



Avançar na Promoção da Saúde nas Américas



Lições
tiradas de

15
estudos
de caso



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde

Esse relatório é produto de uma iniciativa de colaboração entre a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e a Agência da Saúde Pública do Canadá (ASPC). Ele foi solicitado e financiado pela ASPC.



Avançar na Promoção da Saúde nas Américas



Lições
tiradas de

15
estudos
de caso

Coordenação:

Sylvie Desjardins, *Agência da Saúde Pública do Canadá*

Revisão:

Marilyn Rice, *Organização Pan-Americana da Saúde*

Preparado por:

Maria Cristina Franceschini, *Organização Pan-Americana da Saúde*



Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer as seguintes pessoas e instituições que ajudaram no preparo dos estudos de caso (em ordem alfabética):



Brasil (Fortaleza): Maria Gabriela Curubeto Godoy



Brasil (Guarulhos): Douglas Brandalise, Emilia Broide, Jonas Dias, Paulo Fernando Capucci, Rosilda Mendes



Canadá: Katherine Minich, Suzanne Jackson



Costa Rica: Gerardo Galvis, Idalí Ledesman, Sandra Murillo, Xinia Bustamante, a equipe de saúde local da cidade de Neilly, Conselho da Segurança Alimentar de Corredores.



Guiana: Anthony Hunte, Dionne Broone, Juno Lawrence, Lucy Anderson, Lydia Indira Badal, Preeta Sajwack Ministério da Saúde e Ministério da Educação da Guiana



México: Luz Arenas Monreal, Pastor Bonilla Fernández, Cristina Caballero García, Elba Abril, Héctor Hernández, Sofía Cuevas



Paraguai: Diretoria de Promoção da Saúde–Ministério da Saúde Pública e do Bem-Estar Social



OPAS/OMS: Sofaleticia Morales, Daniel Lee, Francisca Valenzuela



São Vicente e Granadines: Carrie Mathews, Juno Lawrence, Patsy Wyllie, Rosita Alexander-Snagg



Uruguai: Adriana Serra, Elena Garcia Martinez, Maria Isabel Ressio Charvet, Mariana Perera, Mario Gonzalez, Rosana Díaz Rus



USA (Indiana): Alicia Chadwick, Helen W. Lands, Mary Beth Riner, Marty Rugh



USA (Kansas): Jerry Schultz, Steve Fawcett, Vicki Collie-Akers



Resumo Executivo

Um dos maiores desafios enfrentados pelos países das Américas é descobrir de que maneira diminuir as desigualdades no setor da saúde devido às enormes diferenças sociais, econômicas, políticas, climáticas e étnicas presentes na Região. Como o interesse pela promoção da saúde (PS) tem crescido no mundo todo tratar do seu impacto na saúde da população se tornou uma prioridade em muitos países. Conseqüentemente, a PS tem sido cada vez mais utilizada como estratégia principal nas iniciativas de desenvolvimento comunitário.

Desde 2007, o Grupo de trabalho da OPAS que trata da Eficiência da Promoção da Saúde elabora o *Guia para Documentar as Iniciativas de Promoção da Saúde* como um recurso para apoiar os países das Américas nos seus esforços em matéria de iniciativas de promoção da saúde. Esse relatório fornece uma análise das principais lições tiradas dos 15 estudos de caso completados com o Guia. Ele identifica características, questões e temas que eram comuns na implementação dos programas e iniciativas de promoção da saúde em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos, com vários níveis de recursos e estruturas políticas e administrativas complexas. Ele também tenta identificar e analisar vários mecanismos, processos e ferramentas usadas por essas iniciativas para apoiar a ação da promoção da saúde. A expectativa é que esse relatório ajudará a orientar a ação futura para implementar métodos de



promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida do povo das Américas.

O exame desses estudos de caso sugere que não existe só um conjunto de características contextuais absolutamente necessário para apoiar a ação de PS. Entretanto, algumas características parecem facilitar o desenvolvimento e implementação de estratégias (por exemplo, trabalhar com uma comunidade organizada). A ausência de alguns fatores (tais como compromisso nacional ou institucional para a promoção da saúde) poderia ser compensado por uma forte ênfase em outros (tais como participação constante do público e ampla colaboração intersetorial em nível local).

Os estudos de caso salientaram características-chave no ambiente político que desempenhou um papel fundamental nas suas iniciativas. Essas últimas incluíram o tipo de liderança políticas em níveis-chave dos governos; sistemas e processos políticos vigentes; políticas-chave (economia, educação, trabalho, moradia, etc.); a existência de iniciativas e estruturas anteriores que visaram a promoção da saúde e temas correlatos; estruturas políticas e jurídicas sólidas estabelecidas principalmente em nível nacional; nível de fragmentação entre os fornecedores e os setores de serviços; baixa capacidade técnica em matéria de PS do pessoal-chave de instituições-chave; existência de bons modelos e experiências; nível de organização e engajamento da comunidade; estruturas pré-existentes na comunidade (tais como organizações comunitárias, comitês, etc); existência de redes nacionais sólidas; contexto social e econômico em evolução; políticas e estruturas institucionais; mudança nas prioridades do governo e das agências internacionais; características dos países; força e característica de redes sociais; normas culturais e sociais; presença de pessoas engajadas e energéticas; autoridades e tomadores de decisões locais completamente engajados; crescimento urbano rápido e não planejado; dependência do setor público.

Os estudos de caso enfatizaram também a importância de envolver as autoridades e os tomadores de decisões locais nas iniciativas

de PS, entretanto eles demonstraram a dificuldade de manter sua responsabilidade e participação com o passar do tempo. Também enfatizaram a centralidade da participação e fortalecimento da comunidade para o planejamento, a implementação e a sustentabilidade das iniciativas de PS. A participação promoveu uma mudança no paradigma na população (reconhecimento dos direitos à saúde e qualidade de vida; expectativa com relação aos serviços de saúde orientados para o tratamento para modelos baseados em PS) e geração de maior capacidade para análise e diálogo crítico, acesso ampliado para serviços e eliminação de barreiras.

A colaboração intersetorial, que ocorreu em vários níveis, desempenhou um papel importante em todos os estudos de caso relatados. Alianças foram feitas com inúmeros setores e participantes tais como governos, fornecedores de serviços de saúde, ONGs, organizações religiosas e comunitárias, entre outros. Algumas alianças mais frágeis foram relatadas com o setor privado. Alguns estudos de caso relataram desafios devido à estrutura "compartimentada" das organizações internacionais e outras de alto nível, tornando difícil para eles tratar de questões vinculadas ao contexto comunitário. Os estudos de caso também relataram várias tentativas de fortalecer e desenvolver políticas públicas para a saúde com diferentes níveis de sucesso enquanto outros relataram os desafios enfrentados para desenvolver políticas públicas sustentáveis para a saúde.

Entre os principais desafios relatados estão incluídos atrasos causados por transições políticas e mudanças constantes no governo em vários níveis; rotatividade alta do pessoal em instituições-chave; falta de apoio de participantes fundamentais; resistência das autoridades locais, do pessoal de instituições-chave, gerentes de programa, consumidores e outros parceiros-chave; capacidade limitada de documentar, monitorar e avaliar as iniciativas de PS; financiamento limitado; partilha do poder; e trabalhar em instituições com estruturas rígidas e burocráticas.

As principais lições tiradas dessas experiências incluem a necessidade de formar



uma coalizão forte entre todos os setores da sociedade e manter as iniciativas de PS durante períodos de transição política; a importância de trabalhar com instituições no intuito de abrir canais de comunicação, explorar novos modos de colaboração intersetorial e regularizar processos e metodologias no âmbito de seus planos de trabalho e programas; a necessidade de manter uma liderança forte, sustentável e dinâmica tanto de indivíduos quanto de instituições em nível local e nacional; a necessidade de promover a organização da comunidade e ao mesmo tempo dar apoio e orientação estabelecendo vínculos com os que têm poder de decisão no governo local; a importância de partilhar o poder para estabelecer uma colaboração intersetorial bem sucedida; o potencial para sucesso de processos partindo da base em nível local; a necessidade de investir e promover avaliação sistemática de ações de PS; e a importância de desenvolver políticas para melhorar a sustentabilidade e institucionalização de práticas, métodos e estratégias de PS.

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso

Siglas/Abreviações

MCS	Estratégias para municípios, cidades e comunidades saudáveis
PS	Promoção da saúde
HPS	Escolas na Promoção da Saúde
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde
ASPC	Agência da Saúde Pública do Canadá
DSS	Determinantes sociais da saúde
GT	Grupo de trabalho da OPAS sobre a avaliação da eficiência da Promoção da Saúde

Índice



Introdução	1
Exame dos Estudos de Caso	4
Componentes e Mecanismos-chave de Promoção da Saúde	7
Principais Desafios e Obstáculos à Ação de PS	15
Principais lições	18
Conclusão	20
Referências	22
Resumos dos Estudos de Caso	23





Introdução

Um dos maiores desafios enfrentados pelos países das Américas é descobrir de que maneira diminuir as desigualdades no setor da saúde devido às enormes diferenças sociais, econômicas, políticas, climáticas e étnicas presentes na Região. Enquanto avanços significativos ocorreram em vários países nos últimos anos, a Região ainda é uma das quais onde ainda se vê muita desigualdade em termos de riqueza e saúde.

Apesar das provas que sugerem que desigualdades no setor da saúde resultam de uma distribuição desigual de recurso, poder e oportunidades, a maior parte dos recursos em saúde nas Américas continua a ser investido só em cuidados de saúde. As políticas e intervenções na Região enfocaram tradicionalmente a prevenção e o tratamento da doença ao invés de promover fatores que fomentarão a saúde e o desenvolvimento sustentável. Entretanto, como o interesse pela promoção da saúde (PS) tem crescido no mundo todo, tratar do seu impacto na saúde da população se tornou uma prioridade em muitos países. Consequentemente, nos últimos anos, a Região vivenciou um aumento nas políticas e atividades que incluem o enfoque referente à promoção da saúde e que reconhecem, fortalecem e utilizam a capacidade, os bens e os recursos para melhorar sua própria saúde.

Nas três últimas décadas, a promoção da saúde foi cada vez mais utilizada como estratégia central nas iniciativas de desenvolvimento comunitário e os governos e organizações



internacionais em todo o mundo aumentaram seus investimentos em programas e políticas de promoção da saúde. De um enfoque na prevenção da doença nos anos 70, o conceito da promoção da saúde evoluiu e se expandiu para incorporar vários setores e participantes no intuito de reforçar a necessidade de políticas públicas para a saúde e criar ambientes saudáveis. Nos últimos anos, o conceito de “determinantes sociais da saúde” (DSS) foi incorporado na promoção da saúde, depois de apelos mundiais para mudança social, para mais garantias justas de saúde e desenvolvimento e a necessidade de investir e fortalecer a liderança e a capacitação na promoção da saúde.

Ao mesmo tempo, desde os anos 80, os países das Américas, particularmente a América Latina e o Caribe, tem vivenciado uma maior democratização e descentralização que re-modelou de forma significativa seus perfis sociais, políticos e culturais. Esses processos converteram-se numa redistribuição de poder e recursos através de reformas político-administrativas e uma maior autonomia para a tomada de decisão e o controle dos recursos em nível local. Consequentemente, fortaleceu-se o conceito segundo o qual governos locais e regionais são facilitadores da participação comunitária e da mobilização de recursos e capacidade locais. Nos anos 90, a promoção da saúde surgiu como uma estratégia essencial na Região com propostas viáveis para tratar dos desafios em matéria de saúde e desenvolvimento humano como um todo enquanto toma em consideração o perfil complexo da saúde de seus países.

Atualmente, enquanto a promoção da saúde é amplamente considerada como um enfoque bem sucedido para mobilizar esforços intersetoriais em torno de objetivos em prol da saúde e para melhorar a saúde em nível local, os fundamentos científicos e a generalização das suas realizações ainda permanecem incertos. Os funcionários da promoção da saúde já salientaram há muito tempo a necessidade de desenvolver métodos, indicadores e estruturas apropriadas que possam medir a mudança em contextos multifacetadas e mutantes, para ajudar

os governos, tomadores de decisões e legisladores, a entender os benefícios de investir em enfoques de promoção da saúde. As atuações em matéria de promoção da saúde tendem a ser complexas, dependentes do contexto, ocorrendo em diferentes níveis de tomada de decisão (i.e., local, sub-nacional e nacional) e em diferentes contextos e grupos. Elas lançam mão de inúmeras estratégias, têm grande abrangência, trabalham com períodos extensos, requerem muitos recursos (Judd et al, 2001) e flexibilidade para se adaptar a um ambiente em mudança constante. As ferramentas e metodologias de avaliação existentes normalmente não capturam de forma apropriada as mudanças em fatores essenciais de promoção da saúde. Frequentemente, elas não são adequadas para aplicação no contexto comunitário no qual essas atuações são realizadas e, na maioria dos casos, não permitem ver o efeito multiplicador de trabalhar em vários níveis de tomada de decisão e de ação de forma coordenada.

Os fundamentos científicos para a promoção da saúde enfatizam demais os dados referentes aos resultados sobre o estado de saúde e a mudança de comportamento individual em detrimento das provas referentes à capacitação, à participação e fortalecimento comunitário e os benefícios de tratar de forma mais ampla os determinantes sociais da saúde de forma intersetorial. Isso pode levar os participantes a tirar conclusões erradas em matéria de promoção da saúde como um enfoque viável para melhorar a saúde da comunidade e da população e para o desenvolvimento de políticas e programas baseados em provas que definem as comunidades e indivíduos em termos negativos, desconsiderando fatores existentes e positivos de promoção da saúde (Morgan and Ziglio, 2007).

Em uma tentativa de tratar dessas falhas, em 1999, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) formou um Grupo de Trabalho (GT) sobre a Avaliação da Eficiência da Promoção da Saúde, com especialistas em avaliação das principais instituições nas Américas, para trabalhar em questões



relacionadas à promoção da saúde, avaliação e desenvolvimento local. O GT era formado por pessoas dos setores governamental e não governamental, e acadêmico de vários países do hemisfério, incluindo Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Equador, e Estados Unidos. Ao longo dos anos, o GT desenvolveu vários materiais para ajudar a orientar os esforços de avaliação da PS e contribuir ao desenvolvimento de melhores políticas e programas de PS.

Desde 2007, o GT da OPAS desenvolveu e testou em campo o *Guia do OPAS para documentar as Iniciativas de Promoção da Saúde* como recurso para apoiar os países das Américas nos seus esforços para documentar suas iniciativas de promoção da saúde. A expectativa é de que se muitas experiências forem documentadas da mesma forma, capturando o mesmo tipo de informação - que não é capturada normalmente - será possível ter uma oportunidade para fazer declarações coletivamente sobre a eficiência das atuações em matéria de promoção da saúde. Os membros do Grupo de Trabalho da OPAS testaram em campo o Guia em vários contextos, inclusive em países de língua inglesa, espanhola e portuguesa. Espera-se que a aplicação do Guia disponibilizará informações a respeito do processo, dos resultados e do impacto realizado por meio das iniciativas de promoção da saúde na Região. A aplicação do Guia também pode dar a oportunidade de compartilhar experiências e de fazer recomendações sobre a melhor maneira de reunir e analisar as informações sobre promoção da saúde para aplicar os resultados no intuito de melhorar as políticas e programas de promoção da saúde na Região.

Esse relatório fornece uma análise das principais lições tiradas dos 15 estudos de caso completados durante o teste em campo do *Guia do OPAS para documentar as Iniciativas de Promoção da Saúde*. Especificamente, esse texto identifica as características, questões e temas que eram comuns na implementação de programas e iniciativas de promoção da saúde implementados em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos com vários níveis de recursos e estruturas políticas e administrativas complexas. Ele também

tenta identificar e analisar vários mecanismos, processos e ferramentas usadas por essas iniciativas para apoiar a ação da promoção da saúde. Espera-se que esse relatório ajudará a ação futura para implementar enfoques de promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida do povo das Américas.

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso



Exame dos Estudos de Caso

Esse conjunto de 15 estudos de caso foi escolhido de um total de 17 estudos de caso completados durante essa iniciativa. A escolha baseou-se na integralidade e na utilidade dos dados fornecidos por cada estudo. Os 15 estudos de caso representam um conjunto de experiências de países com renda alta, média e baixa nas Américas com diferentes contextos sociais, econômicos, culturais e políticos (ver tabela 1). Os estudos de caso foram implementados em diferentes níveis, nacional e local, e visaram uma variedade dos grupos de população. A maioria dos estudos de caso foi implementada usando a comunidade ou municipalidade como contexto, mas também relataram casos que visaram escolas e locais de trabalho. Relatórios sobre as origens das iniciativas (razão para começar a iniciativa) eram também variados e incluíam:

- Interesse político para a questão em foco resultando da demanda popular, re-eleição ou pressão das organizações comunitárias e internacionais. Isso foi o caso de Guarulhos, Brasil, no qual a alta demanda popular para serviços resultaram em atenção renovada para as questões de saúde de candidatos políticos procurando re-eleição.
- Problemas afetando a população particular ou um contexto específico. Exemplos incluem violência e obesidade entre crianças em idade escolar (Cidade do México) e



documentam disparidades no setor da saúde entre as minorias (Kansas City, Missouri, EUA).

- Disponibilidade de financiamento (governamental ou de outras organizações) para desenvolverem iniciativas enfocando uma questão ou população em particular. Um pedido para propostas por uma organização para comunidades para participar de uma iniciativa mundial para tratar de disparidades no setor de saúde provocou o estabelecimento da Coalizão para as Doenças Crônicas de Kansas City, no EUA.
- Resposta a um evento ou iniciativa em nível nacional ou regional que catalisou ação tal como a criação de comitês nacionais ou compromisso formal em nível nacional. No Paraguai, por exemplo, a iniciativa foi lançada baseada num acordo entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde (MS) para fortalecer estruturas políticas e legais referentes à promoção da saúde e à Estratégia de Municipalidades, Cidades e Comunidades Saudáveis. No Canadá, a iniciativa de trabalhar com a população inuíte desenvolvida a partir do estabelecimento de uma Comissão do Povo Indígena.
- Por iniciativa de um líder ou organização comunitária para gerar ação ou responder a uma necessidade não atendida. Esse foi o caso no Uruguai, no qual o ativista comunitário catalisou uma ação para implementar políticas e ações para promover um local de trabalho livre de fumo, e no caso de Indiana, EUA, no qual um grupo de organizações comunitárias se reuniu para gerar ação no intuito de melhorar a qualidade de vida da comunidade.
- Em resposta a uma necessidade não atendida. Em Fortaleza, Brasil, organizações comunitárias se reuniram para oferecer serviços para famílias a risco em uma comunidade que não recebeu atenção pública para atender suas necessidades.

Entretanto, a análise de estudos de casos tem algumas importantes limitações. Esses estudos de caso frequentemente representaram a perspectiva de uma pessoa ou grupo de pessoas de um setor (por exemplo, Ministro da Saúde), que aplicaram as instruções do Guia. Teria sido interessante incluir a perspectiva de outros que participaram das iniciativas. O tom

dos estudos de caso era frequentemente positivo, em vez de crítico, e não houve oportunidade para determinar se houve alguma opinião discordante. Cada estudo de caso foi completado por um diferente autor e, portanto, houve alguma variação sobre como informação foi apresentada. Além disso, alguns estudos de caso tiveram a vantagem de ser completada com a ajuda de um facilitador que foi treinado no uso do Guia da OPAS, enquanto outros não tiveram nenhum tipo de orientação ou apoio.



Tabela 1. Panorama de Estudos de Caso

Nome da Experiência	País	Nível de implementação	Contexto	População/ Grupos visados
Iniciativa da Saúde Mental da Comunidade	 Brasil (Fortaleza)	Local	Comunidade	População geral
Saúde Participativa	 Brasil (Guarulhos)	Local	Comunidade	População geral
Inuit/Tuturvingar	 Canadá	Local	Comunidade	Population inuíte
Faces, Voices and Places	 Costa Rica (Cantón Corredores)	Local	Municipalidade	População geral
Programa de Promoção da Saúde nas Escolas	 Guiana	Nacional	Escolas	Crianças em idade escolar
Escolas de Promoção da Saúde	 México	Nacional e local	Escolas	Crianças em idade escolar
Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis	 Paraguai	Nacional	Municipalidades	População Geral
Programa de Bem-Estar Nacional	 St Vicente e Grenadines	Nacional	Comunidade	População Geral
Ajuda em domicílio para o Programa dos Idosos	 St Vicente e Grenadines	Nacional	Comunidade	Idosos
Detecção precoce de câncer de seio	 Uruguai	Local	Comunidade	Mulheres
Promoção da Saúde Cardiovascular	 Uruguai	Local	Community	População Geral
Iniciativa de edifício livre de fumo	 Uruguai	Local	Local de trabalho	Pessoal e visitantes
Local de trabalho livre de fumo	 Uruguai	Local	Local de trabalho	Pessoal e visitantes
Iniciativa de Qualidade de Vida Crooked Creek	 EUA (Indiana)	Local	Comunidade	População Geral
Doenças Crônicas em Kansas City	 EUA (Kansas City)	Local	Comunidade	Latino e Afro-Americana





Componentes e Mecanismos-chave de Promoção da Saúde

A importância do contexto

É amplamente reconhecido que o contexto é a dimensão fundamental para a prática e avaliação promoção da saúde (Poland, Frohlich, Cargo, 2008). Um contexto específico pode permitir uma ação significativa de promoção da saúde que não teria sucesso em outro contexto ou em outra época. Entretanto, devido às complexidades envolvidas no mapeamento e na avaliação dos fatores contextuais, eles não são comumente integrados ou apropriadamente levados em conta para a concepção ou avaliação da maioria dos programas de promoção da saúde. Existem questões a respeito das estruturas teóricas e metodológicas que deveriam ser usadas para compreender a importância de questões de contexto nos programas e políticas de PS, e os profissionais relatam que não têm tempo ou competência para documentá-los empiricamente. Devido à fundamental importância do contexto para posicionar melhor os programas e políticas de OS, o *Guia do OPAS para documentar as Iniciativas de PS* visou principalmente tentar revelar os fatores mais importantes associados à implementação dos estudos de caso examinados durante esse esforço. Os estudos de caso



descreveram um vasto leque de iniciativas em nível local, regional e nacional em vários contextos políticos, sociais e econômicos. Em cada iniciativa, o contexto criou o cenário dentro do qual as ações de PS foram iniciadas e realizadas. O sucesso de várias ferramentas e/ou metodologias usadas por essas iniciativas dependeram grandemente do contexto no qual elas foram implementadas.

Os estudos de caso salientaram algumas características-chave do ambiente político que desempenhou um papel fundamental nas suas iniciativas. Essas incluíram o tipo de liderança política em níveis-chave dos governos, sistemas políticos e processos vigentes, políticas-chave (no setor da economia, educação, trabalho, habitação, etc.) e a existência de iniciativas e estruturas prévias que enfocaram a promoção da saúde e seus temas correlatos como DSS, trabalho intersectorial, etc. Por exemplo, no Paraguai, os processos de descentralização e a reorganização de serviços de saúde em nível nacional ofereceu uma janela de oportunidade para agir no sentido de melhorar a saúde em nível local, que por sua vez levou ao lançamento bem-sucedido da Estratégia para Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis em municípios de todo o país. No Uruguai, uma mudança no paradigma ocorreu no setor da saúde: mudar de um enfoque orientado para o tratamento para uma perspectiva de promoção da saúde criou a oportunidade para o desenvolvimento de novos programas e políticas, resultando numa maior disponibilidade de financiamento e recursos e ação catalisadora para iniciativas de PS em todo o país.

Outros fatores micro e macro-contextuais descritos nos estudos de caso incluíram:

- A existência de estruturas políticas e legais fortes, particularmente em nível nacional, facilitou o planejamento, a implementação e a sustentabilidade dos programas de PS. Esse foi o caso no Paraguai, onde as estruturas, estratégias e normas operacionais bem definidas do Ministério da Saúde ajudaram a orientar e facilitar o desenvolvimento de atividades concretas e sustentáveis em nível local. No México, o fato de que as iniciativas de estratégias saudáveis para

os municípios, cidades e comunidades e de Escolas fomentando a Saúde foram integrados nas estratégias de saúde pública do MS com enfoque nos municípios como contexto estratégico para ações de PS, ajudou as iniciativas a focar as populações marginalizadas e vulneráveis, e canalizar recursos, conhecimento e serviços a esses grupos e locais. Portanto, algumas escolas participando da iniciativa receberam o atestado de Escolas Saudáveis nos termos do Programa do MS, reforçando o vínculo entre serviços de saúde e escolas.

- O nível de fragmentação entre fornecedores de serviço e setores, junto com a baixa capacidade técnica em matéria de PS da pessoa-chave de instituições essenciais foi uma barreira importante de muitas iniciativas, especialmente para documentar e avaliar adequadamente seus esforços.
- Foi importante ter bons modelos e experiências sobre as quais construir iniciativas. A experiência do Brasil mostrou que trabalhar com uma comunidade que tinha experiência em enfoques participativos facilitavam muito a implementação da iniciativa de "Saúde Participativa". O estudo de caso relatou que devido a sua organização e a uma cultura de fortalecimento e participação, a comunidade conseguiu ativa e plenamente participar e contribuir em todas as fases da iniciativa. No Paraguai, a existência de uma experiência bem documentada e bem sucedida de PS no município de Atyrá facilitou e incentivou sua replicação em outros municípios.
- O nível de organização e engajamento comunitário foi crucial para determinar a qualidade da participação na iniciativa. Na Costa Rica, iniciativas anteriores implementadas para promover o desenvolvimento sustentável contribuíram para fortalecer a organização e o fortalecimento comunitário. Consequentemente, a comunidade conhecia ferramentas de gestão e conseguia organizar e implementar projetos comunitários. Além disso, estruturas pré-existentes na comunidade (tais como organizações comunitárias, comitês, etc.) foram mencionadas como um fator facilitador no planejamento e implementação de iniciativas de PS.



- A existência de redes nacionais fortes (tais como MCS) deu apoio e liderança fundamentais para iniciativas que ocorreram em nível local. Esse foi o caso do Paraguai, onde o estabelecimento de uma Rede Nacional de MCS ajudou a orientar o desenvolvimento de estratégias e planos de ação em nível local.
- Um contexto social e econômico em evolução pode afetar as iniciativas de PS em vários estágios e requer revisão e adaptação constantes de estratégias e uso de recursos. No Uruguai e no Paraguai, por exemplo, a recente crise econômica levou a um aumento da pobreza e um aumento na demanda por serviços e programas oferecidos pelas iniciativas.
- Políticas e estruturas institucionais afetaram a implementação de iniciativas de PS. Na Guiana, as dificuldades enfrentadas para coordenar atividades entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação levou à criação de uma unidade de saúde nas escolas responsável pela coordenação de atividades dentro de cada ministério e a troca de informações com outro ministério através de um pequeno comitê.
- A mudança de prioridades dos governos e outras agências prejudicou o acesso ao financiamento e influenciaram as políticas nacionais e locais e as agendas. Isso afetou negativamente a experiência com a iniciativa MCS no Paraguai, quando parceiros-chave da iniciativa re-dirigiu suas ações para outras questões e iniciativas. No México, parceiros nacionais que tinham inicialmente apoiado a iniciativa restringiram seu financiamento para iniciativas de PS nos anos seguintes. Isso criou problemas para dar continuidade às atividades e apoiar o trabalho dos pesquisadores envolvidos. No Canadá, a mudança de governos levou ao questionamento sobre a recondução do financiamento.
- As características do país, sua sociedade e população, afetaram os programas de PS de forma diferente. Por exemplo, em países pequenos tais como São Vicente e Grenadinas, os programas foram mais fáceis de implementar, pois as atividades puderam ser reduzidas. Outros países como o Canadá, relataram dificuldades para atingir populações tais como os Inuítes que moram em regiões remotas e de difícil acesso. Na Guiana, mais enfoque teve que ser dado ao trabalhar com regiões remotas e de difícil acesso onde o pessoal-chave não queria ir por causa da falta de acomodações adequadas.
- A força e a característica das redes sociais existentes contribuíram para o sucesso de algumas iniciativas. No México, o nível de coesão social encontrada numa comunidade particular foi descrita como determinante de sucesso para a iniciativa implementada num contexto escolar. A mesma iniciativa quando implementada em escolas em outras comunidades menos coesas não conseguiram os mesmos resultados. Em Kansas City, USA, a ampla rede social da pessoa contratada como gerente de programa ajudou a iniciativa a contatar grupos e organizações ativos da vizinhança que se tornaram essenciais à estratégia implementada.
- Normas culturais e sociais tinham que ser levadas em conta durante o planejamento e a implementação das atividades. Em São Vicente e Grenadinas, a iniciativa para melhorar os cuidados em domicílio para a população idosa teve que adaptar suas estratégias e atividades, pois não se esperava que homens se envolvam em atividades como ajudar nos cuidados aos idosos.
- Comentou-se que envolver pessoas engajadas e dinâmicas foi fundamental em certos estudos de caso. Essas pessoas puderam mobilizar parceiros e recursos, defender e conscientizar a respeito de questões importantes e manter o momentum da iniciativa durante tempos difíceis.
- Muitos dos estudos de caso salientaram a importância de engajar plenamente as autoridades e legisladores locais em iniciativas de PS. Sua participação e engajamento foi um importante fator para determinar o sucesso e a sustentabilidade de várias das iniciativas relatadas. Isso será discutido em mais detalhes no capítulo seguinte.
- O crescimento urbano rápido e não planejado vinculado à migração de áreas rurais representou um desafio constante no estudo de caso de Fortaleza, Brasil. A população que chegava era geralmente pobre e mais vulnerável a problemas sociais (prostituição, tráfico de drogas, etc.) e outros problemas relacionados com a ruptura súbita de seu estilo de vida, valores e tradições.
- A dependência do setor público criou alguns desafios e expectativas não realistas



na população alvo. No caso de Fortaleza, Brasil, enquanto programas nacionais complementavam a renda de que tanto precisam as famílias pobres, o estudo de caso enfatizou a importância da capacitação para que a população possa reduzir sua dependência de tais programas e reintegrar redes produtivas.

A revisão desses estudos de caso sugere que não existe um conjunto único de características contextuais que era absolutamente necessário para apoiar a ação de PS. Entretanto, algumas características parecem facilitar o desenvolvimento e implementação de estratégias (por exemplo, trabalhar com uma comunidade organizada). A ausência de alguns fatores (tais como um engajamento nacional ou institucional à promoção da saúde) poderia ser compensado por uma forte ênfase nos outros (tais como participação pública durável e ampla colaboração intersetorial em nível local).

Os estudos de caso também salientaram grandes dificuldades para documentar fatores contextuais e uma compreensão insuficiente da importância do contexto e seus impactos nas iniciativas de PS. A ausência de indicadores ou orientação apropriados no que documentar em termos de contexto representou uma barreira importante. Em parte, devido a essas dificuldades, não foi possível fazer inferências a respeito da influência do contexto nas iniciativas - e vice versa - e comparar e analisar fatores contextuais através dos estudos de caso.

A importância do nível local

As experiências das duas últimas décadas na Região mostram que o nível local, representado pelos governos regionais ou locais, desempenha um papel fundamental na implementação bem sucedida de ações de PS, particularmente quando outros componentes que estão presentes em nível local (comunidade, individual, ambiental, etc.) são mobilizados e fortalecidos. As autoridades locais são responsáveis pelo estabelecimento de políticas para um território e população específicos (OPAS/OMS, 1999), portanto,

elas têm uma maior capacidade de mobilizar e integrar a ação de vários setores e atores presentes em nível local. Além disso, elas podem colocar a saúde como uma prioridade nas suas agendas políticas e estão estrategicamente posicionadas para adaptar melhores programas e políticas de saúde ao seu contexto social, cultural e étnico específico de suas comunidades.

Governos e comunidades locais nas Américas demonstraram uma motivação mais forte e um engajamento social, político e técnico visando promover o desenvolvimento local sustentável e melhorar as condições de vida de suas populações, particularmente os que fazem uso da capacidade, dos recursos e do potencial da comunidade; fomentam a confiança; melhorar a capacidade de responsabilizar-se e aumentar a auto-estima individual e comunitária. A experiência indica que a descentralização do poder de decisão ao nível local e a partilha do poder, responsabilidade, conhecimento e recursos para implementar e consolidar os programas de PS, é uma estratégia de saúde pública durável e efetiva.

Os estudos de caso apresentados aqui enfatizaram a importância de envolver as autoridades locais e os legisladores em todas as fases da iniciativa. Na experiência de Guarulhos, Brasil, a participação e o engajamento do prefeito da cidade em todas as fases da iniciativa e nas reuniões regionais facilitaram o "Projeto de Saúde Participativo" a ser transformado em ferramenta de gestão transversal no planejamento e avaliação da saúde no município. Na mesma experiência, o envolvimento ativo de funcionários eleitos no âmbito de fórum público resultou no desenvolvimento de uma série de políticas públicas para uma vida saudável. O projeto tem prioridade na agenda de saúde pública do município e durante assembleias públicas (consultas com a comunidade para definir prioridades), todo o pessoal, autoridades locais e membros dos comitês de saúde municipais são liberados de suas tarefas para poder participar plenamente do processo.

No Paraguai, a Estratégica MCS contribuiu para situar as autoridades locais nas suas



comunidades e conectá-las com iniciativas e organizações nacionais e internacionais (através da participação em reuniões e intercâmbio de experiências), aumentando sua credibilidade entre a população e melhorando sua capacidade técnica e de gestão. Na Costa Rica, o engajamento ativo da comunidade na iniciativa resultou num engajamento maior do prefeito e do MS na iniciativa. Conseqüentemente, um escritório foi criado dentro da estrutura do município para administrar a iniciativa, estabelecendo uma relação direta entre os representantes da comunidade, as autoridades locais e a iniciativa. Os estudos de caso, entretanto, demonstraram a dificuldade de manter a responsabilização e a participação de autoridades locais com o passar do tempo.

Enfatizada nos estudos de caso foi a importância da participação de autoridades locais ou seus representantes nos comitês e reuniões, pois isso permitia um vínculo mais estreito entre o município e os problemas expressados pela comunidades, esses últimos pressionavam as autoridades locais a se comprometer de forma inequívoca. No México, a iniciativa conseguiu um comprometimento das autoridades locais para desenvolver políticas e regulamentos para controlar a venda de alimentos dentro ou perto das escolas. Entretanto, na mesma iniciativa, relatou-se que existiram algumas dificuldades no engajamento de autoridades em nível estatal para que assumissem sua parte da responsabilidade para manter essas políticas e aplicar esses regulamentos.

Fortalecimento e Participação da Comunidade

Todos os estudos de caso enfatizaram a centralidade da participação comunitária e o fortalecimento do planejamento bem sucedido, implementação e sustentabilidade das iniciativas de PS. Muitos estudos de caso revelaram que a participação levava à co-responsabilidade e à uma mudança de atitude da comunidade de “apresentação de exigências” para mais liderança e

envolvimento para lidar com as causas fundamentais, promover desenvolvimento local e gerar políticas públicas. A participação promoveu uma mudança de paradigma na população (reconhecimento de direito à saúde e qualidade de vida; expectativa de serviços de saúde orientados para o tratamento para modelos baseados em PS) e gerar uma capacidade maior de análise crítica e diálogo, mais acesso a serviços e eliminação de barreiras.

A experiência de Guarulhos, Brasil, mostra a importância de usar vários enfoques participativos simultaneamente (tais como orçamentos participativos) e a criação de uma base de dados das exigências públicas como base para o planejamento de ações de saúde. De acordo com esse estudo de caso, a participação “criou um processo de fortalecimento independente e irreversível que apoiou a iniciativa independentemente de mudanças políticas”. Os estudos de caso descreveram que, com o passar do tempo, os Conselhos de Gestão de Saúde que foram desenvolvidos por meio da estrutura da iniciativa passaram da etapa discutir queixas para a etapa debater questões referentes às políticas de saúde que visam a saúde. Por sua vez, isso resultou em decisões tomadas e ações realizadas pelos conselhos mais fortes e mais autônomas. A propriedade popular das questões de saúde promoveu um novo comportamento junto à população, fazendo com que ela passasse da atitude de simplesmente pedir serviços para mostrar uma melhor compreensão de como os sistemas funcionam e propor idéias viáveis. Por exemplo, a comunidade agora entende a lógica de fornecer serviços em unidades de saúde menores em vez de focar no aumento de grandes hospitais para servir a população.

No Paraguai, trabalhar junto com a comunidade ajudou a identificar os problemas mais prementes da população, mudando o planejamento da iniciativa baseada nessas questões. Em longo prazo, também ajudou a comunidade a intervir no desenvolvimento de políticas públicas que afetam a sua qualidade de vida. Esse estudo de caso descreveu uma mudança perceptível a respeito de como a participação foi implementada com o

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso

tempo, com o papel de protagonista mais abrangente dos membros e das organizações comunitárias, o MS assumindo a liderança de várias ações. Um diálogo crítico com atores locais foi estabelecido para buscar soluções adequadas para tratar de questões críticas. A participação na iniciativa também contribuiu para que a população mudasse de uma expectativa de um estado paternalista para o reconhecimento dos seus direitos à saúde e suas responsabilidades na criação e apoio à sua própria saúde.

Na Guiana e no Uruguai, as iniciativas conseguiram ajudar a reduzir o isolamento de alguns grupos tais como os idosos incentivando sua participação ativa e seu envolvimento. Em Tala, no Uruguai, isso resultou no aparecimento de vários novos líderes comunitários em diferentes grupos da população. Em Guarulhos, Brasil, a iniciativa ajudou na identificação e desenvolvimento de liderança junto à população e aos trabalhadores e, conseqüentemente, a maioria dos novos líderes foi eleita para fazer parte dos conselhos e comitês municipais e assistir aos eventos e conferências oficiais.

A participação da comunidade também foi fundamental para a mobilização e a mudança do papel das mulheres em alguns dos países. Na Costa Rica, as mulheres contribuíram muito para conscientizar e mobilizar homens e famílias para que participem ativamente no processo de promoção da saúde. No México, um grupo de mães formou um comitê de saúde para acompanhar as consultas das crianças no centro de saúde comunitária e ele se tornou ativamente engajado na divulgação de informação sobre saúde nas escolas. Os estudos de caso mostraram que a participação ativa das mulheres nessas iniciativas permitiu que elas desenvolvessem um papel de liderança que era tradicionalmente desempenhado por homens. Eles conseguiram mais auto-confiança e influência na comunidade. Por meio desses processos, as mulheres se tornaram agentes de mudança nas suas comunidades e se tornaram parte integrante da sustentabilidade das iniciativas.

Enquanto a maioria dos estudos de caso descreviam o uso de enfoques participativos com vários níveis de implementação

durante as diferentes fases das iniciativas, muitos relataram dificuldades para manter o nível de participação além da etapa de planejamento. Alguns estudos também relataram dificuldades no engajamento dos mais pobres e os grupos de população mais vulneráveis "estavam ocupados com sua própria sobrevivência".

Colaboração intersectorial

A colaboração intersectorial, realizada em vários níveis, teve um papel importante em todos os estudos de caso relatados. As alianças eram formadas com vários setores e participantes, tais como governos, fornecedores de serviços de saúde, ONGs, organizações religiosas e comunitárias, entre outras. Foram mencionadas algumas alianças mais fracas com o setor privado. A participação de grupos-chave ocorreu frequentemente através de conselhos de diretorias ou comitês ou pela inclusão de representantes dos participantes-chave (igrejas, funcionários de escola, etc.).

Relatou-se que o apoio da OPAS/OMS e outras agências internacionais para a iniciativa foi fundamental para catalisar e manter a ação e os parceiros. Na Costa Rica, o apoio dessas organizações para a iniciativa em nível nacional ajudou a atrair o interesse de outras organizações iniciativas e chamar a atenção para as questões e municípios que faziam parte da iniciativa de PS. Entretanto, alguns estudos de caso relataram desafios relativos à estrutura "compartimentada" de organizações internacionais e outras organizações de alto nível, tornando difícil para elas tratar de questões vinculadas ao contexto comunitário.

Relatou-se que participação dos participantes nos estudos de caso foi um elemento forte, porém representou um desafio, às vezes. Enquanto a participação de vários setores era comum na etapa do planejamento de iniciativas, era difícil manter a colaboração além da fase inicial. Além de sua contribuição nas etapas iniciais da iniciativa, era importante para os parceiros reavaliar e adaptar seus papéis; ser capaz de



determinarem ganhos a curto, médio e longo prazo, referentes à sua participação e ser capaz de participar nas decisões a respeito de pontos de entrada e estratégias apropriados. Na Guiana, a ausência de acordo formal entre os participantes relevantes representou um desafio para sua participação efetiva e durável. Era importante identificar responsabilidades específicas para cada parceiro e estabelecer um programa e orçamento entre setores que incluísse gastos comuns e o valor agregado de outros parceiros. Na Guiana, as parcerias intersetoriais também eram mantidas pelo estabelecimento de Termos de Referência e Memorandos de Entendimento formais.

Ter uma boa definição dos objetivos, missão, visão e resultados esperados que vinculassem os interesses e mandatos de cada parceiro facilitou sua integração na iniciativa e melhorou a funcionalidade da colaboração intersetorial. O desenvolvimento de uma base de referência que enfocou os indicadores determinantes sociais e de saúde relevantes (alfabetização, moradia, água, saneamento, etc.) ajudou a chamar a atenção de muitos atores e conscientizou sobre o impacto de ações de outros setores sobre a saúde. Ele também ajudou a dirigir e implementar ações e estratégias de maneira coordenada para maximizar o uso dos recursos. Em Tala, Uruguai, a colaboração ativa intersetorial ajudou no desenvolvimento de uma estratégia central que integrou projetos e iniciativas lideradas por outros setores participantes.

Muitos casos descreveram como o setor de saúde tomou a liderança na coordenação do trabalho. Os Ministérios da Saúde e suas Secretarias municipais desempenharam um papel técnico e administrativo integrante mobilizando parceiros e recursos, facilitando a participação comunitária, capacitando e desenvolvendo as competências dos outros participantes envolvidos. Em alguns casos, isso foi justificado pelo fato que o setor da saúde conseguiu apresentar a lógica e a estrutura que mostravam as influências complexas de vários fatores na saúde da população.

Para as iniciativas, foi importante levar em conta o tempo, os recursos e as competências necessárias para a colaboração

intersetorial efetiva na promoção da saúde. A resistência do pessoal em instituições-chave foi comum e principalmente ocasionada por uma falta de compreensão do conceito e dos benefícios da promoção da saúde e seus principais mecanismos, tais como participação comunitária. As burocracias institucionais e as estruturas rígidas limitaram o tipo de ações que poderiam ter sido tomadas e limitou a distribuição de recursos. Entretanto, as dificuldades foram superadas quando houve tempo e atenção apropriados. No México, por exemplo, a implementação de uma iniciativa que propôs um enfoque holístico para questões de saúde encontrou resistência e precisou de tempo e ser defendida para ser aceita. Entretanto, ela resultou na abertura de algumas novas linhas de pesquisa referentes à promoção de estilo de vida saudável dentro da instituição que liderou a iniciativa. Por sua vez, isso resultou no desenvolvimento de um grupo de pesquisa maior dentro da instituição para pesquisar outras questões conexas.

Políticas Públicas para uma Vida Saudável

As iniciativas de PS analisadas nesse documento citaram várias tentativas de fortalecer e desenvolver políticas públicas para uma vida saudável com vários níveis de sucesso. Na Guiana, por exemplo, foram desenvolvidas políticas em nível nacional para apoiar a promoção da saúde nas escolas. Elas incluíam políticas relativas à saúde, nutrição e HIV/AIDS nas escolas. As exigências do Programa de Detecção de Problemas de Visão (*Vision Screening Program*), um dos vários programas dessa iniciativa, resultou na criação de um artigo no Ministério da Educação para aumentar e melhorar os serviços de saúde nas escolas em toda a Guiana. A iniciativa também resultou na criação da Unidade de Saúde Escolar dentro do MS e do ME para apoiar o desenvolvimento de protocolos para garantir a conformidade com as atividades. Exigiu-se que cada ministério financiasse a sua área de responsabilidade (orçamentos para vários programas). A experiência Mexicana conseguiu avançar a legislação com relação ao espaço livre do fumo e estabeleceu um

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso

vínculo com as secretarias municipais de saúde para desenvolver uma política para regular a venda de comida dentro e nas proximidades das escolas. Porém, essa última iniciativa encontrou vários obstáculos. Em Rivera, no Uruguai, por meio da iniciativa de um organizador comunitário, um grupo de trabalho foi criado para desenvolver uma Política sobre o Local de Trabalho Livre do Fumo dentro do Conselho da Prefeitura Municipal. A política foi aprovada e implementada, tornando o município de Rivera o primeiro a ser 100% livre de fumo no país.

Outros estudos de caso mencionaram os desafios enfrentados para desenvolver políticas públicas sustentáveis para uma vida saudável. A experiência do Paraguai descreveu que, apesar da iniciativa ter alguma influência nas políticas em nível local, ela não tinha sustentabilidade devido às constantes mudanças políticas e estruturais nas instituições públicas-chave, o que resultou, por sua vez em atrasos ou cancelamento das iniciativas e processos. A Costa Rica descreveu uma experiência similar e enfatizou a necessidade de desenvolver uma estrutura jurídica para a promoção da saúde dentro do Ministério da Saúde e Educação que fosse independente das mudanças constantes no cenário político e que garantisse o comprometimento de outros setores para colaborar com os esforços de PS.

- As experiências no Brasil (Guarulhos), Guiana e EUA (Indiana) apontaram para a importância de criar estruturas permanentes (unidades dentro de instituições, cargos para funcionários, etc.) vinculadas ao projeto para ajudar a garantir sua continuação, institucionalização e sustentabilidade. No caso de Indiana, EUA, por exemplo, a coalizão inicial que foi formada para promover uma ação comunitária foi depois transformada em corporação de desenvolvimento sem fins lucrativos, capaz de atrair recursos para moradias sociais para a comunidade de Crooked Creek.
- No Paraguai, o comprometimento da comunidade e o pessoal técnico da iniciativa foram descritos como fatores positivos em prol da sustentabilidade. Entretanto, esse fator foi ofuscado pela falta de apoio político por partes dos escalões mais altos.
- Ter uma base forte e ampla de parceiros envolvidos com a iniciativa em nível local e nacional também melhorou a sustentabilidade e a continuidade de atividades durante períodos de transição política.

Sustentabilidade

Nos estudos de caso, a descrição de algumas questões facilitaram ou impediram a sustentabilidade das iniciativas:

- Na experiência de Guarulhos, Brasil, a importância da participação e do fortalecimento comunitário efetivo foi enfatizada como mecanismo central para promover a sustentabilidade. Segundo esse estudo de caso, devido à participação ativa da comunidade, “o projeto se tornou irreversível e permanente na esfera social”, e conseqüentemente, se tornou independente de qualquer estratégia, política ou gestão do governo.

○





Principais Desafios e Obstáculos à Ação de PS

Um dos principais desafios enfrentados pelas iniciativas de PS analisados foi o atraso e a ruptura causados pelos períodos de transição política (eleições) e mudanças constantes de governo em vários níveis. Esses períodos de transição causaram atrasos significativos devido à necessidade de re-orientar novas autoridades e funcionários-chave, garantir seu apoio para as iniciativas e reafirmar alianças e compromissos feitos pelos governos anteriores. Eles também causaram incerteza entre os parceiros-chave a respeito da continuidade e do apoio para a iniciativa.

Uma alta rotatividade de funcionários em instituições-chave representou um desafio para a continuidade das atividades e para a colaboração intersetorial efetiva. Essas mudanças fizeram com que os planos de trabalho fossem reorganizados e causaram atrasos, pois novas pessoas precisavam ser integradas nessas iniciativas e atualizadas com relação às atividades e parceiros. O Paraguai mencionou sérios atrasos causados por mudanças dos funcionários em instituições públicas-chave devido à aposentadoria ou rotatividade. Na Guiana, uma mudança no enfoque da iniciativa no ME resultou num cargo que permaneceu em aberto durante um longo período de tempo e na retirada temporária da instituição das atividades. Porém, como relatado pelo estudo de caso em Kansas City, EUA, mudanças dos funcionários-chave também pode ser um elemento positivo e



levar a um compromisso maior dos comitês e dar uma nova orientação à iniciativa e seus funcionários.

A falta de apoio de participantes-chave, tais como as autoridades municipais ou pessoal-chave em instituições públicas, pode impedir ou isolar o avanço da iniciativa. No México, a falta de vínculos entre a Iniciativa para a Promoção da Saúde nas Escolas e outras organizações comunitárias ou atores representou uma limitação significativa, pois criou sérias dificuldades para a promoção de mudanças ambientais maiores fora do contexto escolar. Portanto, o estudo de caso relatou que os conhecimentos e competências ensinados nas escolas não se traduziam em melhores comportamentos fora das escolas. Na Costa Rica, a falta de uniformidade na participação de algumas instituições resultou num compromisso frágil das pessoas e instituições e pouco acompanhamento das atividades na comunidade.

Os estudos de caso relatados encontraram resistência por parte das autoridades locais, funcionários das instituições-chave, gerentes de programa, consumidores e outros parceiros-chave. A experiência de Guarulhos, Brasil, relatou que encontrou mais obstáculos internamente, junto aos usuários e gerentes do programa. A experiência de Kansas City, EUA, relatou maior resistência no engajamento dos nativos americanos, que era uma das populações visadas, no programa. Na maioria dos casos, a resistência foi provocada por uma falta de compreensão a respeito da promoção da saúde e seus benefícios, ceticismo com relação aos enfoques participativos e uma compreensão limitada da relação entre as ações de outros setores e a saúde. Relatou-se que o desenvolvimento de uma base de referência que salienta os determinantes de saúde mais relevantes (moradia, alfabetização, etc.) era uma ferramenta útil para vincular os mandatos dos setores e as autoridades locais às questões tratadas pela iniciativa. A promoção ativa de uma integração cultural entre grupos raciais, étnicos e de faixa etária diferentes também foi enfatizada como sendo fundamental para reduzir a resistência entre os principais grupos visados.

Muitos estudos de caso tiveram dificuldades em documentar, monitorar e avaliar iniciativas de PS. Havia uma capacidade técnica limitada para documentar intervenções de PS, especialmente questões referentes aos contextos; outros relataram o desafio de reconstruir mudanças que ocorreram no decorrer do tempo devido à mudança ou falta de disponibilidade dos atores envolvidos na iniciativa e enfatizaram a necessidade de planejar e começar a documentar as iniciativas de PS desde o início para que todos os elementos de PS sejam considerados. Essas iniciativas que levaram a alguma documentação e avaliação de seus esforços levantaram algumas questões a respeito de como fazer uma correlação adequada da contribuição da iniciativa às mudanças observadas na comunidade, organizações, comportamentos e resultados visando a saúde.

A limitação no financiamento pareceu ser um importante obstáculo na maioria das iniciativas; havia uma necessidade de buscar financiamento de forma contínua. Entretanto, as iniciativas mencionaram uma falta geral de competência para fazer o pedido de subsídio e para levantar fundos. Encontrar o financiamento adequado e manter os programas operacionais era uma preocupação constante. Algumas iniciativas relataram que à medida que as comunidades e os grupos compreendiam seus direitos, recebiam influência externa e se conscientizavam das futuras possibilidades ou de seus problemas atuais, as exigências e expectativas por serviços e programas aumentavam e se tornava mais difícil suprir todas as necessidades expressadas (tais como exames ou serviços de saúde mais frequentes, educação contínua permanente, etc.) O uso de mini-subsídios também exigiam requisitos governamentais complicados e gestão fiscal interna, o que resultou em relacionamentos tensos entre as organizações participantes.

Todos os países relataram que o processo de PS era longo e trabalhoso. Ele exigiu a reunião e a garantia da adesão de pessoas de diferentes meios, setores e interesses e a OMS trouxe à mesa diferentes perspectivas e paradigmas. Frequentemente, eles



representavam instituições e organizações com estruturas burocráticas e culturas de trabalho rígidas. Respeitar o tempo necessário para realizar essa aceitação nas instituições públicas e entre seus funcionários era fundamental para implementar programas que eram consistentes com as expectativas das comunidades, fazer uso otimizado dos recursos, adotar enfoques que eram mais consistentes com as práticas de promoção da saúde e melhorar a motivação pessoal entre os funcionários públicos e outros participantes. A experiência do México descreveu a necessidade de trabalhar com funcionários-chave nas suas instituições para conseguir a aceitação de enfoques holísticos para a promoção da saúde em vez de focalizar questões específicas isoladas (cigarro, nutrição, etc.).

Dividir responsabilidades, poder e liderança de forma adequada entre os parceiros também criou conflitos em alguns casos. Em Kansas City, EUA, as responsabilidades de liderança não foram repartidas com outros além dos funcionários-chave e isso criou uma barreira para a participação de outros membros da coalizão. Em outros casos, a co-gestão dos recursos gerou conflitos por causa do baixo nível de confiança e credibilidade entre os parceiros envolvidos.

Trabalhar com instituições com estruturas rígidas e burocráticas também foi mencionado como sendo um grande desafio para as pessoas envolvidas em iniciativas de PS. A maior parte das reclamações incluíam falta de apoio institucional e burocracia excessiva, falta de coordenação entre instituições do setor público, diretrizes estritas com relação ao uso de fundos e conflitos entre os diferentes atores envolvidos.

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso



Principais lições

Essas experiências mostram a natureza transitória de contextos políticos locais e nacionais podem enfraquecer programas e políticas públicas, especialmente quando há mudança nos partidos políticos. Isso enfatiza a necessidade de formar uma coalizão forte entre todos os setores da sociedade para fortalecer e manter as iniciativas de PS durante períodos de transição.

Apesar das dificuldades de trabalhar com instituições com estruturas rígidas e burocráticas, as experiências sugerem que essa colaboração ajudou a abrir canais de comunicação com outros níveis e setores, resultou em uma melhoria do ambiente organizacional e abriu espaço para explorar novos modos de colaboração intersetorial. Trabalhar com instituições foi também uma oportunidade de regularizar processos e metodologias dentro de seus planos de trabalho, programas, etc. A estrutura e vínculos abrangentes das instituições com outros grupos e instituições permitem promover e apoiar a implementação das atividades de promoção da saúde, sua avaliação e a alocação de recursos para essas prioridades.

Um determinante comum do sucesso dessas experiências de PS foi a existência de liderança forte, sustentável e dinâmica para continuar com o processo. O compromisso e engajamento das pessoas e instituições em níveis local e nacional foram determinantes para o sucesso de



iniciativas PS, da mesma forma que o trabalho de colaboração entre essas instituições. O papel de redes nacionais e regionais pode ser um trunfo para esses esforços, à luz do potencial de suas conexões abrangentes com os municípios, instituições e participantes-chave em todo o país ou região.

A organização e participação da comunidade são fundamentais, mas elas não aparecem por si só. Elas precisam de apoio, orientação e o estabelecimento de vínculos com os que têm poder de decisão no governo local. Nos casos em que os grupos comunitários não estavam completamente equipados com qualificações e competência para participar efetivamente em iniciativas PS, é preciso implementar sistemas para que esses grupos sejam capacitados para garantir que possam desempenhar um papel significativo. Investir tempo e recursos para organizar a comunidade (estabelecer um grupo comunitário, sem fins lucrativos, etc.) pode ser suficiente para mobilizar recursos, engajar novos parceiros e criar conexões com outras organizações locais, regionais e nacionais. Isso também salienta o perfil da comunidade ou município, o que, por sua vez, resulta em maior visibilidade e recursos.

Dividir o poder é Uma colaboração intersetorial bem sucedida tem como requisito a divisão do poder. Um modelo comum de participação intersetorial envolveu combinar um grupo comunitário multi-setor ou fórum para definir prioridades locais de saúde e agir sobre as mesmas. A criação de comitês, diretorias ou outras entidades para formalizar ou institucionalizar a divisão do poder ajudou no processo e esse elemento deveria ser implementado logo no início da iniciativa. Devido à ênfase da PS para tratar dos DSS, as estratégias intersetoriais têm mais chance de sucesso quando ocorrem dentro de culturas, organizações e governos que têm tradição ou experiência de trabalho conjunto. Em alguns países, a complexidade de estruturas de governo e a burocracia, assim como um ambiente político complexo, foram obstáculos ao desenvolvimento de estratégias bem sucedidas e planejamento mais abrangente junto aos altos escalões. A participação

pública, o fortalecimento de grupos marginalizados em nível local e alianças fortes com organizações não-governamentais facilitaram a colaboração intersetorial, possivelmente porque era menos provável que esses grupos apresentassem uma perspectiva setorial às questões em jogo.

Embora a ação de PS possa ser iniciada de cima para baixo, esses enfoques têm uma capacidade limitada de influenciar os DSS-chave se as iniciativas não forem apoiadas por processos abrangentes desde o início em nível local. As iniciativas nas quais os participantes comunitários dividem o controle sobre o processo e são capazes de participar de forma significativa nesse processo, mostraram grande potencial de sucesso.

Nos estudos de caso analisados ali, havia uma relativa falta de avaliação sistemática das ações de PS. Ao mesmo tempo, quase todos os estudos de caso mencionaram resultados positivos que pareciam ser atribuídos às iniciativas de PS. A experiência indica que as iniciativas deveriam definir desde o início como cada fase seria documentada, avaliada e como os dados seriam analisados. Isso inclui definir como mecanismos e indicadores essenciais de PS seriam incorporados e acompanhados. Elaborar um registro dos sucessos e realizações das iniciativas aumenta a credibilidade e o acesso aos tomadores de decisões.

O desenvolvimento e a adoção de políticas podem melhorar de forma significativa a sustentabilidade e institucionalização de práticas, métodos e estratégias. Isso requer mais esforços para entender, defender e promover os benefícios e a eficiência das ações PS como meio de melhorar a saúde da população.

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso



Conclusão

A Promoção da saúde deu passos largos nas últimas décadas nas Américas. A amplitude e variedade dos 15 estudos de caso. A amplitude e variedade dos 15 estudos de caso tratando de várias culturas, países e níveis de desenvolvimento mostraram a importância crescente vinculada à PS na Região. O interesse em avaliar sua efetividade e compreender os fatores que afetam, positivamente ou negativamente, os avanços da promoção da saúde na Região, aumentou muito nos últimos anos. A análise de 15 estudos de caso oferece outra etapa nos esforços de aprender mais a respeito de como ocorreu a nos países das Américas e compreender algumas das implicações e desafios práticos que surgiram das várias maneiras de acordo com as quais as iniciativas de PS têm sido estruturadas e organizadas.

As experiências descritas nesse relatório salientaram muitos dos vários desafios representados pelos contextos complexos e multidimensionais, locais e nacionais nos quais a PS foi implementada. Os fatores afetando o sucesso das iniciativas era idênticos em todos os níveis de realidade (individuais, comunitários, organizacionais, políticos, econômicos, etc). Esses fatores estavam vinculados e tiveram influência uns sobre os outros de maneiras muito complexas.

A análise é consistente com uma das principais hipóteses dos especialistas e pesquisadores da PS, ou seja, que o contexto socio-cultural, político e econômico para a tomada de decisão tem um



impacto significativo sobre a maneira segundo a qual as questões são estruturadas e como os enfoques intersetoriais são usados para tratar essas questões.

A diversidade dos contextos representados nos estudos de caso resultou em que cada iniciativa enfocasse a PS de forma diferente. Embora a existência de um ambiente favorável no qual planejar e implementar políticas e programas ajudasse muito, a ação de PS conseguiu algum sucesso mesmo em contextos instáveis e não tão favoráveis a esse tipo de trabalho. Embora fatores contextuais possam frequentemente representar um obstáculo, eles também podem estimular oportunidades novas e inovadoras.

Todos os estudos de caso relataram que o processo de empreender iniciativas de PS era motivador e revigorante, estimulando o interesse e uma reflexão profundo em questões prioritárias. As experiências fortaleceram os recursos dos envolvidos, geraram compromisso para promover os princípios da promoção da saúde, fortaleceram as alianças entre os principais participantes e enfatizaram o potencial da promoção da saúde como um enfoque viável para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos países das Américas.

Entretanto, devido à complexidade inerente na construção de uma base de provas da efetividade dessas iniciativas, é essencial criar oportunidades para aprendizado mútuo, intercâmbio de experiências e identificação e divulgação pro-ativa de provas e “boas práticas”, considerando a complexidade das comunidades e dos processos de tomada de decisões. Isso seria valioso para ajudar os financiadores, legisladores e comunidades a vincular o sucesso de programas e políticas específicos a questões contextuais, econômicas, ambientais e sociais mais abrangentes. Isso também pode ajudar com o desenvolvimento de estratégias racionais para a promoção da saúde que pode ser compreendida pelos legisladores e tomadores de decisões e aplicadas a políticas e atuações em nível nacional e local. Para que isso aconteça, é importante articular a definição

de sucesso e eficiência nas iniciativas de promoção da saúde e redefinir os critérios para avaliar os dados gerados nesses esforços para melhorar programas e políticas que visam melhorar a saúde da comunidade e reduzir as desigualdades em matéria de saúde.





Referências

Judd J, Frankish CJ, Moulton G (2001). Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach. *Health Promotion International* Vol. 16 No. 4.

Morgan A, Ziglio E (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education Supplement 2*, 2007.

Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) (1999). *Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC.

Poland B, Frohlich K, Cargo M (2008). Context as a Fundamental Dimension of Health Promotion Program Evaluation. In: Potvin L and McQueen D (Eds), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. USA.





Resumos dos Estudos de Caso



Lições
tiradas de

15
estudos
de caso





Caso 1

🍏 Ação colaborativa para mudanças comunitárias e redução de risco de doença crônica e de disparidades em matéria de saúde em *Kansas City, Missouri (EUA)*

A Coalizão para redução de doenças crônicas de Kansas City começou no ano 2000 em Kansas City, Missouri, em resposta a dois eventos: 1) os pedidos de propostas dos Centros de Controle e Prevenção de Doença (CDC) para enfoques raciais e étnicos para a Saúde da Comunidade (REACH) 2010, e 2) a avaliação do estado de saúde das minorias por duas organizações que salientou disparidades significativas em matéria de saúde entre os residentes afro-americanos e latinos residentes de Kansas City.

Essa área urbana foi caracterizada por altas taxas de pobreza e algumas oportunidades para empenhar-se em ter comportamentos saudáveis. A Coalizão era formada por organizações de saúde, comunitárias e de bairro; comunidades religiosas, associações comerciais, assim como residentes de Kansas City. Com o tempo, a Coalizão passou a incluir americanos nativos como população-alvo; entretanto os esforços para

alcançar essa população nunca deram resultado.

A missão da Coalizão é de melhorar os resultados no setor da saúde para diabetes e doenças cardiovasculares promovendo o acesso à cuidados de qualidade, ambientes saudáveis e estilos de vida através de cuidados de saúde integrados, baratos, atentos à cultura e confiáveis baseados na comunidade e serviços de prevenção. Ela propõe cinco fases interligadas: a) planejamento colaborativo e capacitação; b) ação pontual e intervenção; c) mudanças na comunidade e no sistema; d) ampla mudança de comportamento; e) melhoria nos resultados da comunidade em matéria de saúde.

A Coalizão desenvolveu um plano de ação abrangente que propôs 86 mudanças na comunidade. Por meio do seu programa "Pick Six" [Escolha Seis], ela também forneceu recursos aos principais parceiros para apoiar a implementação de seis elementos do plano de ação (isto é, seis programas novos e modificados, políticas ou práticas). Os recursos incluíram subsídios, apoio técnico e materiais para o programa.

A Coalizão facilitou cerca de 675 mudanças na comunidade entre 2001 e 2007. Alguns exemplos incluem: alteração dos horários de funcionamento das clínicas para melhorar o acesso, adoção de diretrizes para os cuidados clínicos, inclusão de informações de saúde em boletins para a vizinhança, uso do espaço da igreja para atividade

física e o desenvolvimento de clubes de caminhada ou pistas. Os resultados da avaliação participativa sugerem que a Coalizão foi um catalisador efetivo para mudanças ambientais visando reduzir disparidades de saúde referentes às doenças cardiovasculares e o diabetes.

Alguns dos elementos importantes da Coalizão foram a grande rede social do primeiro gerente de projeto e o desenvolvimento de relacionamentos com um grande número de organizações comunitárias. Entretanto, desafios na implementação dos mini-subsídios, incluindo requisitos governamentais complicados e administração fiscal interna, estressaram as relações estabelecidas com essas organizações. O envolvimento e a participação estabelecidos com essas organizações. O envolvimento e participação limitados de latinos (uma das populações visadas) também foram um obstáculo.

Entre 2001 e 2007, a Coalizão recebeu importantes subsídios da CDC's REACH 2010 Initiative. Um subsídio de cinco anos recebido em 2008 permite a continuação dessa iniciativa bem sucedida e pode permitir esforços mais duráveis para tratar das disparidades em matéria de saúde, com o principal ajuste a ser feito para desenvolver uma estratégia efetiva para empenhar a comunidade latina na iniciativa.





Caso 2

🍏 Ajuda em domicílio do Programa para Idosos São Vicente & Grenadinas

A Ajuda em domicílio do Programa para Idosos, uma iniciativa do governo de São Vicente & Grenadinas implementado pelo Ministério do Desenvolvimento Social começou em agosto de 2002 a melhorar os cuidados e apoio à população idosa. A iniciativa tinha a intenção de atender pessoas de mais de 60 anos, os que estavam isolados e em instituições e os que precisavam de cuidados especiais. O programa incluiu 92 auxiliares em domicílio, 2 supervisores e 1 encarregado do estudo de caso e recebeu apoio da igreja local.

A missão da iniciativa era criar um contexto favorável e um sentimento de identidade nos idosos assim como elevar sua auto-estima e tratar de suas necessidades básicas em matéria de saúde e social/emocional. Ela propôs um enfoque holístico, no qual os mais velhos recebiam atendimento para sua saúde assim como para outras necessidades, enquanto ensinava-se aos fornecedores de serviços como era a vida dos idosos e como cuidá-los. Os serviços eram gratuitos para os envolvidos.

A Cruz Vermelha de São Vicente & Grenadinas forneceu treinamento em primeiros socorros para os assistentes em domicílio. Os enfermeiros forneciam cuidados de enfermagem geral e supervisionavam os estagiários durante a residência. O Ministério da Saúde fornecia funcionários para ajudar com o programa de treinamento. Devido ao envolvimento e apoio dos Ministérios, todas as áreas do país foram cobertas.

Atualmente, 450 idosos são beneficiados pela iniciativa e a mesma é considerada pelo governo uma medida que corta custos, pois seria mais caro se o governo tivesse que fornecer cuidados institucionais para essa população. Os indicadores sociais mudaram; a resposta da comunidade e da família aos idosos parece ter melhorado. Os idosos relataram sentir conforto e segurança e suas famílias se sentiam reconfortadas de saber que eles recebiam os devidos cuidados.

O uso das unidades de cuidados de saúde aumentou nos bairros. Os idosos começaram a se preocupar mais com a dieta e a nutrição. Os legisladores conseguiram compreender melhor o perfil dos idosos na sua sociedade. Os programas de treinamento também foram uma fonte de emprego para os profissionais da saúde.

Entretanto, houve uma falta de envolvimento de homens no projeto (como ajudantes em domicílio) recursos financeiros e humanos limitados, equipamento e

material limitados e falta de apoio do setor privado. Garantir que os verdadeiros beneficiários tivessem acesso ao programa foi um desafio permanente, assim como, garantir que a interferência política fosse a mínima possível. A Iniciativa também não teve documentação e sistema de avaliação formais.

A iniciativa contribuiu para mudanças positivas para a população idosa em São Vicente & Grenadinas. Como a iniciativa está na etapa da implementação e manutenção, a avaliação deve ser considerada e isso deve ser um processo permanente. Uma fonte para apoiar a iniciativa também deve ser considerada já que a confiança foi inteiramente depositada no governo.



Caso 3

🍏 Programa Nacional de Bem-Estar São Vicente & Grenadinas

Iniciado em 2006, o Departamento de Educação Física e Esportes do Ministério do Desenvolvimento Social de São Vicente & Grenadinas lançou o Programa Nacional de Bem-Estar que foi implementado por grupos e instituições comunitárias. Outras organizações/instituições participantes incluíram o Ministério da Saúde e do Meio Ambiente,

Avançar na Promoção da Saúde nas Américas



Lições tiradas de 15 estudos de caso

Moradia para os Idosos (Thompson Home, Golden Age Homes), Her Majesty's Prison e outros grupos comunitários em vários bairros. A iniciativa teve como meta atender a população geral; especificamente pessoas envolvidas com as organizações/instituições participantes.

As doenças crônicas não-transmissíveis são um problema urgente e prioritário em São Vicente e Grenadinas, responsáveis por 80% das mortes no país, a missão da iniciativa foi sensibilizar os participantes a respeito de estilos de vida saudáveis e dos benefícios de participar em atividade física regular. Uma dos principais metas dessa iniciativa foi mudar a crença segundo a qual a saúde é importante somente quando as pessoas não estão bem e tornar as pessoas mais pro-ativas quando se trata de sua saúde.

Embora não houvesse monitoramento ou sistema de avaliação formal implementados, a expansão do programa para outras comunidades foi uma indicação positiva de que mudanças estão ocorrendo. As comunidades relataram uma maior conscientização no que tange à atividade física e expressaram interesse em envolver-se com o programa. Houve uma maior utilização de recursos comunitários (isto é, centros comunitários e espaços de lazer) e unidades de saúde nos bairros. Um aumento no nível de atividade física provou uma mudança de

atitude positiva por parte da população.

O estudo de caso relatou alguns desafios tais como uma falta de homens envolvidos no projeto, recursos financeiros e humanos limitados, equipamento e material limitados e falta de apoio do setor privado. Além disso, a mudança de localização para algumas atividades foi obstáculo ao envolvimento de alguns participantes. Será preciso conseguir um financiamento adequado de outras fontes.



Caso 4

Inuit Tutarvingat (Centro Inuíte em NAHO) Ottawa, Ontário, Canadá

A Iniciativa Inuíte Tutarvingat começou em 2000 em resposta à Comissão Real sobre os Povos Aborígenes (RCAP). As organizações e instituições participantes incluíram o Metis Centre, o First Nations Centre e a Unidade de Comunicações. A Iniciativa visa atender a população inuíte, que tem o pior estado de saúde do Canadá. Legisladores, funcionários do governo e o público em geral são públicos visados pela Iniciativa.

O foco principal da Iniciativa é promover práticas que restaurarão um estilo de vida inuíte saudável e melhorarão o estado de saúde

da população inuíte através de pesquisa e divulgação de resultados de pesquisa, educação e conscientização, desenvolvimento de recursos humanos e partilha de informações sobre políticas e práticas de saúde especificamente inuítes. A Iniciativa procura fazer essas mudanças em nível de indivíduos, organizações, comunidade e sociedade.

A Iniciativa tem 5 objetivos: 1) melhorar e promover a saúde inuíte através de atividades baseadas no conhecimento; 2) promover a compreensão de questões de saúde que afetam a população inuíte; 3) facilitar e promover a pesquisa e desenvolver parcerias de pesquisa; 4) fomentar a participação da população inuíte no fornecimento de cuidados de saúde; 5) afirmar e proteger práticas de cura tradicionais.

A mudança na comunidade inuíte foi difícil de perceber, pois a população é muito dispersa. Além disso, devido à ausência de um monitoramento formal ou sistema de avaliação, é difícil medir mudança ou resultados. Poucos dados étnicos são coletados por isso é difícil dizer como os Inuítes em geral estão sendo beneficiados. Alguns produtos e recursos visam públicos especializados, mas a execução e impacto desses recursos são desconhecidos. As mudanças em nível organizacional têm, entretanto, tornado possível subsídios menores para os funcionários.



Alguns desafios enfrentados pela Iniciativa incluem a dificuldade em reter trabalhadores inuítes, desafios de longa data com relação à saúde da população e mudança nos governos levando a questões sobre a continuidade do financiamento.

Embora provas sobre a eficiência ainda precisam ser determinadas devido à falta de monitoramento e avaliação formais, a Iniciativa parece estar orientada na direção certa. De acordo com a Iniciativa, as comunicações têm alcançado o público visado, o Centro ganhou visibilidade e os recursos/parcerias foram estabelecidos. Entretanto, a Iniciativa precisa tratar de um número menor de questões com projetos mais longos e mais abrangentes e fortalecer as parcerias com os setores da saúde e da educação e desenvolver materiais específicos. O monitoramento e avaliação do desempenho também devem ser desenvolvidos e melhorados.



Caso 5

Iniciativa de Escolas na Promoção da Saúde Guiana

A Iniciativa de Escolas na Promoção da Saúde começou em 2002 na Guiana para tratar de problemas crescentes

na área da saúde e sociais relativos aos estilos de vida e comportamento no país. As principais organizações incluíram o Ministério da Saúde da Guiana, o Ministério da Educação da Guiana e a Organização Pan-americana da Saúde (Guiana). As organizações participantes incluíram o Conselho Caribenho para os Cegos, o Ministério dos Serviços Humanos e Seguro Social, a Clínica Dentária Cheddie Jagan, o Centro de Reabilitação Ptolemy Reid, o Money Gram, o Ministério da Agricultura, o Ministério da Cultura, Juventude e Esporte, Organizações de Serviço Voluntário, o Programa de Avanço Econômico Linden (LEAP), o Peace Corps, a Cruz Vermelha da Guiana, *Women Across Difference*, o Banco Mundial e a Igreja Anglicana St. Sidwells.

A Iniciativa foi implementada em creches, escolas primárias e secundárias, junto às respectivas comunidades nas quais as escolas estavam localizadas. Os grupos visados incluíram as Associações de Pais e Mestres, os Comitês Consultivos para Melhoria da Comunidade e crianças em idade escolar de todos os níveis.

A Iniciativa objetiva criar ambientes favoráveis que estimulem mudanças positivas por meio da educação e da aquisição de competências em vários grupos visados. A missão é “criar e manter a capacidade das comunidades escolares para que possam fomentar a saúde em todos os aspectos da vida na escola

e melhorar a saúde das crianças, professores, pais, tutores e outros membros da comunidade escolar”. A Iniciativa está permitindo que os serviços de saúde primários e as escolas trabalhem juntos, melhorando a habilidade de detectar problemas e oferecer assistência às crianças e jovens de forma oportuna, impedindo e prevenindo a adoção de comportamentos a risco, tais como fumar, consumir bebidas alcoólicas, abuso de drogas, práticas sexuais precoces e arriscadas e gravidez precoce e não desejada. O apoio técnico foi fornecido pela OPAS e pelo MS. A PTA forneceu recursos humanos e várias agências internacionais forneceram recursos financeiros.

De acordo com a Iniciativa, as realizações e resultados da Iniciativa de Escolas na Promoção da Saúde não podem ser descritos devido à falta de monitoramento e sistemas de avaliação formais para coletar de forma rotineira os dados necessários para substanciar qualquer alegação. Entretanto, as comunidades envolvidas relataram algumas mudanças comportamentais entre pais e filhos.

Os desafios variaram em diferentes etapas da Iniciativa. Na etapa do planejamento, houve uma falta de acordos formais entre os participantes envolvidos, falta de financiamento adequado, falta de recursos humanos competentes. Durante a fase de implementação, houve falta de sistemas formais de monitoramento para acompanhar o progresso e falta de estratégias para



comunicar com o público a respeito da iniciativa e garantir comunicação efetiva entre os participantes.

O esforço continuará a ser feito pelas Unidades de Saúde das Escolas dentro dos Ministérios da Saúde e Educação. Essas duas unidades são responsáveis pela coordenação das atividades dentro de cada ministério e pela partilha da informação com o outro ministério por meio de um pequeno comitê.



Caso 6

Iniciativa de Qualidade de Vida em Crooked Creek (CC QOLI): Uma experiência de Desenvolvimento Comunitário em Indianápolis, Indiana, EUA

Autores: Alicia Chadwick da Crooked Creek Northwest Community Development Corporation, Helen W. Lands do Fay Bickard Glick Neighborhood Center em Crooked Creek, Mary Beth Riner da Indiana University School of Nursing, e Marty Rugh do St. Vincent Health.

O objetivo dessa iniciativa foi melhorar a qualidade de vida dos residentes de um bairro geograficamente definido numa cidade urbana do meio-oeste dos Estados Unidos. Um Comitê Consultivo forneceu

serviços de vigilância para uma avaliação abrangente conduzida por estudantes de enfermagem e que foi usada para desenvolver uma proposta que criou um grupo consultivo nomeado pelo prefeito da cidade. Usando o modelo da OPAS – Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis, diversos setores da comunidade colaboraram para tratar das condições responsáveis pela saúde e bem-estar. As organizações envolvidas incluíram um hospital, uma agência de serviço social, uma agência de desenvolvimento habitacional e a universidade.

Os objetivos da CC QOLI eram melhorar a qualidade de vida dos residentes de Crooked Creek por meio de: revitalização dos edifícios (edifícios comerciais e comunitários, moradia, ruas, calçadas, etc.); novas colaborações entre as organizações do setor da saúde, educação e serviço social e compromisso dos residentes na melhoria da comunidade. Entre as iniciativas implementadas para atingir essas metas: investimentos em um programa de moradia para residentes de média e baixa renda; construção de um Pavilhão Familiar para tratar das necessidades cívicas, sociais, inter-geracionais, culturais e recreativas das pessoas e famílias de Crooked Creek; e um Programa de Saúde na Escola para estudantes da área.

O Pavilhão Familiar Fay Bickard Glick em Crooked Creek foi construído e se

tornou um maravilhoso espaço para reuniões comunitárias, atividades de jovens e família, lazer e um local barato para recepções de casamento, reuniões familiares, cerimônias de formatura, exposições e serviços religiosos. O Programa de Saúde na Escola levou os serviços de saúde para além dos hospitais e faz parte de uma nova visão para construir comunidades mais saudáveis. As entidades escolares adotaram políticas com enfoque na saúde para as escolas e podem tratar de questões crônicas com a asma, a obesidade e o absentismo. Investimentos no setor habitacional resultaram no término de grupos de residência para 12 residentes deficientes – a mais recente usando práticas de construção ecológicas, reformas de alto custo nas casas de 33 proprietários idosos, formação de 60 proprietários potenciais sobre o processo de compra e assistência para o pagamento adiantado para 12 residentes que compravam casa pela primeira vez em Crooked Creek.

O Projeto de Pavilhão Familiar atravessou algumas dificuldades: o empreiteiro deixou o trabalho no meio do caminho o que resultou num atraso de 8 meses na construção e custos mais elevados. Outro empreiteiro precisou ser contratado e fundos adicionais foram angariados para completar o projeto. O Programa de Saúde na Escola se tornou mais complexo quando os parceiros perceberam que a natureza única de cada escola exigia que as atuações



fossem feitas sob medida para cada população estudantil. Os responsáveis pelos investimentos no programa de moradia decidiram que o custo dos projetos era sustentável somente se a organização continuasse a angariar fundos públicos e privados para garantir os projetos.

Algumas das lições aprendidas por ocasião dessas iniciativas incluíam: 1) A colaboração torna organizações individuais mais fortes — uma nova organização sem referência é beneficiada por uma parceria com uma organização estabelecida, que dá a outros “permissão” para ser favorável. As organizações estabelecidas são beneficiadas pela energia e pelos aspectos empresariais das empresas debutantes. 2) Ter um bom plano baseado em bons dados é crucial para garantir fundos e apoio. 3) Operadores de programas precisam garantir aos titulares que os líderes (executivos sênior e membros da diretoria) permaneçam informados e comprometidos o tempo todo para manter iniciativas a longo prazo, senão eles correm o risco de serem substituídos pelo próximo novo (e não necessariamente melhor) elemento.



Caso 7

A Saúde pela Participação: a experiência of Guarulhos, São Paulo, Brasil

Autores: Rosilda Mendes, Paulo Fernando Capucci, Douglas Brandalise, Emilia Broide.

A iniciativa foi implementada em Guarulhos, São Paulo, como uma das estratégias para tratar com os problemas relacionados à saúde e as condições de vida objetivando a promoção e a melhoria da participação popular e o estabelecimento de um canal de comunicação para incluir demandas no desenvolvimento de políticas de saúde. O projeto prioritário *A Saúde pela Participação* trabalha com a promoção de fóruns locais abertos ao público e realizados a cada dois anos. Entre 2005 e 2007, um total de 37 fóruns foram realizados, reunindo 5 700 representantes de comunidades locais, profissionais da saúde, gerentes da saúde, ONGs, igrejas, etc.

O objetivo principal da iniciativa é aumentar o controle da população sobre os cuidados de saúde e a gestão de políticas públicas relativas à saúde, assim como auxiliar na determinação de um estado de saúde em áreas específicas no nível mais baixo da divisão do espaço urbano local. Ela começou em 2005 com Fóruns sobre *Saúde pela Participação* realizados em vinte e duas áreas da cidade junto com os Fóruns de Orçamentos Participativos. Em 2007, as Sessões Plenárias da *Saúde pela Participação* foram realizadas em cada um dos Distritos de Saúde que foram organizados com base para a gestão da saúde. Desde as primeiras sessões plenárias,

aproximadamente 1300 representantes foram eleitos para fazer parte dos Conselhos de Saúde locais para as 65 Unidades Básicas de Saúde, hospitais e centros de saúde especializados no município. No final de 2009, 14 fóruns terão sido realizados.

Os Conselhos de Saúde locais aumentaram seu campo de ação de agir em questões de saúde locais para questões sociais mais amplas. Portanto, a ação foi dirigida para questões locais do dia-a-dia referentes às comunidades. O Projeto levou a uma mudança na política de saúde e áreas conexas na administração municipal. O Projeto levou a uma mudança na política de saúde e áreas conexas do governo municipal. Conseqüentemente, o foco das discussões na política de saúde pública foi publicamente creditado à iniciativa. Melhorias foram constatadas nas Unidades de Saúde Básica no que tange à qualidade do cuidado fornecido. Além disso, houve um avanço significativo na identificação de exigências de saúde mais específicas por parte da população. O fato que o público tenha tomado o controle das questões de saúde gerou uma nova tendência na população, com reclamações populares cedendo lugar a propostas específicas de mudança e um maior apoio do setor de saúde. Por exemplo, o público entende agora a lógica de investir em cuidados primários por meio das Unidades de Saúde Básica em vez de investir num número maior de grandes hospitais. Houve mudanças positivas referentes



ao estabelecimento de mecanismos para participação envolvendo muitos atores locais. Entretanto, os Conselhos formaram uma panelinha que impediu uma participação social completa.

Entre as lições aprendidas dessa experiência está a necessidade de garantir o apoio do governo local para aumentar com sucesso a participação social e melhorar o planejamento de atividades para garantir que a sustentabilidade do projeto seja mantida. O orçamento é um elemento central para apoiar as atividades permanentes exigidas para o projeto, pois é bastante complexo e envolve muitos atores. O que é mais importante para o Projeto é que ele não deveria se afastar das atividades e políticas locais, portanto ele precisa ser um projeto aberto.



Iniciativa de Escolas Saudáveis nas Regiões de Assunção, Central, Misiones, Itapúa e Cordillera. Paraguai

Autor: Diretoria da Promoção da Saúde–Ministério da Saúde Pública e do Bem-Estar Social

A Iniciativa de Escolas Saudáveis começou no Paraguai na década de 1990, liderada pelo Ministério

da Saúde com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. O objetivo foi promover a saúde no contexto escolar e o desenvolvimento integral de meninos e meninas da comunidade escolar.

Em 2000, um projeto piloto foi implementado em 17 escolas distribuídas nas áreas urbanas, periurbanas e rurais das Regiões Central, Cordillera e Misiones. Em cada escola escolhida um Comitê de Gestão era formado por autoridades escolares, pais, estudantes, autoridades locais e representantes das organizações e instituições locais. As 17 escolas enfocaram sua ação em quatro áreas: cuidados de saúde primários, infraestrutura, treinamento e projetos participativos. Apesar desse esforço ter começado com grande ímpeto, não era possível mantê-lo com o tempo. Entretanto, ele criou um campo fértil que permitiu manter algumas iniciativas dentro da estrutura do projeto Escolas Saudáveis e, às vezes, catalisou o início de novos processos.

Em outubro de 2008, as autoridades do novo governo re-lançaram a Iniciativa Escolas Saudáveis, num projeto conjunto entre os Ministérios da Saúde e Educação. Uma avaliação dos dados foi feita para analisar e gerar um consenso nos critérios para habilitação. Parcerias estratégicas foram estabelecidas com organizações tais como o programa VIDA (prevenção de doença cardiovascular) e com agências internacionais tais como UNICEF, UNDP e

UNFPA. Ações empreendidas nessa etapa enfatizaram um interesse – marcado e uniforme – por parte dos participantes. É preciso observar que o Ministério da Educação e Cultura modificou o currículo “da Educação Técnica Secundária em Saúde”, reorientando o mesmo para a promoção da saúde contribuindo assim para o processo de implementação de Iniciativas de Escolas Saudáveis.

Um dos desafios desta iniciativa tem sido que muitas experiências em saúde na escola se descrevem como Escolas Saudáveis ou “Escolas na Promoção da Saúde”, mas não há critério uniforme estabelecido para sua designação. Essas experiências são promovidas por diferentes setores: o município, as unidades de saúde, o governo local e a comunidade escolar. O objetivo atual é unificar a Estratégia desenvolvendo critérios para habilitação no intuito de orientar as instituições no desenvolvimento de linhas de ação, complementado por um sistema de monitoramento. O objetivo atual é desenvolver uma estratégia unificada em 40 escolas escolhidas em 5 regiões. Uma base de referência será desenvolvida, junto com um sistema para coletar e analisar dados de forma contínua e sistemática.

Algumas dificuldades incluíram (1) recursos limitados e a dispersão de esforços da Diretoria da Promoção da saúde, que tornou difícil a realização um processo durável e (2) a falta de



coordenação dentro dos programas do Ministério de Saúde que impediu uma ação integrada baseada em objetivos comuns.

As lições aprendidas incluíram a necessidade para coleção e análise sistemáticas, disseminação de informação entre os principais participantes para que os resultados sejam avaliados e a necessidade para fortalecimento da comunidade (governos locais e outros atores sociais) no intuito de evitar que os processos permaneçam inconcludentes.

Para facilitar a construção coletiva de Escolas Saudáveis, o programa ajudará os atores sociais a identificar fatores de proteção e estimular respostas efetivas. A responsabilidade será assumida principalmente por instituições governamentais, vinculando esforços com outras instituições trabalhando na área. A Estratégia Escolas Saudáveis cria uma oportunidade para que o contexto escolar seja transformado num espaço que fomente a produção social de saúde.



Caso 9

○ Promoção de Contextos e Estilos de Vida Saudáveis nas Escolas Primárias de Quatro Estados Mexicanos. *México*

Autores: Luz Arenas Monreal, Pastor Bonilla Fernández, Cristina Caballero García, Elba Abril, Héctor Hernández P., Sofía Cuevas B.

Em 2006, o Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) do México iniciou o projeto *Promoção de Contextos Saudáveis em Escolas Primárias* em quatro estados mexicanos, em colaboração com o Serviços de Saúde dos Estados de Guerrero e Jalisco, o Centro de Pesquisa sobre Alimentação e Desenvolvimento e escolas públicas dos estados de Morelos, Jalisco, Guerrero e Sonora. Esse projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia. Ele lançou mão de um enfoque para melhorar os ambientes físicos, emocionais e sociais para crianças em idade escolar e tratou de problemas que afetavam essa população tais como excesso de peso, obesidade, vícios, degradação ambiental e violência familiar e social.

Inicialmente, os grupos visados eram conduzidos com professores dos quatro estados para ajudar a identificar os

determinantes de saúde (moradia, trabalho e condições de educação; ambiente físico, fatores psico-sociais; redes de apoio social e familiar, etc.) que afetaram as populações nas áreas em que a iniciativa ocorreria. As principais características encontradas entre as famílias de crianças em idade escolar eram: classe social baixa, nível baixo de educação dos pais, pobreza e migração para os Estados Unidos. Na primeira fase, os dados para medição da base de referência foram coletados: peso/idade, peso/altura, idade/altura, prevalência de cáries e hábito de fumar com os seguintes resultados: co-existência de malnutrição e excesso de peso ou obesidade entre crianças de todas as escolas participantes, alta prevalência de cáries e um percentual significativo de crianças que fumam e/ou consomem bebidas alcoólicas.

Na segunda fase, as intervenções educacionais eram realizadas com relação aos seguintes itens: auto-estima e cultura da paz, proteção ambiental e cuidado, prevenção do fumo e nutrição e higiene. Consequentemente, mudanças foram observadas no conhecimento referente a alimentos saudáveis e higiene assim como melhorias na habilidade de separar o lixo e cuidar dos recursos naturais. Os professores relataram uma diminuição da violência e um aumento no uso de meio mais pacíficos de resolver conflitos entre os estudantes. Dois comitês de saúde foram formados: um de crianças e outro de pais. Os vínculos foram estabelecidos entre as

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso

escolas e os centros locais de saúde para facilitar o acesso das crianças aos serviços.

As crianças tinham dificuldade em por em prática fora do contexto escolar o que haviam aprendido com a iniciativa, o que evidenciou as limitações das iniciativas centradas na escola que não incluíam a comunidade como um todo. Foi também difícil influenciar agências responsáveis pelo desenvolvimento de políticas públicas (venda de alimentos saudáveis nas escolas e vizinhança) nos estados de Guerrero e Morelos. Nos estados de Jalisco e Sonora, onde o regulamento para venda de alimentos dentro das escolas já estava implantado, a iniciativa conseguiu sensibilizar as famílias a respeito de consumo saudável de alimentos.

Esse projeto contribuiu para a inclusão de enfoques mais integrados em matéria de promoção da saúde para iniciativas tomadas pelo INSP, como a promoção do estabelecimento de um grupo de pesquisa sobre a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis.



Caso 10

Movimento Comunitário para a Saúde Mental de Bom Jardim, Fortaleza Brasil

O Movimento Comunitário para a Saúde Mental de Bom Jardim, em Fortaleza, Brasil visa fornecer serviços ao povo com vários tipos de doenças mentais no intuito de melhorar sua integração na comunidade e promover fortalecimento individual, de grupo e social. Foi implementado em 22 centros comunitários de 5 bairros localizados na área do “Grande Bom Jardim”, do município de Fortaleza. A iniciativa enfoca famílias vulneráveis, em risco e vivendo em situação de extrema pobreza. Essa população é caracterizada pelo baixo nível de educação, desemprego, falta de oportunidades e baixa auto-estima.

A iniciativa começou quando líderes e missionários da igreja local trabalhando na região formaram um grupo de voluntários para dar abrigo e conselhos à população que naquela ocasião não tinha acesso a serviços de saúde mental. Inicialmente, os esforços para incluir o governo local não deram resultado. Entretanto, com a mudança de governo em 2005, a iniciativa ganhou mais reconhecimento e momentum o que resultou no estabelecimento de alianças e um maior fluxo de recursos para expandir ações e serviços. Alguns dos participantes atualmente envolvidos na iniciativa incluem departamentos de saúde estatais e locais, populações indígenas, universidades locais, o setor privado, ONG trabalhando com jovens delinquentes e o Programa PETI (Programa para Erradicação de Trabalho Infantil).

A iniciativa incorporou várias estratégias para atingir seus objetivos. Grupos comunitários de terapia foram criados, assim como outros grupos visavam facilitar processos de terapia pessoal no âmbito de ações coletivas (bio-dança, terapia pela arte, grupos de apoio para auto-estima, etc.). Foram oferecidos massoterapia, reiki, workshops e sessões de respiração e relaxamento. Eventos teatrais e musicais foram realizados em locais públicos como recurso para a comunidade ocupar locais que eram dominados pelo tráfico de droga e pela violência. Várias atividades culturais e artísticas eram oferecidas, gratuitamente, para todos os membros da comunidade (aulas de música, língua, pintura e teatro). Um jardim e uma farmácia comunitários foram criados e foi uma formação profissional aos jovens. Finalmente, foram feitos esforços para integrar pessoas com doenças mentais nessas atividades para apoiar o processo para diminuir o estigma ligado a problemas de saúde mental e para apoiar a desinstitucionalização desses pacientes.

Relataram-se resultados positivos dessa iniciativa. A atitude geral da comunidade ao tratar com essas populações mal atendidas mudou de uma perspectiva pessoal para uma perspectiva coletiva e social. A identidade da comunidade melhorou, pois os residentes de Bom Jardim tinham orgulho do seu bairro, quando antes da iniciativa, eles o descreviam como feio e violento. Uma rede foi criada para ajudar os membros



da comunidade a cuidar melhor de si mesmos. Novos vínculos foram estabelecidos com os participantes que trabalhavam na comunidade e nos setor privado. Os jovens da comunidade mencionaram uma maior motivação para atingir um nível mais alto de educação e o estigma vinculado a problemas psicológicos diminuiu. A iniciativa também teve reconhecimento nacional e vários prêmios nacionais e regionais.

Alguns dos desafios incluíam mudanças no governo que provocaram atrasos e incerteza a respeito da continuidade da iniciativa, dificuldade em manter e aumentar recursos à medida que a iniciativa se expandia e resistência de outras instituições em colaborar com as atividades da iniciativa.

Existe um estigma social considerável vinculado às doenças mentais, especialmente quando se trata de populações pobres e mal atendidas. Essa experiência mostrou a viabilidade de fortalecer, aumentar o capital social e expandir atividades terapêuticas e educacionais. Promoveu também novas maneiras de examinar questões de saúde mental que eram inclusivas e transformadoras.



Caso 11

🍏 Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares no município de Corredores, Costa Rica

A Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares em Corredores, Costa Rica, começou em 2006 como parte de uma iniciativa maior lançada em 1998 para melhorar a segurança alimentar e a nutrição na região. Em Corredores, a iniciativa também enfocou em água e saneamento. A mesma envolveu o Ministério da Saúde, o governo municipal, as escolas locais, o mercado Paso Canoas, a Associação de Aquedutos Rurais, o INCAP/OPAS, serviços locais de saúde, grupos comunitários e o Comitê Local de Segurança Alimentar. O escritório da Iniciativa foi aberto no município para facilitar a coordenação, a implementação e as atividades de follow-up. A organização comunitária implantada permitiu um maior compromisso de todos os envolvidos em prol de um trabalho colaborativo.

A Iniciativa trabalhou com mulheres, populações indígenas e crianças em vários projetos tais como o cultivo de alimentos e a fabricação de pão. Crianças em idade escolar trabalharam no design e implementação de programas de reciclagem nas escolas. Um jardim comunitário foi estabelecido em duas

comunidades indígenas com produção de alimento visando o fornecimento para a população e a venda. Treinamento e recursos eram oferecidos aos que trabalhavam com a eliminação de resíduos sólidos (luvas, roupa apropriada) e um comitê local de trabalhadores da área de eliminação de resíduos sólidos foi criado para melhorar a capacidade e dar mais dignidade a esse importante trabalho que contribuiu para o desenvolvimento local e para a sustentabilidade ambiental.

A iniciativa promoveu maior conscientização a respeito de questões relativas à segurança alimentar e nutrição, não somente em nível da família, mas também em nível da comunidade. As taxas de mortalidade infantil diminuíram em Corredores desde o início dessa iniciativa, que foi atribuída à maior conscientização e educação da população. Todas as mães têm agora acesso ao pré-natal independente de sua situação social. Um nível mais alto de fortalecimento da comunidade também foi observado, com membros demonstrando mais confiança para identificar problemas e discutir soluções em conjunto. Profissionais da saúde também mencionaram que se sentiam mais motivados a trabalhar com a comunidade.

Trabalhando dentro da estrutura da Iniciativa ajudou a chamar atenção para essa região do país, resultando num maior compromisso e mais recursos disponíveis para trabalhar com essas

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso

comunidades e populações vulneráveis. Trabalhar em questões relacionadas à segurança alimentar, água e saneamento também ajudou a identificar e ter uma influência em outras questões importantes para a comunidade, tais como degradação ambiental e violência intra-familiar. Conseqüentemente, a iniciativa dirigiu sua atenção para determinantes da saúde, reunindo várias instituições e setores e salientando seus papéis no bem-estar da comunidade.

A falta de uma boa gestão em nível nacional entre algumas das instituições envolvidas foi mencionada como um desafio significativo. A falta de follow-up do pessoal técnico em nível nacional, devido principalmente à localização afastada do município causou algumas dificuldades. A taxa elevada de crianças abandonando a escola para ir trabalhar no campo também impediu o sucesso da iniciativa apesar dos esforços feitos pelos diretores para manter as crianças nas escolas.

Ao tratar de vários determinantes de saúde, essa iniciativa melhorou a qualidade de vida da comunidade, fortalecendo as mulheres para que fossem mais independentes e desempenhem papéis mais pro-ativos em nível individual, familiar e comunitário; melhorando o acesso e a qualidade dos alimentos e melhorando a renda familiar. Ela ajudou a fortalecer a coesão social e a capacidade da comunidade de se organizar

e de encontrar soluções para seus próprios problemas. Essa experiência salienta a importância de ir além da identificação de problemas afetando a comunidade, de entender também suas raízes e a capacidade da população de tomar decisões e agir individual e coletivamente.



Caso 12

Detecção Precoce de Câncer do Seio com Serviços Móveis de Mamografia Uruguai

Os Serviços Móveis de Mamografia, que fazem parte do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Seio coordenados pela Comissão Honorária da Luta contra o Câncer, foram lançados em 2003 em quatro municípios do estado de Colonia, Uruguai (Juan Lacaze, Colonia Valdense, Nueva Helvencia, e Rosario). Ele visava melhorar a detecção de tumores malignos, assim como melhorar o auto-exame dos seios entre as mulheres desses municípios. Os serviços de mamografia não estavam disponíveis para as mulheres vivendo nessa área remota do país antes da iniciativa que exigia que elas se deslocassem para a capital do estado para ter acesso a esses serviços. Esse fato prejudicava sobremaneira os setores mais pobres da comunidade.

Vários participantes locais estiveram envolvidos na etapa de planejamento da iniciativa pelo estabelecimento de um Comitê Local em cada município escolhido. Esse Comitê Local levantou fundos para cobrir os custos de levar a clínica móvel para as comunidades e pagar pelos profissionais da saúde que trabalhavam na mesma. Os membros da comunidade também se propuseram a levar as mulheres que não tinham a possibilidade de ir sozinhas à clínica móvel, devido à distância ou a deficiências físicas. Devido à disponibilidade limitada de serviços móveis em cada comunidade, a ênfase foi colocada primeiramente no atendimento a mulheres de mais de 40 anos que viviam em bairros pobres e que não tinham acesso regular aos serviços de saúde.

De cerca de 10 500 mulheres de mais de 40 anos vivendo nesses municípios, a iniciativa conseguiu realizar uma mamografia em 5 392, isto é, cerca de 51% desse grupo populacional. A demanda pelos serviços era alta. Embora 100% das consultas disponíveis tivessem sido marcadas, cada município ainda tinha uma longa lista de espera de usuários que teriam gostado de serem examinados. Conseqüentemente, duas máquinas de mamografia foram instaladas em duas das localidades incluídas na iniciativa. Embora esses serviços sejam agora oferecidos em clínicas privadas, isso foi um resultado das exigências da população para ter esses serviços.



Inicialmente, a iniciativa enfrentou alguma resistência. Algumas mulheres não tinham muito conhecimento a respeito da mamografia o que provocou medo e ansiedade quando foram examinadas. Era importante explicar a ciência atrás do exame e garantir que elas compreendessem bem o benefício de se submeter ao mesmo. Consequentemente, uma campanha de informação foi criada e divulgada pelos líderes locais por meio da mídia para tratar das principais preocupações da população com relação aos mamogramas.

A iniciativa também ajudou a conscientizar com sucesso a respeito do câncer de seio por meio de uma campanha continua visando melhorar o conhecimento das mulheres a respeito de seus corpos e de seus direitos. Embora tudo isso melhorasse o nível de conscientização e cuidado com o câncer de seio, também criou alguns desafios para a iniciativa quando se tratou de responder à demanda pelos serviços gerada por esse conhecimento adquirido.

Os municípios incluídos nessa iniciativa tinham um alto nível de organização e participação comunitária o que contribuiu muito para a implementação e planejamento bem sucedidos das atividades. Entretanto, havia uma grande rivalidade entre os municípios, o que criou dificuldades para estabelecer redes e vínculos colaborativos.

A iniciativa também resultou no desenvolvimento de duas importantes políticas, uma que

permite às mulheres tirar um dia de folga por ano e outra que oferece mamografias gratuitas para mulheres de 40-59 anos de idade a cada dois anos.



Caso 13

A Iniciativa Azucarlito “Local de Trabalho Livre de Fumo” no Uruguai

A Iniciativa Azucarlito “Edifício Livre de Fumo” foi lançada em 2002 como uma iniciativa para manter um ambiente livre de fumo em uma fábrica de açúcar em Paysandú, Uruguai. Ela começou em resposta a um interesse manifestado pela gestão da fábrica e um grupo de funcionários de trabalhar num ambiente livre de fumo. Uma base de referência inicial determinou que 10% dos trabalhadores da fábrica eram fumantes. Programas implementados anteriormente para ajudar os funcionários a parar de fumar não foram eficientes.

Inicialmente, as atividades visando melhorar o conhecimento a respeito das consequências negativas do vício de fumar e dos benefícios positivos de manter espaços livres de fumo. Também foram discutidas as diferenças entre “fumantes ativos” e “fumantes passivos”. Grupos foram formados para discutir responsabilidades individuais e coletiva para a saúde de cada

um, o que foi facilitado por um médico e um especialista em promoção da saúde. Foram criados grupos de apoio para abandonar o cigarro. Por fim, foi implementada uma política ditada pela diretoria declarando Azucarlito um “Local de Trabalho Livre de Fumo”, listando as sanções que seriam aplicadas aos que não obedecessem as novas regras.

A iniciativa levou muitos funcionários a deixar de fumar enquanto outros diminuíram de forma significativa o número de cigarros que fumavam diariamente. A iniciativa ganhou a atenção da mídia e nomeou Azucarlito o “Primeiro Local de Trabalho Livre de Fumo” no país e motivou outras organizações a lançar suas próprias iniciativas de “Local de Trabalho Livre de Fumo”.

A liderança e a coordenação de um organizador comunitário da Comissão Honorária da Luta contra o Câncer eram fundamentais para o sucesso da Iniciativa junto com a ampla participação e apoio de todos os níveis dentro da companhia. A Companhia Azucarlito manifestou um compromisso firme de proteger a saúde de seus trabalhadores, o que gerou o apoio dos altos níveis de gestão dentro da companhia. A liderança de um gerente em particular, que era um ex-fumante e que tinha sérios problemas de saúde decorrentes do hábito de fumar, também foi mencionada como um fator crucial para o sucesso da experiência. Os trabalhadores também participaram



ativamente de todas as fases da iniciativa. Alguns dos desafios incluíram a resistência em participar das atividades e programas da iniciativa por parte de alguns fumantes da companhia, especialmente os da diretoria.

A iniciativa Azucarlito “Livre de Fumo” criou um modelo importante e inovador para os programas e políticas de promoção da saúde no Uruguai. A experiência recebeu um reconhecimento nacional e foi replicada em várias instituições. Ela também serviu de modelo para o desenvolvimento do Decreto Nacional 268/05, que proíbe fumar em todos os espaços fechados no país como parte da Iniciativa Nacional “Espaços 100% Livres de Fumo”.



Caso 14

Torna o Conselho Municipal de Rivera um Local de Trabalho Livre de Fumo. *Uruguay*

A Iniciativa “Conselho Municipal de Rivera Livre de Fumo” foi lançada em 2004 no intuito de transformar o edifício principal do município de Rivera um local de trabalho livre de fumo. A iniciativa foi designada e implementada pelos funcionários do Conselho Municipal e um coordenador da Comissão Honorária de Luta contra o Câncer. A Colaboração também ocorreu

com o programa de rádio “Entre Todos”, que ajudou a divulgar a informação sobre a iniciativa e seus resultados para a população geral.

Inicialmente, foi criado um grupo de trabalho chamado “Grupo Pró-Qualidade de Vida” (Grupo da Qualidade de Vida), com membros da diretoria e da gerência de vários departamentos do Conselho. Foi colocado à sua disposição um escritório com acesso a telephone, computador, impressoras e Internet. O grupo de trabalho se reunia regularmente para discutir decisões e atividades relativas à Iniciativa. Durante o projeto, o grupo mudou de acordo com as necessidades das várias tarefas e fases da iniciativa. A diversidade do grupo e o alto nível de compromisso e participação de seus membros foram salientados como um dos principais fatores afetando o sucesso da iniciativa.

Uma das principais contribuições desse grupo foi a redação de uma política interna referente ao fumo no local de trabalho. Essa política, uma vez aprovada, levou à criação de áreas designadas para fumo e transformou o Conselho Municipal de Rivera no primeiro conselho municipal 100% livre de fumo no Uruguai. Programas para parar de fumar também foram implementados e se tornaram disponíveis para todos os funcionários. A iniciativa foi oficialmente reconhecida pelo Gabinete do Prefeito e a Assembleia Legislativa da cidade aprovou uma mudança no estatuto municipal para apoiá-la. O envolvimento

do prefeito nas atividades aumentou durante a iniciativa. Os sindicatos trabalhistas locais também apoiaram os esforços.

Uma campanha de conscientização foi desenvolvida para partilhar informações a respeito da magnitude do problema e dos riscos do fumo ativo e passivo para os trabalhadores do edifício. Isso foi feito através de apresentações e workshops com um oncologista e professores universitários, pôsteres, adesivos e outros materiais promocionais tais como tapetes para mouse. Cinzeiros foram colocados em locais estratégicos com avisos para as pessoas apagar os cigarros ali antes de entrar no edifício.

Um dos desafios iniciais foi o fato que a contaminação da fumaça não foi vista como um problema pelos funcionários, diretores e até pelos serviços de saúde. Como a conscientização cresceu devido aos esforços da Iniciativa, a questão começou a ser percebida como um problema que precisava ser tratado. Um efeito positivo também foi observado na percepção pelos serviços de saúde locais a respeito de como a fumaça de cigarro afetava a saúde da população como resultado da Iniciativa. Isso levou ao apoio dos serviços de saúde para as atividades da iniciativa e uma maior promoção de políticas públicas locais para combater a contaminação do fumo no local de trabalho.



Um fator importante fazendo obstáculo ao sucesso dessa Iniciativa foi a falta de vontade de alguns funcionários de deixar de fumar no trabalho. A política que visava fazer os fumantes parar de fumar ou delimitar uma área para fumantes. Entretanto, era necessário um esforço intenso e constante para restringir a contaminação do local de trabalho.

A Iniciativa durou e conseguiu manter um bom nível de participação no intuito de garantir os resultados obtidos. O nível de contaminação pelo fumo no edifício diminuiu com o número de fumantes entre os funcionários. A política de não fumar no local de trabalho foi bem aceita e está sendo respeitada. Atualmente, o grupo de trabalho tem como enfoque a documentação da experiência para melhor divulgar os resultados e lições aprendidas para a comunidade e profissionais da saúde.



Caso 15

Promoção, Prevenção e Educação Comunitária para a Saúde Cardiovascular em Tala, Uruguai

Essa iniciativa baseada na comunidade, implementada desde 2002 no município de Tala, Canelones, visava promover uma melhor compreensão de um conceito

holístico e a adoção de estilos de vida saudáveis. Ela envolveu o governo local, as organizações comunitárias, os serviços de saúde públicos e privados, escolas rurais e urbanas, igrejas locais, a Comissão Honorária para a Saúde Cardiovascular, a universidade, organizações esportivas, profissionais da saúde trabalhadores comunitários no setor da saúde e líderes comunitários. Inicialmente, uma base de referência foi tomada para avaliar o perfil da população e os principais problemas afetando a mesma. O perfil revelou uma população envelhecendo que sofria de inúmeras doenças que podiam ser evitadas. Elas eram causadas principalmente por causa de mudanças nos hábitos alimentares, estilo de vida sedentário, alcoolismo, cigarro, consumo alto de drogas psico-ativas e deterioração das condições sociais, econômicas e ambientais, afetando a saúde cardiovascular. O nível de desemprego estava particularmente alto, especialmente entre a população rural. Os serviços de saúde enfocavam exclusivamente no fornecimento do tratamento, com poucas atividades de promoção, prevenção e educação.

As atividades incluíam várias atividades como uma vasta campanha midiática a respeito da importância de ter um estilo de vida saudável, a incorporação de equipes de saúde nas escolas, o estabelecimento de grupos comunitários e

atividades de capacitação. Uma série de projetos surgiu a partir desse esforço inicial (eliminação adequado do lixo, controle do vetor, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, abuso de drogas e violência doméstica, etc.), todos seguindo a mesma linha estratégica de ação e com o foco nos grupos populacionais mais vulneráveis e especificamente os que corriam riscos cardiovasculares (obesidade, diabetes, vícios, etc.).

Alguns dos resultados observados incluíam: maior conscientização entre os profissionais da saúde com relação à importância de promover estilos de vida saudáveis e melhor compreensão das estratégias e mecanismos de promoção da saúde; maior aceitação dos esforços realizados de forma participativa e com a comunidade; maior conhecimento e hábitos saudáveis entre os adolescentes e os idosos; maior participação e menos isolamento da população idosa; melhor compreensão das questões referentes à saúde escolar com a implementação de um sistema de follow-up e recomendação mais eficiente; e o estabelecimento de grupos comunitários de saúde tais como o "Adultos em Movimento" que trabalha para prevenir a violência doméstica.

Um fator importante que apoia a Iniciativa foi a mudança no governo nacional que ocorreu em 2005. Isso levou a um aumento nos desenvolvimentos

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso

tecnológicos e maior ênfase nas questões de saúde na mídia. Também levou a uma mudança estrutural no sistema de saúde que se voltou mais para a promoção e educação em matéria de saúde e fortaleceu as estratégias de cuidados primários de saúde. Isso levou à inclusão de vários atores sociais do nível local do processo de tomada de decisão, o que facilitou muito o planejamento e implementação da iniciativa. Por sua vez, gerou grande interesse e compromisso por parte da comunidade com a Iniciativa.

Avançar na
Promoção da
Saúde nas
Américas



Lições
tiradas de
15
estudos de
caso

