



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Moysés, Samuel Jorge; Tetu Moysés, Simone; Krempel, Márcia Cristina
Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a
experiência de Curitiba

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 9, núm. 3, julio-septiembre, 2004, pp. 627-641

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63043000015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba

Assessing the building process of health promotion public policies: the experience of Curitiba

Samuel Jorge Moysés¹

Simone Tetu Moysés²

Márcia Cristina Krempel³

Abstract *Health Promotion interventions have broad attributes, involving the collaboration and participation of different actors and the use of multiple strategies. These characteristics turn complex the methods for measuring the impact regarding the structure, process and results of the interventions. This text explores some conceptual issues and evaluation schemes focused on the intersectoral approach and on the Health Promotion framework, based on the experience of Curitiba. The process evaluation, taken as qualitative assessment of the health promotion initiatives in the city, uncovers the importance of the social participation and intersectoral coordination afforded by the public administration in the delivering of the actions. The commitment of several actors involved in the intersectoral projects appears to be crucial for the sustainability of the public policies on health promotion, pointing towards the development of collaborative networks, in addition to political and legislative bases that allow for the upholding of the interventions.*

Key words *Health promotion, Intersectoral approach, Evaluation, Public policies*

Resumo *Intervenções de Promoção de Saúde apresentam caráter ampliado, envolvendo a colaboração e participação de diferentes atores e a utilização de múltiplas estratégias. Isto acrescenta complexidade às formas de medir o impacto das intervenções realizadas em termos de estrutura, processo e resultados. Este texto explora questões conceituais e proposições avaliativas focadas na intersectorialidade e na Promoção de Saúde, com base na experiência de Curitiba. A avaliação de processo, tomada como mensuração qualitativa das iniciativas de promoção de saúde na cidade, revelam a importância da participação social e coordenação intersectorial propiciada pelo poder público na condução das ações. O comprometimento dos vários atores envolvidos nos projetos intersectoriais coloca-se como questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas de promoção de saúde, apontando para a necessidade de formação de redes colaborativas, além de bases políticas e legislativas que permitam a continuidade das intervenções.*

Palavras-chave *Promoção de Saúde, Intersectorialidade, Avaliação, Políticas públicas*

¹ Centro de Informações em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Universidade Federal do Paraná e Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Rua Silveira Peixoto, 1062/191, 80240-120, Curitiba PR. s.moyses@pucpr.br

² Projeto-Âncora Vida Saudável, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

³ Projeto-Âncora Vida Saudável da Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde.

Introdução

O presente trabalho visa contribuir com o debate contextualizado da avaliação no campo da promoção da saúde, com especial ênfase no tema “cidades/comunidades saudáveis”, em conformidade com a tipologia apresentada por Akerman *et al.* (2002). Inicialmente, busca-se uma breve atualização dos princípios que devem nortear o estabelecimento de um processo avaliativo com esta temática e, na seqüência, problematiza-se a avaliação com um estudo de caso em Curitiba.

O eixo temático escolhido destaca iniciativas que adotam a avaliação como instrumento de construção de capacidades de atores diversos, bem como o fortalecimento de grupos populacionais envolvidos com a implementação de cidades/comunidades saudáveis (Adams, 2000; Ashton, 2002; Curtice *et al.*, 2001; Harpham *et al.*, 2001; Norris & Pittman, 2000; Roe *et al.*, 1999; Swerissen & Crisp, 2004).

Na linha de argumentação de Bógus (2002), assume-se a Promoção da Saúde como uma importante estratégia da saúde coletiva, contrapondo-se a medicalização da sociedade em geral e no interior do próprio sistema de saúde. Atualmente, a Promoção da Saúde é entendida como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas. Assim, desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, as demais conferências internacionais têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde coletiva em torno do compromisso de saúde para todos.

As discussões de Ottawa e debates posteriores, realizados ao redor do mundo, vêm ajudando a delinear o novo paradigma da produção social do processo saúde-doença. A saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores (Andrade & Barreto, 2002; Westphal & Mendes, 2000).

Os encontros e as conferências posteriores à de Ottawa reafirmaram as deliberações das Conferências de Alma-Ata e Ottawa. Mais que isto, desde então as posições avançaram conceitual e operacionalmente, ressaltando a necessidade de se adotarem propostas de inter-

venção inovadoras e mais abrangentes na implementação de políticas públicas saudáveis (Brasil, 2002).

Por exemplo, na IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jakarta em 1997 (Brasil, 2002), foram reafirmados os vínculos entre saúde, desenvolvimento, meio ambiente, economia global e demais fatores discutidos em Adelaide e Sundsvall – e também discutidos e afirmados no Rio de Janeiro, com a Carta da Terra e a Agenda 21. Em acréscimo, também foram destacadas as possibilidades de novas alianças, especialmente quanto à participação do setor privado nas atividades de promoção da saúde. No estudo de caso apresentado aqui, a estratégia de construção de novas alianças, que incluem o setor privado industrial de Curitiba, será enfatizada.

A Declaração do México do ano 2000 (Brasil, 2002) reafirmou a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para a sustentação das ações locais, nacionais e internacionais e expressou o compromisso de elaborar um plano de ação de alcance nacional para seguir de perto os progressos realizados na incorporação das estratégias de promoção da saúde na política e no planejamento em nível nacional e local. Os estados membros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o conjunto da sociedade foram convocados a atuar em diversas áreas: emprego de provas científicas como fundamento da promoção da saúde, maiores investimentos em saúde, promoção da responsabilidade social, fortalecimento da capacidade dos indivíduos e das comunidades, garantia da infra-estrutura necessária para a promoção da saúde e a reorientação dos sistemas e serviços, usando critérios de promoção da saúde.

Além das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, foram realizadas duas Conferências regionais nas Américas: Santa Fé de Bogotá, em 1992 e no Caribe, em 1993 (Brasil, 2002).

A Declaração de Bogotá afirma que *a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento*. Sendo a primeira Conferência de Promoção da Saúde realizada em uma região em desenvolvimento, observa-se um sentido de maior urgência no alcance dos objetivos de desenvolvimento, igualdade, consenso, participação da sociedade civil e de todos os setores, culturas, gêneros e recursos para a obtenção da saúde. A iniquidade foi considerada determinante estru-

tural na deterioração das condições de saúde e vida das populações na América Latina, potencializada pela crise econômica e políticas de ajuste macro-econômico.

Já a I Conferência Caribenha de Promoção da Saúde considerou a promoção da saúde uma abordagem adequada para a realidade da região, por reforçar a capacidade de indivíduos e comunidades no controle, implementação e manutenção do bem-estar físico, mental, social e espiritual e por não estar voltada exclusivamente para a prevenção das doenças.

Na linha das citadas conferências, o presente artigo busca privilegiar a avaliação das intervenções sobre os determinantes que impactam a qualidade de vida e saúde do cidadão curitibano. Estes determinantes são decorrentes do processo de desenvolvimento em suas diversas dimensões: sociais, culturais, econômicas e políticas. Assim, assume-se que as intervenções para uma Curitiba saudável não podem se limitar ao discurso das mudanças de estilo de vida ou ficarem aprisionadas às abordagens comportamentalistas que responsabilizam (e, eventualmente, culpam) unicamente o indivíduo por sua situação de saúde/doença.

A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Pode ser entendida, então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis.

Este paradigma adotado em Curitiba já vem provocando profundas transformações e debates nos meios acadêmicos e médico-sanitários, e agora começa a chegar ao grande público. A tarefa do setor saúde não está mais dirigida somente para a construção de um sistema de boa qualidade com acesso universal e com integralidade, capaz de atuar na promoção, proteção e recuperação, mas amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes das condições de vida e de saúde (Bógus, 2002).

Marco avaliativo

As ações de Promoção da Saúde concretizam-se em diversos espaços, em órgãos definidores de políticas, nas universidades e, sobretudo, nos

espaços sociais onde vivem as pessoas. As cidades, os ambientes de trabalho e as escolas são os locais onde essas ações têm sido propostas, procurando-se fortalecer a ação e o protagonismo do nível local, incentivando a intersectorialidade e a participação social (Westphal & Mendes, 2000).

Assim, a característica intrínseca de intervenções de Promoção de Saúde, seu caráter ampliado, com foco em diferentes grupos sociais e instituições, envolvendo a colaboração e participação de diferentes atores e a utilização de múltiplas estratégias, visando a diferentes resultados, tem implicações diretas sobre a forma de medir seu impacto e efetividade.

A abordagem médica tradicional, na avaliação de intervenções de saúde, lança mão da perspectiva reducionista, visando medir quantitativamente o impacto sobre saúde individual ou mudanças individuais de comportamentos, conhecimentos e atitudes. Isto parece não ser capaz de refletir de forma adequada o que a Promoção de Saúde deseja alcançar (Croucher, 1998; Macdonald *et al.*, 1996; Nutbeam, 1998).

Como decorrência do surgimento, implantação e implementação de políticas públicas, que têm a Promoção da Saúde como eixo, aumenta a necessidade de se aprimorar e investir em processos avaliativos para conhecer adequadamente os processos e os resultados de tais ações. O Relatório do Grupo de Trabalho promovido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998c) estabeleceu quatro aspectos que devem, necessariamente, fazer parte dos projetos de avaliação das iniciativas de Promoção da Saúde:

- 1) Participação: envolver, de uma maneira apropriada, em cada estágio, todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa sendo avaliada;
- 2) Múltiplos métodos: buscar um delineamento que utilize elementos de vários campos disciplinares, lançando mão de vários procedimentos para coletar dados;
- 3) Capacitação: aprimorar a capacidade de indivíduos, organizações e governos de equacionar relevantes problemas de Promoção da Saúde;
- 4) Adequação: fomentar um planejamento que leve em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto em longo prazo.

Esses aspectos devem servir como norteadores das propostas de avaliação na área da Promoção da Saúde para preservar sua singularidade. Contudo, como foi indagado por (Francisco & Butterfoss, 2003), como podere-

mos saber se estamos fazendo alguma diferença com nossas iniciativas de Promoção da Saúde nas comunidades que se tornam alvo de implementação das mesmas? Questões relacionadas com a escolha das questões avaliativas, ou a relevância dos dados utilizados para responder tais questões ou, ainda, o rigor com que tais respostas podem ser avaliadas e generalizadas para outros contextos populacionais devem ser objeto de nossa preocupação constante.

A primeira dificuldade na avaliação de iniciativas de implementação da Promoção da Saúde e, em última instância, de cidades/comunidades saudáveis ocorre porque geralmente há forte dependência do contexto comunitário da intervenção, bem como normalmente se apresenta uma grande diversidade de questões sociais e de saúde, utilizando-se de vasta gama de estratégias.

Tal complexidade, desafiadora em si mesma, é ampliada pela necessidade de se usar com frequência a avaliação de processo, ou seja, uma mensuração qualitativa de mudanças intermediárias na realidade sob intervenção – se não diretamente, ao menos com o recurso de construtos teórico-metodológicos que façam algum sentido ou mantenham alguma relação consistente com o fenômeno estudado.

A literatura sugere alguns níveis de construção teórico-metodológica a serem considerados: a) individual, especialmente quanto à participação cívica; b) organizacional; c) inter-setorial; d) comunitário. Tal abordagem inclui conceitos advindos da teorização sobre a construção de capacidade (ou competência) comunitária, ecologia socioambiental e planejamento urbano (Aguilar & Ander-Egg, 1994; Hartz, 1997; Kegler *et al.*, 2000).

Respeitando-se as advertências anteriores e buscando-se preservar o postulado de coerência paradigmática, o que inclui a noção de complexidade, discute-se a experiência de Curitiba, com particular ênfase na avaliação de processo que vem ocorrendo simultaneamente à implementação gradual e sistemática de ações de Promoção da Saúde, com vistas a uma cidade saudável.

Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba

Curitiba vem construindo uma experiência de gestão pública que centraliza esforços na orga-

nização do espaço urbano, valorizando a responsabilidade social na construção de uma cidade mais justa e democrática para todos. A participação social tem sido uma estratégia de “empoderamento”, criando oportunidades de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões e execução dos projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão da cidade.

A implementação de políticas saudáveis impõe uma agenda de gestão que implica ações intersetoriais. Entre os grupos de atores interessados na questão da saúde humana, na cidade, há um reconhecimento que a forma hegemônica, biomédica, de intervenção do setor saúde apresenta baixo impacto sobre os graves e complexos problemas de saúde do mundo moderno. Agravos de gênese complexa, como a violência, tornam evidente esta posição. O conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade de explicar os problemas e nem a ação setorial estrita capacidade de resolvê-los.

A concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Assim, a intersectorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

No caso curitibano, a intersectorialidade foi, muito cedo, traduzida pelo estabelecimento de alianças estratégicas. Estas são compreendidas como relações e acordos estabelecidos entre os diferentes interlocutores, representados por setores e organizações, com o objetivo de alcançar as metas almejadas. As alianças estratégicas mais comuns se estabelecem com agências governamentais, instituições de saúde e outros setores tais como educação, justiça, legislação, transporte, cultura e esportes, organizações não-governamentais (ONG), escolas, agentes de comunicação, grupos religiosos e organizações públicas e privadas. Conforme salienta uma publicação recente da Organização Pan-Americana de Saúde, todos estes atores vêm provando serem parceiros potenciais (OPAS, 2003).

Intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (Feuerwerker

& Costa, 2000). Desta forma, a abordagem intersetorial da promoção da saúde ou o processo de construção da intersectorialidade não está isento de conflitos, contradições e problemas. A experiência concreta de intervenção na cidade demonstra claramente a necessidade de criar espaços de compartilhamento de saber e poder, construir novas linguagens e novos conceitos, desenvolver capacidade de escuta e negociação. É preciso reconhecer que nenhum setor tem poder suficiente para dar conta do problema sozinho e que a ação intersetorial pode possibilitar uma ação mais potente e resolutive (Curitiba, 2000).

Dificuldades apontadas na literatura vêm sendo vivenciadas cotidianamente na gestão da saúde pela via da intersectorialidade, tais como a ausência de cultura de ação intersetorial e dificuldade de financiamento de ações intersectoriais. A dificuldade de romper as relações tradicionais de trabalho, em que o segmento que detém o poder acaba prevalecendo nos processos de decisão, aliada à dificuldade de profissionais de saúde em olhar para além do objeto específico de sua atuação, muitas vezes em situações contaminadas pelo corporativismo profissional, caracterizam aspectos da cultura institucional geral do setor público. Além disso, as rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorializadas, o que reforça a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilização e resolutividade das ações.

Como argumentam Feuerwerker & Costa (2000), para facilitar o processo é preciso desenvolver instrumentos de planejamento e avaliação de projetos intersectoriais e capacitar os diversos atores envolvidos no trabalho intersetorial, principalmente para o desenvolvimento de habilidades de articulação e negociação. Esta é, portanto, a primeira grande estratégia, essencial para o desenvolvimento de ações intersectoriais na cidade, que será explorada como exemplo de avaliação de processo e de implementabilidade.

Criando a identidade “Curitiba Capital Social” e capacitando atores para o planejamento: “Decidindo Curitiba”. Avaliação de processo.

A definição de Promoção de Saúde proposta pela Carta de Ottawa – *o processo de permitir às pessoas assumirem o controle sobre os determi-*

nantes de saúde e assim melhorarem sua saúde – indica, por si só, resultados esperados de ações de Promoção de Saúde. Portanto, ações de Promoção de Saúde precisam ser avaliadas em relação às influências sociais e estruturais sobre os determinantes de saúde. Para tanto faz-se necessário adotar uma abordagem para avaliação que reconheça o impacto sobre resultados em saúde, mas que explicitamente também se concentre no processo de construção das ações de promoção de saúde – avaliação de processo (Macdonald & Davies, 1998).

A cidade de Curitiba, como a maioria das cidades latino-americanas, vivencia contradições socioambientais e desigualdades decorrentes do processo de urbanização acelerada. Nas últimas décadas, a cidade tem recebido destaque nacional e internacional, não por se constituir em “ilha” de experiências urbanas de sucesso, mas por enfrentar com criatividade os seus graves problemas estruturais, similares aos dos demais aglomerados urbanos do continente. Este enfrentamento busca a energia da população e a sinergia de vários setores envolvidos com políticas públicas em áreas como saúde, educação, transporte, abastecimento, meio ambiente.

A primeira evidência de gestão voltada para a qualidade de vida em Curitiba pode ser caracterizada pelo processo de organização do espaço urbano proposto na década de 1940 pelo arquiteto francês Alfred Agache e sua equipe de planejadores urbanos (Moysés & Baracho, 1998). O Plano Agache organizava a cidade por zonas e funções onde se previam áreas residenciais, de comércio e lazer que teriam impacto na disposição espacial e social da cidade.

Esses princípios nortearam, nos anos 60, o Plano Diretor desenvolvido pelos arquitetos e urbanistas do Instituto de Planejamento e Pesquisa Urbana de Curitiba (IPPUC). Apesar da configuração indutora do crescimento da cidade, a partir desse planejamento urbano, a década de 1970 foi marcada pelo impacto do processo de intensa migração associada à crise econômica e social do país, a qual teve como consequência modificações demográficas significativas, algumas previstas pelo planejamento e outras ocorrendo de forma imprevista e desordenada.

Para atender às demandas sociais e controlar a degradação ambiental provocadas por este processo, na década de 1980 tornou-se imperativo a implementação de políticas públicas envolvendo vários setores municipais da área

social. Nos anos 90, a absorção de novos paradigmas nacionais e internacionais, como o Desenvolvimento Humano Sustentável e o movimento de Cidades Saudáveis, foi o caminho trilhado para enfrentar o desafio de atender às necessidades da população. A partir daí, incorpora-se o reconhecimento de que a gestão da cidade é coletiva e não tarefa exclusiva de técnicos em planejamento urbano. Deve, portanto, incluir canais horizontais de vocalização e representação popular, construindo o sentido de “pertencimento” da população aos vários cenários urbanos que ela mesma ajuda a delinear. Assim, as inovações no processo de gestão urbana começam a priorizar a atuação estratégica intersetorial, descentralizada e compartilhada com a sociedade.

A elaboração de projetos e planos de gestão balizadores na formulação do Modelo de Gestão Curitiba (Curitiba, 2000) partiu de um processo metodológico construído coletivamente, batizado como “Decidindo Curitiba”, no qual os diversos atores sociais ligados ao setor público e a sociedade, com lócus territorial nos distritos e bairros, identificaram problemas estruturais da cidade, bem como suas especificidades locais, para a definição de prioridades de investimento e intervenção.

A organização descentralizada da administração pública oportunizou o compartilhamento e parcerias com instâncias formais e informais da sociedade, favorecendo o desenvolvimento de projetos e ações de forma matriciada, em que tal matriz concentra a visão integrada da cidade e a visão singular de cada bairro ou comunidade. A expressão da organização matriciada se dá na formulação de projetos estratégicos, denominados Projetos-Âncora, que partem da compreensão da complexidade da cidade, exigindo o desenvolvimento de ações multiinstitucionais e mobilização das comunidades para serem mais resolutivos.

Um exemplo de Projeto-Âncora que tem a promoção da saúde e a intersetorialidade como estratégias para seu planejamento e desenvolvimento denomina-se Vida Saudável.

Projeto Vida Saudável: a cidade como espaço de Promoção de Saúde

O Projeto Vida Saudável é uma política pública desenvolvida pela Prefeitura de Curitiba a partir de 2000. A articulação dos participantes é feita pela Secretaria Municipal da Saúde em

parceria com as secretarias municipais da área social, como a de Educação, Esporte e Lazer, Abastecimento, a Fundação de Ação Social e a Fundação Cultural de Curitiba, além da Diretoria de Trânsito, recebendo apoio da Secretaria Municipal de Administração.

O objetivo é acolher as demandas e reconhecer as necessidades expressas por comunidades dos oito distritos e 75 bairros da cidade e, em interlocução horizontal com as mesmas, discutir caminhos sustentáveis para o enfrentamento de seus problemas. Com visão ampliada dos atores envolvidos, o que inclui a formação recíproca de competências entre os técnicos e os cidadãos para promover a saúde individual e coletiva, definem-se ações direcionadas para a população e para o ambiente onde esta população vive.

Espaços públicos como parques e espaços comunitários são transformados em áreas de democratização da educação em saúde, e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ambiental, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o “empoderamento” e aquisição de habilidades da população para uma vida mais saudável.

Entre os anos de 2001 e 2003, em torno de 500 mil pessoas participaram dos 285 eventos realizados nos vários espaços públicos da cidade, conduzidos com a participação de funcionários municipais, comunidade acadêmica, ONGs, organizações de classe, instituições privadas e atores voluntários da comunidade. A demanda crescente por materiais educativos, o interesse da mídia em divulgar as atividades realizadas e o número de solicitações para realização de eventos em comunidades e instituições reafirmaram a necessidade e a busca das pessoas por suporte a práticas saudáveis.

Contudo, não bastam a intenção e a visão bem-intencionadas, delegando à sociedade civil a responsabilidade pela manutenção de tais práticas saudáveis. É preciso firme investimento público, com uma ação consistente e estruturada na afirmação de responsabilidades do poder público, menos em ações voluntárias e isoladas e mais em políticas intersetoriais articuladas.

A partir de 2002, novos desafios apontavam para a necessidade de direcionar ações e investimentos para fortalecer o suporte ao desenvolvimento de espaços sociais saudáveis que garantissem a possibilidade de escolhas saudáveis.

Novo eixo de estruturação de intervenções promotoras da saúde: Ambientes Saudáveis

A criação de ambientes saudáveis surge como campo de ação prioritário na área de promoção da saúde. O termo “ambiente” incorpora não apenas a dimensão “física ou natural”, mas também cultural, social, política e econômica.

O envolvimento de universidades, empresas e escolas da cidade foi se delineando simultaneamente ao processo de estabelecimento de uma política de alianças, voltada para a construção de caminhos de participação, responsabilização e reconhecimento institucional na gestão pública da promoção de saúde na cidade. Este cenário reforça a responsabilidade do setor público, em conjunto com a sociedade, de dar suporte e garantia de uma vida saudável aos cidadãos que vivem na cidade de Curitiba (Krempel & Moysés, 2002).

O programa denominado Ambientes Saudáveis mobiliza, atualmente, cinco universidades, 18 escolas de ensino fundamental e 23 empresas no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e troca de experiências. Através do compartilhamento de conhecimentos, capacidade de mobilização e organização, a cidade vem reforçando a responsabilidade do setor público, em conjunto com a sociedade, de dar suporte e garantia de uma vida saudável aos cidadãos que vivem em Curitiba.

Os seguintes objetivos vêm sendo perseguidos na operacionalização da proposta:

- Promover e estimular a elaboração de políticas públicas voltadas para a comunidade vinculada a universidades, escolas e empresas de Curitiba, sistematizando seu desenvolvimento e integrando ações de modo a garantir a melhoria da qualidade de vida da população;
- Sistematizar e difundir experiências entre as universidades, escolas e empresas, promovendo o intercâmbio de experiências de impacto comprovado;
- Propor indicadores de avaliação e monitoramento de ações de promoção de saúde desenvolvidas nas universidades, escolas e empresas;
- Proporcionar estratégias para reconhecimento público de ações de promoção de saúde desenvolvidas nestes ambientes, através da valorização de experiências e certificação como Universidade Saudável, Escola Saudável e Empresa Saudável.

A metodologia proposta para o desenvolvimento do programa inclui a criação de uma

instância mediadora e facilitadora, com representantes de cada setor envolvido, para acompanhamento e desenvolvimento do projeto, favorecendo a inter-relação entre as instituições participantes. O Grupo Diretivo conta hoje com a participação de representantes das instituições vinculadas ao Projeto-Âncora Vida Saudável, juntamente com representantes da Secretaria da Educação, Universidades e Companhia de Desenvolvimento de Curitiba. Seu papel tem sido o de dar suporte ao diagnóstico de ações de promoção de saúde já desenvolvidas pelas instituições participantes e favorecer o intercâmbio de experiências. Alguns passos táticos vêm sendo cumpridos:

1) Realização de eventos de alinhamento conceitual e de disseminação de informações sobre as atividades desenvolvidas na área de promoção de saúde em espaços universitários, escolares e empresariais para a comunidade e as instituições envolvidas no programa:

a) em abril de 2002, foi realizado um encontro entre os reitores das universidades da cidade e os gestores do Projeto Vida Saudável com o objetivo de apresentar a proposta e sensibilizá-los para o envolvimento na gestão pública da promoção da saúde na cidade;

b) em outubro de 2002, contando com a participação de um representante do Ministério da Saúde, foi realizada uma oficina de trabalho sobre os temas: “Construindo a promoção da saúde na cidade” e “Estratégias de criação de universidades saudáveis”. Participaram da oficina representantes de todas as secretarias municipais envolvidas no projeto Vida Saudável e representantes das universidades. Como produto foi possível construir uma agenda para o ano de 2003 que apontava para a consolidação do projeto na cidade. A assinatura de um Termo de Adesão das universidades aconteceu em novembro de 2002;

c) em março de 2003 foi realizado o 1º Encontro do Projeto “Empresa Saudável” para discussão conceitual e apresentação do mesmo a 51 empresas da cidade. Vinte destas empresas aderiram ao projeto até agora;

d) em maio de 2003 foi realizado um evento na Secretaria Municipal da Educação para apresentação da proposta Escola Saudável e sensibilização de diretores, coordenadores pedagógicos e pais e professores das escolas da rede municipal de ensino, bem como dos coordenadores dos Núcleos Regionais de Ensino. Atualmente, 18 escolas participam, sistematizando suas experiências;

e) ainda no mês de maio de 2003 foi realizado o 1º Workshop sobre Promoção de Saúde na Cidade, contando com a participação da comunidade vinculada a universidades, escolas e empresas envolvidas, representantes do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, além de pessoas vinculadas ao Sistema Sesi/Fiep (Serviço Social da Indústria e Federação das Indústrias do Estado do Paraná), a Prefeitura de Curitiba, reitores e políticos locais;

f) a 1ª Mostra Curitibana de Experiências de Promoção de Saúde em Ambientes Saudáveis realizada em dezembro de 2003 contou com a participação de todas as instituições envolvidas. Nesta oportunidade foram apresentados 74 trabalhos com exemplos significativos de ações de promoção de saúde nos ambientes das universidades, escolas e empresas.

2) Realização de cerimônia pública de certificação das instituições que participaram do programa para entrega de Certificado de Ambiente Saudável. A primeira cerimônia de certificação aconteceu em dezembro de 2003, paralelamente à 1ª Mostra Curitibana de Experiências de Promoção de Saúde em Ambientes Saudáveis. Pretende-se a realização de uma cerimônia anual para inclusão de novas instituições que estarão aderindo ao programa no ano de 2004 e reafirmação daquelas já certificadas;

3) Convocação ampla dos meios de comunicação de massa para dar visibilidade à relevância social do programa. Participam ativamente profissionais, professores e alunos do setor de comunicação da Prefeitura de Curitiba, universidades e empresas. A logomarca criada para simbolizar a identidade comum dos ambientes saudáveis de Curitiba foi entregue às instituições certificadas;

4) Acompanhamento e suporte às experiências em andamento nas instituições envolvidas. Três eixos temáticos centrais são colocados como ponto de partida para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde nas escolas, universidades e empresas:

a) o desenvolvimento de habilidades pessoais por meio da problematização de circunstâncias locais que criam oportunidades para a saúde e qualidade de vida, assim como oportunidades de aprendizagem e participação, centradas no fortalecimento da autonomia;

b) a organização institucional, *ethos* e ambiente, envolvendo políticas institucionais e os ambientes físico, social e cultural;

c) parcerias com a comunidade por meio do desenvolvimento de projetos comunitários

e estabelecimento de relações interinstitucionais;

5) Criação, a partir desta experiência, das bases para integração gradativa de outras instituições na cidade, apoiando a criação de uma Rede Curitibana de Ambientes Saudáveis, composta pelas instituições comprometidas com a implementação e sustentação do projeto;

6) Registro de um banco de experiências exitosas para estímulo aos atores diretamente envolvidos com as ações intersetoriais na cidade, bem como intercâmbio de experiências com outras iniciativas nacionais e internacionais.

O potencial de espaços sociais como as universidades, escolas e empresas para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde justificam sua escolha.

Subprojeto Universidade Saudável

O desenvolvimento de programas de promoção de saúde dentro das universidades tem sido reconhecido como uma alternativa intersetorial viável, que resulta na melhoria da qualidade de vida de uma importante parcela da população das cidades (Tsouros *et al.*, 1998). Experiências internacionais têm demonstrado que universidades, como espaços sociais, oportunizam ações de promoção de saúde de amplo espectro, dando suporte ao aprendizado e pesquisa através de um trabalho conjunto voltado para a resolução de problemas que desafiam o bem-estar de quem vive, trabalha, visita ou busca atendimento na universidade. Especificamente, ações promocionais voltadas para estudantes favorecem uma formação integral, estimulando a prática profissional responsável, engajada com a realidade social (Toronto, 2001).

Sendo assim, a abordagem de promoção de saúde em ambientes sociais tem o potencial de ampliar a contribuição das universidades para promover a saúde de populações de várias formas:

- Universidades são instituições nas quais muitas pessoas vivem e experimentam diferentes aspectos de suas vidas: pessoas aprendem, trabalham, socializam e aproveitam seu tempo de lazer, além de, frequentemente, utilizarem serviços institucionais. Universidades, portanto, têm um amplo potencial para proteger a saúde e promover o bem-estar de estudantes, funcionários (acadêmicos e não-acadêmicos) e a comunidade como um todo por intermédio de suas políticas e práticas;

- Universidades formam estudantes que são ou serão profissionais e formadores de opinião com o potencial de influenciar as condições que afetam a saúde de pessoas. Através do desenvolvimento do currículo e de pesquisa, universidades podem ampliar o conhecimento e o comprometimento com a saúde de um vasto número de indivíduos capacitados e educados em várias áreas de atuação;
- Sua atuação comunitária dá oportunidade para a universidade servir de exemplo de boas práticas em relação à promoção da saúde e usar sua influência em benefício da saúde da comunidade local;
- Sua contribuição para a saúde pode ser caracterizada pela atuação sobre três áreas distintas: a) criação de ambientes de trabalho, aprendizagem e vivências saudáveis para estudantes e funcionários; b) ampliação da importância da saúde, promoção da saúde e da saúde pública no ensino e na pesquisa; c) desenvolvimento de alianças para a promoção da saúde e atuação comunitária.

Subprojeto Escola Saudável

As escolas de ensino fundamental e médio têm como meta o desenvolvimento de habilidades individuais e sociais que auxiliem crianças e adolescentes na construção de suas vidas e na contribuição para a vida de outros com os quais se relacionam (WHO, 1996). Como instituições sociais, escolas devem ser ambientes de convívio onde a interação pessoal, criativa e autônoma, direcione para educação, ação, participação e auto-ajuda através da consciência crítica e ampliação da liberdade (Ippolito-Shepherd, 2004).

Assim, escolas têm sido consideradas espaços sociais adequados para a promoção da saúde de crianças e adolescentes uma vez que podem, com eficácia, promover sua saúde, auto-estima, comportamentos, além de habilidades para a vida cotidiana tais como capacidade para tomadas de decisão, comunicação, compreensão de emoções, pensamento crítico e manejo de estresse. Além disso, escolas podem caracterizar-se por um espaço onde a saúde de todos os membros de sua comunidade, sejam professores, funcionários e familiares, além dos próprios estudantes, pode ser promovida (Hamilton & Saunders, 1997; WHO *et al.*, 2000).

Por muitos anos, programas de promoção de saúde em escolas foram sendo desenvolvi-

dos através de educação em saúde com abordagens convencionais, priorizando o domínio cognitivo e a memorização, com a transmissão de informações em um modelo de educação prescritivo e coercitivo (Hagquist & Starrin, 1997). Entretanto, estas práticas comprovadamente tiveram efeitos mínimos e de curto prazo, por não provocarem mudanças efetivas em comportamentos ligados à saúde e qualidade de vida (Lister-Sharp *et al.*, 1999).

O conceito de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) emergiu durante as últimas décadas do século 20, com o apoio da Organização Mundial de Saúde, como um mecanismo de integração de diferentes elementos, incluindo o currículo, o ambiente escolar, parcerias com a comunidade e as políticas escolares de suporte à saúde que, combinados, poderiam favorecer o máximo sucesso na obtenção de resultados educacionais e de saúde (St Leger & Nutbean, 1999; WHO, 1993; WHO, 1998b; Young & Wilkins, 1989). O elemento-chave para que a escola se torne um ambiente de suporte para uma vida saudável parece estar na construção coletiva de um espaço social voltado para o bem-estar físico, emocional e social de alunos, além de seu desempenho acadêmico (Moysés *et al.*, 2003).

Uma escola promotora de saúde tem sido definida como *uma escola que está constantemente reforçando sua capacidade como um ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar* (WHO, 1998a). É uma escola que:

- Adota e promove saúde e aprendizado com todas as medidas de que dispõe;
- Engaja profissionais de saúde e educação, professores, associações, estudantes, pais, provedores de saúde e líderes da comunidade em esforços para fazer da escola um ambiente saudável;
- Empenha-se para promover um ambiente saudável, educação saudável e serviços de saúde na escola, bem como projetos escola/comunidade, programas de promoção de saúde para seus funcionários, programas de apoio ao uso de alimentação saudável e nutracêutica, prevenção ou redução de danos ligados ao tabagismo, alcoolismo, droga-adição, oportunidades para educação física e recreação, aconselhamento, suporte social e promoção de saúde mental;
- Implementa políticas e práticas que respeitem o bem-estar e a dignidade do indivíduo, proporcionando oportunidades para o sucesso e o reconhecimento de esforços coletivos;

- Empenha-se pela melhoria da saúde do pessoal da escola, famílias e membros da comunidade tanto quanto dos alunos, trabalhando com líderes da comunidade para ajudá-los a entender como a comunidade contribui para a saúde e educação.

Subprojeto Empresa Saudável

O reconhecimento da importância do trabalho para a saúde tem avançado para além das tradicionais doenças ocupacionais. A discussão sobre o impacto da atividade física no trabalho, da exposição a substâncias físicas e químicas, da influência sobre estilos de vida e comportamentos tais como o fumo, dieta, atividade física, e mais recentemente, a contribuição de fatores psicossociais no trabalho para o gradiente de saúde e doença, tem influenciado significativamente o conceito e as práticas de promoção de saúde em locais de trabalho (Marmot & Wilkinson, 1999).

Promoção de saúde em locais de trabalho compreende todas as medidas assumidas por empregadores, empregados e pela sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar de pessoas no trabalho. Suas ações envolvem comportamentos individuais e condições de trabalho (Breuker, 1999).

Ações de promoção de saúde combinadas com saúde ocupacional e práticas de segurança no trabalho têm demonstrado um aumento na produtividade, na qualidade de produtos e processos e no controle de custos. Além disto, o aumento do nível de conscientização individual sobre saúde e comportamentos positivos em saúde têm sido evidenciados como resultados positivos de práticas de promoção de saúde efetivas (Ioshii *et al.*, 2002).

Com base na experiência desenvolvida localmente e no conhecimento disponibilizado na literatura, os seguintes fatores podem ser identificados como essenciais para a efetividade de ações de promoção de saúde em locais de trabalho:

- Esforços interdisciplinares, envolvendo diferentes setores e pessoas ligadas à saúde ocupacional, segurança do trabalho, recursos humanos e administrativos, e grupo de treinamento;
- Participação e cooperação de todos os escalões hierárquicos;
- Abordagem integral, combinando atividades com foco nos indivíduos com aquelas voltadas às condições de trabalho.

A seguir, seguem outros exemplos de intervenções urbanas ligadas ao Projeto-Âncora Vida Saudável, que apresentam um processo de construção de grande riqueza e começam a apresentar bons resultados.

Alfabetizando com saúde

Nesta intervenção, as Unidades de Saúde (US) de Curitiba transformam-se em salas de aula no final da tarde ou à noite para os seus usuários. É um trabalho intersetorial, conduzido pelas Secretarias Municipais da Saúde e Educação.

O projeto é executado exclusivamente por voluntários da comunidade, que são capacitados pelos técnicos de ambas as secretarias. O material didático é inédito e foi elaborado por técnicos da Secretaria de Saúde e Secretaria da Educação, com conteúdos que cumprem, no mínimo, duas finalidades pedagógicas: ao mesmo tempo em que alfabetizam, orientam quanto à prevenção de doenças e promoção do autocuidado. Os demais materiais utilizados pelos alunos são doados pela Secretaria da Educação e outros parceiros, como clubes de serviços e empresários.

Esta intervenção está implantada em 30 Unidades de Saúde com a participação de 413 alunos. A faixa de idade dos alunos está entre 45 e 80 anos, sendo na maioria participantes dos programas de Hipertensos, Diabéticos, Saúde Mental e Mãe Curitibana.

Adolescente Saudável

Esta intervenção foi lançada em 30 de novembro de 2002, para todas as Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, preenchendo uma lacuna da atenção voltada aos adolescentes entre 10 e 20 anos incompletos.

Busca levar o acolhimento solidário e a atenção integral à saúde do adolescente, de maneira descentralizada, sensibilizando e capacitando a equipe multiprofissional de todas as Unidades de Saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Integrado de Saúde de Curitiba e do SUS. A atenção integral incorpora ações realizadas pela área da saúde e em parceria com organizações governamentais e não-governamentais, sempre pelo viés do protagonismo juvenil. Isto induz o adolescente a desenvolver sua autonomia e responsabilidade, indispensáveis para a construção de um adulto saudável.

Inicialmente 400 adolescentes multiplicadores foram capacitados por técnicos das Secretarias de Educação e Saúde. Em 2004 o projeto Sexualidade – Prazer em Conhecer será implantado em parceria entre a Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria da Saúde e da Educação, Unimed e Fundação Roberto Marinho. É prevista a capacitação de professores das 11 escolas municipais e 10 Unidades de Saúde envolvidas com estas escolas.

Mulher de verdade

A violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e se trata de um fenômeno que atinge mulheres de diferentes etnias, religiões, níveis de escolaridade e classes sociais.

Em março de 2002 a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba lançou o Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência, com o enfoque principal na estruturação de serviços para o atendimento à vítima de violência sexual. A estruturação da proposta teve como princípios básicos: o atendimento humanizado, a atenção integral e a integração entre os serviços de saúde, de segurança pública, a área social e jurídica e a sociedade civil organizada.

Nesta perspectiva, estruturaram-se no município três hospitais de referência para o atendimento e acompanhamento das vítimas de violência sexual. Formulou-se, também, um Protocolo de Atendimento que contempla os diferentes aspectos pertinentes a questão. Ou seja: estabelece um fluxo de atendimento desde as Unidades de Saúde até os serviços de referência, com orientações detalhadas dos procedimentos que os serviços devem adotar e as informações importantes a serem repassadas para a vítima.

Parceria estabelecida entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança proporcionou um trabalho integrado entre as equipes dos hospitais e dos médicos peritos, fazendo com que a vítima passasse a ser atendida de modo integrado no próprio hospital.

Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes são fenômenos que acontecem independente-

mente de classe social, etnia, religião ou escolaridade dos agressores e se constituem importantes causas para as demais formas de violência urbana. Na medida em que ensinam um padrão de comportamento para o enfrentamento de conflitos, baseado na violência, abrem caminho para a marginalidade de crianças e adolescentes e geram adultos que tendem a reproduzir tal padrão de relacionamento familiar e social.

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência objetiva contribuir para a redução deste problema, em especial da violência doméstica. Busca-se sensibilizar e capacitar os profissionais diretamente envolvidos no atendimento a este grupo populacional para que reconheçam os sinais de violência, avaliem a gravidade da situação, notifiquem e desenvolvam ações de proteção à criança ou ao adolescente e de ajuda à família para que ela tenha condições de cumprir seu papel de criar, educar e proteger seus filhos. Dessa forma, objetiva-se intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos.

Objetiva-se também produzir informações e indicadores que permitam conhecer o problema e construir propostas e projetos voltados para a prevenção da violência, especialmente envolvendo a comunidade.

Participam da formulação e implantação deste projeto as Secretarias Municipais da Saúde, da Educação, da Criança, do Meio Ambiente, a Fundação de Ação Social, o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, a Secretaria do Estado da Educação, os Conselhos Tutelares e a Sociedade Paranaense de Pediatria. Além destes parceiros, foi possível discutir a concepção da Rede de Proteção com um grupo significativo de técnicos vinculados a outras instituições que, em momentos e intensidades diferentes, deram sua inestimável contribuição.

Avaliação de resultados: impacto das estratégias de Promoção de Saúde em Curitiba

A característica intrínseca de intervenções de Promoção de Saúde, seu caráter ampliado, com foco em diferentes grupos sociais e instituições, envolvendo a colaboração e participação de diferentes atores e a utilização de múltiplas estra-

tégias, visando a diferentes resultados, tem implicações diretas sobre a forma de medir seu impacto e efetividade.

Como marco teórico de referência para a construção de critérios de avaliação de ações de promoção de saúde desenvolvidas nos ambientes da cidade envolvidos no Programa Vida Saudável foi proposta a utilização do modelo de resultados em promoção de saúde definido por Nutbeam (1998) (Quadro 1).

Partindo-se deste modelo teórico é possível identificar três áreas de atuação para caracterizar ações de promoção de saúde em instituições de ensino e empresas: o *currículo* ou ações voltadas para o *desenvolvimento de habilidades pessoais* desenvolvido pela instituição, evidenciando uma proposta ampliada que inclua ações de saúde, voltada para o processo de ensino e aprendizagem participativo e adequado à realidade social; a *organização institucional, seu ethos e ambiente* que dão suporte à manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida; e o desenvolvimento de parcerias com a comunidade interna e externa à instituição que favoreçam o comprometimento coletivo com ações de promoção de saúde capazes de impactar positivamente a qualidade de vida de pessoas.

Com base nestes pressupostos teóricos e considerando-se as diferenças estruturais e especificidades que influenciam no desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde em universidades, escolas e empresas, os seguintes indicadores de práticas de promoção de saúde serão avaliados nas instituições interessadas em receberem a certificação de Ambiente Saudável.

Indicadores de promoção de saúde: Universidade Saudável e Escola Saudável

Currículo, ensino e aprendizagem: o currículo formal e informal (ou o currículo “oculto”) favorece a aquisição de informações e desenvolvimento de atitudes que capacitam a comunidade universitária (ou escolar) a tornar-se mais autônoma e responsável em questões relativas à saúde individual e coletiva. Ou seja:

- a universidade (ou escola) cria oportunidades de aprendizagem que amplia conhecimentos sobre saúde para estudantes, funcionários e a comunidade;
- a comunidade universitária (ou escolar) é estimulada a participar de atividades voltadas para as necessidades reais da população.

Quadro 1

Modelo de resultados em Promoção de Saúde.

Resultados sociais e de saúde	Qualidade de vida, independência, equidade mortalidade, morbidade, deficiência		
Resultados intermediários de saúde	Estilo de vida saudável (fumo, opções alimentares, atividade física, uso de álcool e drogas)	Efetividade dos serviços de saúde (provisão de serviços preventivos, acesso a serviços de saúde apropriados)	Ambientes saudáveis (ambiente físico, condições econômicas e sociais de suporte, bom suprimento de alimentos, acesso restritivo a fumo e álcool)
Resultados de Promoção de Saúde	Conhecimento sobre saúde (conhecimento, atitudes, motivação, comportamentos, habilidades pessoais, autoconfiança)	Influência e ação social (participação comunitária, empoderamento comunitário, normas sociais, opinião pública)	Políticas públicas de saúde e prática organizacional (legislação, regulação, prática organizacional)
Ações de Promoção de Saúde	Educação (educação escolar, educação do paciente, mídia, comunicação)	Facilitação (desenvolvimento comunitário, aconselhamento técnico, facilitação grupal)	Defesa da saúde (organização política e ativismo, combate à burocracia)

Organização universitária (ou escolar), *ethos* e ambiente: a universidade (ou escola) desenvolve políticas internas voltadas para a saúde que definem princípios, regras e expectativas desenhadas para encorajar ambientes saudáveis e comportamentos positivos em saúde. Isto inclui:

- a existência de programas de saúde e segurança no trabalho;
- a existência de políticas de combate ao fumo (ambiente livre de cigarro);
- a existência de políticas de combate ao uso de drogas;
- a disponibilidade de alimentos saudáveis (praças de alimentação, cantinas);
- a existência de programas de suporte à saúde mental e física;
- estudantes e funcionários com necessidades especiais de aprendizagem são identificados e recebem suporte apropriado;
- baixa taxa de reprovação e absenteísmo escolar;
- a garantia de acesso a serviços de saúde básicos para estudantes e funcionários;
- a existência de uma política de segurança;
- a existência de programa de reciclagem de lixo, qualidade da água e uso sustentável de energia;
- a existência de programas de controle de recursos finitos e controle de desperdício e depreciação de imóveis e equipamentos (papel, salas, clínicas, mobiliário, equipamentos);
- a existência de programas de preservação ambiental e controle de poluição.

Parcerias com a comunidade: relações estabelecidas com a comunidade e organizações locais que dão suporte a ações de promoção de saúde coletiva:

- a universidade (ou escola) estabelece parcerias com instituições comunitárias para desenvolvimento de projetos voltados para a melhoria da qualidade de vida da população;
- a escola conta como uma Associação de Pais e Professores atuante;
- as instalações educacionais são utilizadas para atividades comunitárias.

Indicadores de promoção de saúde: Empresa Saudável

Desenvolvimento de habilidades pessoais: a instituição favorece a aquisição de informações e desenvolvimento de atitudes que capacita a comunidade da empresa a tornar-se mais autô-

noma e responsável em questões relativas à saúde individual e coletiva.

- a empresa cria oportunidades de aprendizagem que amplie conhecimentos sobre saúde para os trabalhadores a ela vinculados;
- a empresa disponibiliza material educativo que favoreça a autonomia, auto-estima, o autocuidado em saúde e práticas de auto-exame.

Organização empresarial, *ethos* e ambiente:

- a empresa desenvolve políticas internas voltadas para a saúde que definem princípios, regras e expectativas desenhadas para encorajar ambientes saudáveis e comportamentos positivos em saúde;
- existência de programas de saúde e segurança no trabalho;
- existência de políticas de combate ao fumo (ambiente livre de cigarro) ou redução de danos provocados pelo tabagismo;
- existência de políticas de prevenção ao uso de drogas;
- existência de um programa voltado para a ergonomia no processo de trabalho;
- disponibilidade de alimentos saudáveis (cantinas);
- existência de programas de suporte à saúde mental (controle de estresse, depressão, controle sobre o processo de trabalho, relacionamento interpessoal, aconselhamento);
- existência de programas de suporte à saúde física (controle de peso, controle de colesterol, hipertensão, combate ao trauma, doenças da coluna, doenças cardiovasculares);
- estímulo à prática de atividades físicas;
- garantia de acesso a serviços de saúde básicos para trabalhadores;
- trabalhadores com necessidades especiais são identificados e recebem suporte apropriado;
- existência de programa de reciclagem de lixo, qualidade da água e uso sustentável de energia;
- existência de programas de controle de recursos finitos e controle de desperdício e depreciação de imóveis e equipamentos;
- existência de programas de preservação ambiental e controle de poluição.

Parcerias com a comunidade: relações estabelecidas com a comunidade e organizações locais que dão suporte a ações de promoção de saúde coletiva.

A Empresa estabelece parcerias com instituições comunitárias para desenvolvimento de projetos voltados para a melhoria da qualidade de vida da população.

Conclusões

Neste artigo, questões conceituais e experiências e/ou proposições avaliativas concretas, focadas na intersectorialidade e na Promoção da Saúde, foram discutidas no estudo de caso em Curitiba.

A experiência relatada vem sendo construída nos últimos anos e, não obstante seu curto tempo histórico de implementação, a partir de um marco referencial abrangente, demonstra que esta prática é saudável.

As lições aprendidas revelam que nas comunidades nas quais a participação social e a coordenação intersectorial propiciada pelo poder público são consistentes, existe grande possibilidade de êxito. A questão-chave continua sendo a

capacidade de motivar suficientemente todos os atores envolvidos, fornecendo clareza conceitual, recursos de conhecimento, transparência de informações e partilhamento de poder.

O comprometimento dos vários atores envolvidos em projetos intersectoriais, no médio e longo prazo, também é questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a promoção da saúde. Neste sentido, além da abrangência e relevância social das políticas, há que se pensar na formação e manutenção de redes colaborativas, apoiadas na diversidade de atores e instituições, bem como em bases políticas e legislativas que permitam que as intervenções continuem, independentemente de eventuais transições político-administrativas de autoridades locais.

Colaboradores

ST Moysés detalhou o marco teórico avaliativo utilizado no texto, organizou o esboço do artigo e escreveu sobre as experiências de políticas de Promoção de Saúde desenvolvidas em Curitiba.

MC Krempel organizou um esboço do artigo e escreveu sobre as experiências de políticas de Promoção de Saúde desenvolvidas em Curitiba.

SJ Moysés detalhou o marco teórico avaliativo utilizado no texto e fez a revisão e editoração final do texto.

Referências bibliográficas

- Adams CF 2000. Healthy communities and public policy: four success stories. *Public Health Reports* 115(2-3):212-215.
- Aguilar MJ & Ander-Egg E 1994. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Vozes, Petrópolis.
- Akerman M et al. 2002. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". *Revista de Saúde Pública* 36(5):638-646.
- Andrade LOMD & Barreto ICHC 2002. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente, pp. 151-171. In MCS Minayo & AC Miranda. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Ashton JR 2002. Healthy cities and healthy settings. *Promotion Education Suppl.* 1:12-14.
- Bógus CM 2002. A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa, pp. 49-53. In W Villela, S Kalckmann & UC Pessoto. *Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa*. Instituto de Saúde, São Paulo.
- Brasil. Ministério da Saúde 2002. *As cartas da promoção da saúde*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Breuker G 1999. *Effective health promotion in the workplace. The evidence of health promotion effectiveness*. European Commission, Bruxelas.
- Croucher R 1998. Process evaluation measures – are they worth it? pp. 20-23. In B Daly & RG Watt. *Designing and evaluating effective oral health promotion*. Licensing Agency, Londres.
- Curitiba. Instituto Municipal de Administração Pública 2000. *Modelo de gestão Curitiba*. IMAP, Curitiba.
- Curtice L, Springett J & Kennedy A 2001. Evaluation in urban settings: the challenge of Healthy Cities. *WHO Regional Publications European Series* (92):309-334.
- Feuerwerker L & Costa H 2000. Intersectorialidade na Rede Unida. *Divulgação em Saúde para Debate* (22):25-35.
- Francisco VT & Butterfoss FD 2003. How do we know if

- we are making a difference with our program or community initiative? *Health Promotion and Practice* 4(4):367-370.
- Hagquist C & Starrin B 1997. Health education in schools – from information to empowerment models. *Health Promotion International* 12(3):225-232.
- Hamilton K & Saunders L 1997. *The health promoting school: a summary of the ENHPS evaluation project in England*. Health Education Authority, Londres.
- Harpham T, Burton S & Blue I 2001. Healthy city projects in developing countries: the first evaluation. *Health Promotion International* 16(2):111-125.
- Hartz ZMA (ed.) 1997. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Ioshii SH, Belotti MLP & Sztajn M 2002. *O agir e o pensar em qualidade de vida no trabalho*. Edição do Autor, Curitiba.
- Ippolito-Shepherd J 2004. *Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias e Lineas de Acción 2003-2012*. OPAS, Washington.
- Kegler MC, Twiss JM & Look V 2000. Assessing community change at multiple levels: the genesis of an evaluation framework for the California Healthy Cities Project. *Health Education and Behavior* 27(6):760-79.
- Krempel MC & Moysés ST 2002. *Ambientes saudáveis; uma estratégia de promoção de saúde*. Projeto técnico. SMS-Curitiba.
- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S & Sowden A 1999. *Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews*. York and Oxford, Health Service Research Unit, Department of Public Health, University of Oxford.
- Macdonald G, & Davies JK 1998. Reflection and vision; providing and improving the promotion of health, pp. 6-18. In JK Davies & G Macdonald. *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. Routledge, Londres.
- Macdonald G, Veen C & Tones K 1996. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research* 11(3):367-376.
- Marmot M & Wilkinson RG (eds.) 1999. *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford, Nova York.
- Moysés SJ & Baracho JCG 1998. Curitiba! Uma cidade saudável, pp. 337-359. In EV Mendes. *A organização da saúde no nível local*. Hucitec, São Paulo.
- Moysés ST, Moysés SJ, Watt RG & Sheiham A 2003. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promotion International* 18(3):209-218.
- Norris T & Pittman M 2000. The healthy communities movement and the coalition for healthier cities and communities. *Public Health Reports* 115(2-3):118-124.
- Nutbeam D 1998. Evaluating health promotion: progress, problems and solutions, pp. 9-51. In WHO. *New Players for a New Era – Leading health promotion into the 21st century*, Jakarta, 1997; review and evaluation of health promotion. WHO, Geneva.
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde 2003. *Municípios e comunidades saudáveis. Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida*. OPAS, W.K. Kellogg Foundation, Brasília.
- Roe B, Guinness L, Rafferty AM & Centre HPI 1999. A systematic search of the literature on effectiveness of alliances for health promotion: some methodological issues and their implications for research. *Health Education Journal* 58:78-90.
- St Leger L & Nutbeam D 1999. Effective health promotion in schools, pp. 110-122. In D Boddy. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in Europe*. European Union.
- Swerissen H & Crisp BR 2004. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International* 19(1): 123-130.
- Toronto Uo. Centre for Health Promotion. University of Toronto 2001. Disponível em <www.utoronto.ca/chp/huniv.html>.
- Tsouros AD, Dowding G, Thompson J & Dooris M (eds.) 1998. *Health promoting universities; concepts, experience and framework for action*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Westphal MF & Mendes R 2000. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *RAP* 34(6):47-62.
- WHO 1993. *The European Network of Health Promoting Schools*. WHO, Copenhagen.
- WHO 1998a. Forum: Improving health through schools. *Promotion & Education* V:57-63.
- WHO 1998b. *WHO's Global School Health Initiative: Health Promoting Schools; a healthy setting for living, learning and working*. Report No. WHO/HPR/HEP/98.4.WHO, Geneva.
- WHO 1998c. *Health Promotion Evaluation: recommendations to policymakers*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO. Unesco & EDC 2000. *Local action: creating health promoting schools*. Disponível em <www.who.int/hpr/archive/gshi/docs/index.html>
- WHO & WPRO 1996. *Report of the working group on the development of Health Promoting Schools*. SWHO/WPRO December 1995. Report No.: series 4, Xangai.
- Young I & Williams T 1989. *The Healthy School*. SHEG/SCC WHO(Euro), Edimburgo.

Artigo apresentado em 26/4/2004

Aprovado em 2/7/2004

Versão final apresentada em 8/7/2004