos para fazer de suas moradias lares mais saudáveis.

Fortalecimento da ação comunitária e participação social

11. Em 90% dos países há mecanismos e oportunidades para a participação ativa dos cidadãos e membros da comunidade. Os mecanismos ou formas mais comuns de participação dos cidadãos são as mesas de diálogo, foros e consultas públicas; sendo que os cidadãos participam principalmente no diagnóstico de necessidades de promoção da saúde. Durante os últimos 20 anos o surgimento de organizações não governamentais (ONG) assumindo funções de saúde pública cresceu enormemente, convertendo-se em um elemento indispensável para a definição, abordagem, acompanhamento e avaliação de prioridades. O Canadá tem uma iniciativa nacional de participação das comunidades em saúde (Iniciativa do Setor Voluntário). Brasil, Chile e Equador fizeram avanços significativos na incorporação da participação comunitária e da sociedade civil no sistema de saúde.

Desenvolvimento das habilidades pessoais e empoderamento

12. Apesar do desenvolvimento de novas estratégias de educação em saúde, o avanço neste tema não é evidente. As doenças com maior influência de atitudes pessoais tomaram o primeiro lugar como carga de morbidade. As dependências, obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada e violência intrafamiliar são alguns dos fatores de risco cuja severidade aumentou. Poucos países realizaram atividades para mudar tendências comportamentais, apesar dos múltiplos programas de educação para a saúde e campanhas de comunicação social. Os estilos de vida sedentários, a obesidade, a violência, acidentes de trânsito, dependências e outros riscos continuam aumentando. Em parte isto se deve à persistência de enfoques verticais e lineares, com pouca participação e enfocados num só fator. O modelo medicalista continua influenciando de maneira desmedida um enfoque por enfermidade e risco, menosprezando a influência das condições e determinantes sociais.

Reorientação dos Serviços de Saúde

13. Em 90% dos países existe alguma política ou iniciativa nos serviços de saúde para promover a saúde além da prevenção e tratamento da enfermidade. Disseminou-se a formulação e implementação de modelos de “*Atenção Integral à Saúde*” em vários países, principalmente em nível subnacional. O enfoque de “*Ciclo de Vida*” foi incorporado paulatinamente na reorganização das redes básicas de serviços.

14. Na Nicarágua e Costa Rica, assim como no Distrito Federal do México e na cidade de Bogotá na Colômbia, entre outros, se estão incorporando modelos de Atenção Integral aos planos de saúde e/ou de desenvolvimento social. O princípio de “*Integralidade da Atenção*” é orientador da Reforma Sanitária Brasileira e eixo central da Estratégia de Saúde da Família. O “Programa Puente” do Chile e o recém-iniciado “Programa Juntos” do Peru integram serviços de atenção primária à saúde a outros serviços sociais dirigidos à família. FOROSALUD, uma ampla federação de organizações da sociedade civil no Peru, e os Congressos pela Saúde e a Vida no Equador, reivindicam ativamente a reorientação dos serviços de saúde com uma visão intersetorial e integral.

15. Contudo, esses processos enfrentam múltiplos desafios, desde a falta de recursos adequados até as limitações da profunda fragmentação operacional dos serviços em múltiplas sub-redes, desarticuladas, paralelas, duplicadas e superpostas, assim como descoordenadas, num contexto em que aumenta a segmentação institucional e organizacional dos sistemas de saúde na Região.

Colaboração intersetorial

16. A construção de consensos intersetoriais é fundamental para a promoção da saúde. Em 35% dos países da Região existe um conselho ou comitê intersetorial. As experiências do Canadá, Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, México, Peru, *Healthy People 2010*, “Vida Chile” e outros oferecem exemplos de comitês, consórcios e outras formas de colaboração e alianças entre organizações sociais e agências de governo para implementar políticas públicas e outras ações estratégicas de promoção da saúde(11). Não obstante os esforços e avanços, a colaboração intersetorial enfrentou diversos desafios. Em parte pelas estruturas setoriais da administração pública nos países e os departamentos e programas verticais, assim como pela formação disciplinar e pouco conducente à interdisciplinaridade. Outro fator identificado é a dificuldade dos setores de trabalhar em conjunto para uma meta comum.

Evidência e avaliação dos alcances da promoção da saúde

17. Em 60% dos países da Região existe um sistema de vigilância relacionado com os fatores de risco para a saúde. Argentina, Brasil, Cuba, México e Peru adotaram metodologias e desenvolveram iniciativas para a avaliação da promoção da saúde. No Canadá, Chile, Colômbia, Equador, Estados Unidos da América, Guatemala e Venezuela se trabalha no estabelecimento de um sistema de vigilância de indicadores sociais e epidemiológicos dos determinantes da saúde, assim como dos fatores de risco sociais e de conduta. Nos últimos cinco anos o Programa Global sobre a Efetividade da Promoção da Saúde (UIPS/OMS/CDC) deu um grande impulso ao fortalecimento da capacidade de avaliar as iniciativas da promoção da saúde, assim como deu maior difusão às boas práticas em promoção da saúde.

Cooperação técnica dos organismos internacionais

18. Em matéria de promoção da saúde, a contribuição da OPAS é extensa na definição das agendas e material nas conferências globais, em especial na 5ª Conferência Global de Promoção da Saúde no México, 2000. Igualmente, a OPAS apoiou ativamente as reuniões regionais de promoção da saúde, tais como a de Bogotá em 1992, Caribe em 1993 e Foro do Chile em 2002. Posicionou-se a estratégia de Promoção da Saúde na agenda dos Órgãos Diretores através da Resolução CD37.R14 e do "Plano de Ação Regional para a Promoção da Saúde nas Américas", CE113/15 (OPAS 1994); assim como a Resolução CD43.R11 e o documento sobre “Promoção da Saúde” CD43/14 (OPAS 2001). Cabe destacar também o posicionamento da promoção da saúde nos processos de integração sub-regionais como na Reunião de Ministros de Saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD) XVIII COR-1-5, 2002 e a Reunião de Ministros de Saúde dos Países Andinos (REMSAA) #386, 2002.

19. A cooperação técnica direta contribuiu para a perícia nacional na formulação de políticas e facilitou o intercâmbio entre países através de redes de pessoas e instituições envolvidas nos ambientes saudáveis: municípios, escolas, moradias, a rede de Centros Colaboradores e de Excelência em promoção da saúde, como o Consórcio Interamericano de Universidades para fortalecer a formação e desenvolvimento de profissionais na promoção da saúde. O desenvolvimento de guias metodológicos para o planejamento estratégico e a avaliação das ações de promoção da saúde são áreas que igualmente foram tema de colaboração com os países, assim como na elaboração de relatórios sobre progresso e capacidades institucionais em promoção da saúde realizados em 2002 e 2005. Outras agências também contribuíram à promoção da saúde, entre elas o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA) que contribuíram para a iniciativa de escolas promotoras da saúde; assim como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), cujo acordo com a OPAS contribuiu à capacitação docente para melhorar a educação em saúde e habilidades para a vida nas escolas. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) contribuiu ao fortalecimento da ação comunitária e apoiou o desenvolvimento local; o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) contribuiu para melhorar o saneamento básico e a saúde ambiental.

Posicionamento da promoção da saúde na agenda de saúde

20. Nestes 20 anos avançou-se consideravelmente no reconhecimento da promoção da saúde como uma estratégia e função essencial da saúde pública. O avanço substancial em seu posicionamento na agenda do próprio setor da saúde e nos planos de desenvolvimento foi difícil. Todavia, o desenvolvimento de planos nacionais de promoção da saúde acordado na Declaração do México é um esforço importante neste sentido. “Vida Chile” é considerado como o exemplo mais completo nos países latino-americanos, e o Chile é o único país que implantou um plano nacional de ação para a promoção da saúde, em consonância com a Declaração do México. O Uruguai estabeleceu seu plano nacional de promoção da saúde. O Canadá tem um sistema descentralizado no qual muitas províncias têm planos provinciais de promoção da saúde, com recursos e programas muito criativos e integrais. O Peru, assim como outros países que desenvolveram políticas e estratégias sem alcançar a categoria de um plano nacional, se distingue por seu grande compromisso com as linhas de ação da promoção da saúde.

Desafios no desenvolvimento da estratégia de Promoção da Saúde

21. Os avanços da promoção da saúde na Região mostram a importância de todos os processos gerados a partir da Carta de Ottawa, assim como a diversidade de resultados segundo o contexto de cada um dos países, todavia, existem limitações e dificuldades que

devemos examinar em profundidade para estabelecer estratégias e mecanismos para sua consolidação e sustentabilidade na Região.

22. Uma dificuldade está relacionada com o domínio da atividade da promoção da saúde. Como é um “novo paradigma”, partindo do conceito da OMS da saúde como bem-estar e não só como a ausência de enfermidade, amplia seu campo de ação em uma perspectiva multissetorial além do setor da saúde em um momento em que a reforma do Estado debilitou a posição da saúde frente aos outros setores⁷. É comum que profissionais e políticos tenham dificuldades em diferenciar a especificidade do campo da promoção da saúde das ações de prevenção de doenças. Em muitos países se denominam os programas de “promoção de saúde e prevenção de doenças”, como se fossem uma só coisa. Qual é a diferença, onde acaba a prevenção e onde começa a promoção? Está o limite entre o enfoque individual ou coletivo? Está o limite entre a abordagem de doença e risco e a abordagem da saúde como perspectiva positiva?

23. Outro aspecto se refere à identificação do papel do setor da saúde no desenvolvimento da promoção de saúde. Na Declaração de Bogotá(12) se propõe a promoção da saúde como estratégia para buscar condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina busca transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos com os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como fomentar a solidariedade e a equidade social. O setor da saúde tem um papel vital de colaborar com outros setores na implementação das ações estratégicas de promoção da saúde melhorando a qualidade de vida e a equidade.

Posicionando a Promoção da Saúde em um mundo globalizado

24. São bases da promoção da saúde a intersetorialidade e as políticas públicas. Todavia, se utilizam escassamente recursos no setor da saúde para promover ações intersetoriais e há grande dificuldade em influenciar as políticas públicas que geralmente evocam a saúde pública. Os governos e Centros de Excelência nos países, tanto no nível regional, sub-regional e nacional, requerem a aplicação de ações de promoção da saúde que respondem aos determinantes da saúde.

⁷ Em relação ao conceito da OMS, “um conceito tão global, porém, corre o risco de converter-se no objetivo idôneo de (e está certamente afetado por) toda a atividade humana. Não deixa espaço para um domínio de atividade identificável à parte, orientado especificamente à saúde.” (Evans, T. et al. *Challenging Inequities in Health*. Oxford U. Press, 2001).

Posicionamento Institucional

25. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) são uma grande oportunidade para aumentar o investimento na promoção da saúde e melhorar a equidade em saúde. O trabalho da Comissão Global sobre Determinantes Sociais de Saúde apresenta uma oportunidade única de desenvolver e implementar políticas públicas em conformidade com a Carta de Ottawa e os documentos que a sucederam até Bangkok.

- Os ministérios da saúde devem exercer sua responsabilidade de gerentes nacionais da saúde pública em contextos intersetoriais para promover a saúde e manter as iniciativas e boas práticas especialmente nas iniciativas de ambientes e espaços saudáveis.
- No quadro de Ottawa, é imprescindível investir na reorientação dos serviços de saúde para que estes possam ter maior capacidade de impulsionar a partir do setor a promoção da saúde e a saúde pública.

26. Uma ação fundamental da promoção da saúde é a capacidade de convocação para realizar os foros cidadãos e acadêmicos que ajudam a inserir esta perspectiva na agenda de saúde pública e de desenvolvimento. Em nível comunitário, deve-se insistir na necessidade de articulação das ações de promoção da saúde com outras dos serviços de saúde, assim como fortalecer os mecanismos de participação da comunidade (o capital social) para sua autonomia e empoderamento.

27. Embora na Região se tenham estabelecido múltiplas iniciativas e resoluções para abordar de uma maneira ou outra os determinantes sociais da saúde (pobreza, educação, alimentação e serviços básicos), também é certo que as condições sociais, econômicas, culturais, ambientais e políticas, assim como as desigualdades, continuam sendo um desafio importante para todos os países. O estabelecimento recente da Comissão Global dos Determinantes Sociais da Saúde, assim como os compromissos da Carta de Bangkok, posicionaram este importante tema na agenda da promoção da saúde.

Fortalecimento da capacidade institucional

28. Os Estados Membros continuam solicitando o apoio e acompanhamento técnico da OPAS para fortalecer sua capacidade institucional em promoção da saúde. A partir da Conferência de Jacarta aumentaram os esforços para formar alianças intersetoriais com o fim de tornar mais eficazes as ações de promoção da saúde. Desde a Conferência do México aumentaram os esforços para avaliar a efetividade da promoção da saúde e o impacto das políticas públicas na saúde. Fortaleceu-se a visibilidade da opinião dos cidadãos como instrumento de mudança das condições e modos de vida, estimulando também a participação social para implementar ações educativas e de comunicação

dirigidas a promover comportamentos saudáveis. Também se colaborou na reorientação dos serviços de saúde a fim de que estes incorporem ações de promoção da saúde.

Apoio e acompanhamento da OPAS aos compromissos da Carta de Bangkok

29. O Secretariado propõe levar a cabo um amplo processo de consulta para desenvolver um futuro plano de ação que fortaleça a capacidade institucional dos Estados Membros para promover a saúde. Este plano de ação deve incluir mecanismos de monitoramento e avaliação do desempenho com base em indicadores e objetivos acordados. A Carta de Bangkok anima os governos, comunidades, profissionais da saúde, setor privado e todos os envolvidos a trabalhar juntos pela promoção da saúde em um esforço mundial para alcançar os compromissos a favor da saúde para todos: fazer com que a promoção da saúde seja um componente primordial da agenda de desenvolvimento mundial, uma responsabilidade essencial de todo o governo, um objetivo fundamental das comunidades e da sociedade civil e um requisito das boas práticas empresariais.

Ação do Comitê Executivo

30. Solicita-se que o Comitê Executivo examine o progresso obtido na promoção da saúde nos Estados Membros e apresente recomendações para o caminho a seguir na construção de uma agenda de promoção da saúde em um mundo globalizado.

Referências

- (1) Documento de posición de OPS en APS, OPS/OMS, Washington, DC, Mayo 2005.
- (2) Promoción de la Salud. DC43/14, OPS/OMS, Washington, DC, 2001
- (3) Cerqueira, MT; et al. Promoting Health in the Americas, A Review of Progress on the Mexico Ministerial Statement; PAHO/WHO; Washington, DC (in press)
- (4) Cerqueira, MT; De La Torre, A. Mapa de capacidades Institucionales y Análisis Comparativo 2002-2005, OPS/OMS, Washington, DC (en proceso).
- (5) Municipios Saludables. Serie Comunicación para la Salud, No. 11; OPS/OMS, 1997
- (6) Planificación Local Participativa. Serie PALTEX No. 41, OPS/OMS, 1999
- (7) Guía de los Alcaldes para Promover Calidad de Vida. Municipios y Comunidades Saludables. OPS/OMS; 2002
- (8) Guía para la Evaluación Participativa. Municipios y Comunidades Saludables. OPS/OMS; 2003
- (9) Escuelas Promotoras de Salud. Serie Comunicación en Salud, No. 13; OPS/OMS, 1998
- (10) Escuelas Promotoras de la Salud. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012, Serie Promoción de la Salud No.4, OPS/OMS, 2003.
- (11) Presentación de la Experiencia de Chile. Ministerio de Salud de Chile, Santiago de Chile, Enero 2006
- (12) Declaración de Santa Fe de Bogota, 1992