




Comunicação em Saúde para a Mudança Social e de Comportamento



UNIDADE TEMÁTICA 2: Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Educação para a Saúde	
SIGLAS E ACRÓNIMOS	
Introdução	
<p>Objectivos</p> 	<p>No fim da presente UT, os/as formandos/as devem ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enunciar os conceitos de Promoção, Prevenção e Educação para a Saúde. - Diferenciar os termos, promoção e prevenção de doenças, educação para a saúde. - Conhecer a evolução histórica dos conceitos de promoção e prevenção de doenças. - Identificar o principal marco histórico sobre promoção e prevenção de doenças. - Identificar e compreender as principais características que devem ser consideradas numa intervenção em educação e promoção em saúde. - Reconhecer os conceitos, estratégias e práticas que estão na base de actividades e programas de promoção de saúde. - Identificar e analisar a estratégia de implementação de promoção da saúde e educação para saúde em Moçambique. - Definir e planear uma intervenção em Educação para a Saúde (Eps).
	<p>Palavras-chave: Promoção da Saúde, Prevenção de Risco de Doenças e Educação para a Saúde em Moçambique.</p>

<p>Conteúdos</p> 	<p><i>Contextualização da evolução da promoção e prevenção de risco de doenças</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evolução histórica dos Conceitos de Promoção e Prevenção da Saúde. - Conferências internacionais sobre Promoção da Saúde, da Organização Mundial da Saúde (OMS). - A Conferência de Ottawa 1986: As cinco áreas de acção para promover a saúde. - Prevenção das doenças: Diferenças entre Prevenção e Promoção da Saúde.
	<p><i>A educação para a saúde na promoção e prevenção de riscos de doenças</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualização e evolução histórica: origens e conceitos. - Educação para a saúde como ferramenta fundamental da promoção da Saúde. - A Comunicação em EpS: Aspectos-chave, métodos, meios, estratégias e canais de comunicação em educação para a saúde. - Práticas educativas na PdS e na prevenção de doenças: caracterização da população-alvo. - Teorias e Modelos aplicados às actividades de EpS. - Educação para a Saúde na prática.
	<p><i>Implementação e desafios na promoção, prevenção e educação para a saúde em Moçambique: Estratégia Nacional e Programas de acção.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adopção de princípios de Promoção da Saúde desde a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primária (CSP) em 1978. - Estratégias de Implementação de PdS. - Alguns programas de promoção e prevenção de doenças. - Desafios no âmbito de PdS e prevenção de doenças em Moçambique. - Efectividade da PdS.
<p>Actividades</p>	<p>DEFINIR ACTIVIDADE</p>	
<p>Metodologia de Avaliação</p>	<p>Avaliação quantitativa: Prova/teste que pode ser de escolha múltipla ou com perguntas abertas.</p> <p>Avaliação qualitativa: Participação no foro de debate, realização de actividades propostas, participação nas sessões de webinar.</p>	
<p>Bibliografia / Webgrafia / Vídeos</p>		

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar do Brasil
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CUS	Cobertura Universal de Saúde
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
ENPS	Estratégia Nacional de Promoção de Saúde
EpS	Educação para a Saúde
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
OMD	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
ORLA	Oficinas Regionales para las Américas
OUA	Organização da Unidade Africana
PS	Postos de Saúde
PdS	Promoção da Saúde
PsD	Processo saúde-doença
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UIPES	Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud

INTRODUÇÃO

Moçambique tornou-se independente da colonização em 1975, após dez anos de luta armada de libertação nacional. Desde então, a saúde foi considerada como um bem e condição essencial para o desenvolvimento sustentável, constando na Constituição da República (artigo 94) que todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, é o dever do Estado de defender e promover a saúde assim como a igualdade no acesso.

Foi neste contexto que em 1978, três anos depois da sua independência, o país subscreveu à declaração da Conferência de Alma-Ata, adoptando assim a política, os princípios e componentes dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), de modo a poder prestar assistência à grande maioria da população, em particular os grupos mais vulneráveis, tendo em conta a redução das elevadas taxas de morbilidade e mortalidade no país. Para alcançar os propósitos previstos na lei, o governo através do sector de saúde previu a existência de um Sistema de Saúde subdividido em três sectores que se complementam: i) Sector Público, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), organizado por níveis de cuidados de saúde, dispensando cuidados integrados de saúde; ii) Sector privado, podendo tratar-se de instituições com fins lucrativos ou não-lucrativos; iii) Sector comunitário que se pretende auto-sustentável, envolvendo as parcerias tradicionais e agentes polivalentes elementares, compreendendo os Postos de Saúde (PS) das aldeias, segundo dados do Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2013 (1).

Mapa 1. Mapa de Moçambique com as suas fronteiras



Fonte: <https://i.pinimg.com/originals/51/d4/74/51d4740a869625b04469f291885c2b56.png>

Com a presente unidade temática, Promoção da Saúde (PdS), Prevenção de Doenças e Educação para a Saúde (EpS), pretende-se apresentar as principais estratégias e práticas adoptadas pelo governo de Moçambique na implementação dos compromissos assumidos no âmbito da PdS e nos CSP. A mesma está organizada em três subtemas de conteúdo, nomeadamente: a) Contextualização da evolução da promoção da saúde e prevenção de doenças; b) A educação para a saúde na promoção e prevenção de riscos de doenças; c) Implementação e desafios na promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças em Moçambique: Estratégia Nacional de PdS.

DESENVOLVIMENTO DE CONTEÚDOS

Seguidamente são apresentados os conteúdos considerados chave de cada um dos três subtemas que compõem a UT2.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

1.1. Evolução histórica dos Conceitos de Promoção e Prevenção da Saúde.

O conceito de saúde até aos dias de hoje, foi definido em 1947 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” A saúde é um direito de toda a população e um dever do Estado, garantindo-o mediante políticas sociais e económicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às acções e serviços para a sua promoção, protecção e recuperação. (2)

Os conceitos de promoção e prevenção de saúde, como outros conceitos ligados à saúde pública, foram evoluindo ao longo do tempo.

Segundo o manual da Agência Nacional de Saúde Suplementar do Brasil (ANS), os primeiros conceitos sobre PdS foram definidos pelos autores Winslow, em 1920, e o sanitarista Sigerist, em 1946.

Sigerist, considerou que as quatro tarefas essenciais da medicina eram: **a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação das mesmas e, segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria acções de educação em saúde e acções estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população.**

Posteriormente, Leavell e Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: **primária, secundária e terciária** e definiram a PdS como um dos elementos do nível primário de cuidados em medicina

preventiva, constituindo acções destinadas ao desenvolvimento da saúde e bem-estar geral no período de pré-patogénese. (3)

1.1.1. O Movimento Moderno da Promoção da Saúde

Anos mais tarde, em 1974, surgiu em Canadá o Movimento de Promoção da Saúde, que divulgou um documento chave na matéria “A new perspective on the health of Canadians” (**Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadianes**), também conhecido como Relatório Lalonde, tomando o nome do Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-Estar do Canadá na década 70, definindo-se o conceito **de Campo da Saúde** (healthfield) (4)

O campo da saúde abrange:

- **A biologia humana**, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os factores de envelhecimento;
- **O meio-ambiente**, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- **Os estilos de vida**, do qual resultam decisões que afectam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- **A organização da assistência à saúde.**

Figura 1. Componentes da saúde (campos) de Lalonde, 1974.



Fonte: OMS (http://www.who.int/social_determinants/es/)

Segundo a União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde/oficina regional latino americano (UIPES/Orla), o relatório de Lalonde favoreceu a realização da Iª Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em 1978, em Alma-Ata, República do Cazaquistão, realizada pela OMS. Esta Conferência foi um marco em quase todos os sistemas de saúde do mundo. Na mesma, definiu-se a estratégia de “Saúde Para todos”. Por outra parte, a Conferência foi chave para o debate mantido na Assembleia Mundial da Saúde sobre as acções intersectoriais necessárias para o sector saúde. (5)

Em 1986, realizou-se em Ottawa (Canadá) a Iª Conferência Internacional sobre PdS, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, em todo o mundo, cuja abordagem já não era possível por meio do enfoque preventivista tradicional – vinculação de uma determinada doença a um determinado agente ou a um grupo de agentes – sendo fundamental que se relacionasse as questões da saúde com as condições e modos de vida.

Como producto da Conferência, foi emitida e aprovada a **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**, considerada como a origem oficial da abordagem actual da PdS (6)

De acordo com o documento acima referenciado, “PdS é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. Salaria ainda o documento que, “a PdS não é responsabilidade exclusiva do sector saúde, vai para além dos estilos de vida saudáveis, na direcção de um bem-estar global. Por sua vez, entende a saúde **como um conceito positivo**, que enfatiza não só, recursos sociais e pessoais, como também as capacidades físicas”.

A mesma carta, considera que são **pré-requisitos para a saúde**

A Paz, Habitação, Educação, a Renda, Ecosistema Estável, Justiça Social e Equidade, são condições e recursos fundamentais para a saúde.

Por outro lado, Demarzo, a partir de uma concepção mais moderna, define a PdS como “o processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e colectividades (municípios, associações, escolas, entidades do comércio e da indústria, organizações de trabalhadores, meios de comunicação), no sentido de que ampliem as suas possibilidades de controlar os determinantes do processo saúde-doença e, com isso, favorecer uma mudança positiva nos níveis de saúde”. O autor explica que este conceito implica que na identificação dos obstáculos sejam adoptadas políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersectorialidade das acções, a implementação de acções colectivas e comunitárias, além da reorientação dos serviços de saúde (2)

Como referido acima, a Carta de Ottawa (1986), tornou-se referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, promovidas durante as seguintes décadas pela OMS, as quais reafirmavam os preceitos estabelecidos na Iª Conferência e agregaram novas questões e estratégias de acção voltadas para áreas prioritárias, a fim de gerar políticas públicas saudáveis.

1.2. Conferências internacionais sobre Promoção da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Seguidamente, são apresentados alguns Marcos de Referência Internacionais sobre a PdS.

Quadro 1. Conferências Internacionais sobre PdS

- 1. II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde e a Declaração de Adelaide (Austrália) sobre políticas públicas saudáveis.** Foi realizada em Abril de 1988 e teve como tema central às políticas públicas voltadas para a saúde, reafirmando as cinco linhas de acção da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma-Ata. Enuncia que as políticas "caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população". Na mesma foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover acções imediatas em políticas públicas saudáveis: **apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes favoráveis.**
- 2. III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Sundsväl, 1991 (Suécia), criação de ambientes favoráveis à saúde.** Na mesma evidenciou-se a situação de extrema pobreza e privação, em um ambiente de alto risco ambiental, em que vivem milhões de pessoas no planeta. Propõe o engajamento de diversos sectores da sociedade no desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, económicos e políticos mais favoráveis à saúde. Reconhece, assim, que outros sectores, populações das comunidades, dos governos, das ONGs e das organizações internacionais, têm um papel fundamental na criação de ambientes favoráveis e de promoção da saúde. Ressalta que, para promover este ambiente favorável à saúde, é preciso englobar quatro aspectos prioritários: **a dimensão social; a dimensão política; a dimensão económica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os sectores, inclusive o político e o económico.**
- 3. IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Jacarta (Indonésia).** Foi realizada em Jacarta, em 1997, e foi a primeira vez que uma Conferência convidava a representantes do sector privado. Resgata e actualiza a discussão sobre o "reforço da acção comunitária" definido na Carta de Ottawa. Destaca que a promoção à saúde deve ser realizada em conjunto com a população, e que para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, é necessário que as pessoas tenham direito de voz e mais acesso ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efectuar as mudanças.

4. **V Declaração do México.** A Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada na cidade do México, de 05 a 09 de Junho de 2000. Reforça a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Confirma o valor das ações intersectoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde.
5. **VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde.** A Carta de **Bangkok**. Foi realizada na cidade de Bangkok (Tailândia), em Agosto de 2005. Reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levanta a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procura dar uma nova direção para a Promoção à Saúde, buscando alcançar a saúde para todos através de quatro compromissos: **desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática.**
6. **Declaração de Santa-Fé de Bogotá. Conferência Internacional de Promoção da Saúde.** Foi realizada em Novembro de 1992. Na mesma se mostram evidências de estratégias para recriar a promoção à saúde na América Latina. Discute a transformação da cultura e do sector saúde a fim de garantir acesso universal e estimula o compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.
7. Além das anteriores, a União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (UIPES), realizou várias Conferências Mundiais nos anos: 1991, 1995, 1998, 2001.¹

Fonte: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-19751>

Estes marcos de referência internacional foram adaptados às realidades regionais. No quadro seguinte apresentam-se as Conferências Regionais Africanas realizadas sobre Promoção à Saúde.

Quadro 2. Conferências Regionais Africanas sobre PdS

1. **Conferência de Ouagadougou.** Trinta anos após a emergência do slogan “Saúde para Todos”, o Escritório Regional da OMS para a África, em colaboração com os parceiros de desenvolvimento e o Governo do **Burkina Faso**, organizou a Conferência em Ouagadougou, de 28 a 30 de Abril de 2008, a fim de renovar o seu engajamento em relação aos CSP, como meio de conseguir melhores resultados no domínio da saúde a

favor das populações africanas. Esta Conferência coincidiu com o 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata sobre os CSP e o 60º aniversário da OMS, e propôs revitalizar o desenvolvimento dos CSP e os Sistemas de Saúde na Região Africana a fim de atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

2. **A Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos**, aprovada pela Conferência Ministerial de Organização da Unidade Africana (OUA) em Banjul, Gâmbia, em 1981, no seu artigo 16, defende que todas as pessoas têm direito a gozo do melhor estado de saúde física e mental que forem capazes de atingir.
3. **A Declaração de Adis Abeba de 2006 sobre Saúde Comunitária: Foi realizada no mês de Novembro de 2006** e tinha como objectivo reflectir e analisar as melhores alternativas para garantir o acesso universal dos povos africanos a cuidados de saúde de boa qualidade e a um futuro mais saudável. **Participaram na mesma os** ministros da saúde e representantes de Estados-Membros da OMS, organizações não governamentais, sociedade civil e agências bilaterais e multilaterais, ONUSIDA, UNICEF e Banco Mundial.
4. **A Declaração de Argel de 2008 sobre a Investigação para a Saúde:** Realizada no mês de Novembro de 2015 em D’Jamena, República do Chade. Desde que expirou o Plano Estratégico de Investigação em Saúde de 1999-2003, realizaram-se cimeiras e reuniões ministeriais, tanto a nível regional como mundial, sobre investigação para saúde, as quais resultaram na Estratégia da OMS para a Investigação em Saúde. Entre as Intervenções Prioritárias, destacou-se a necessidade de reforçar a governação da investigação em saúde.
5. **O Compromisso de Luanda de 2014 sobre a Cobertura Universal de Saúde em África:** Realizada em Abril de 2014 teve como resultado principal os seguintes seis compromissos: i. Cobertura Universal da Saúde; ii. Agência Africana de Medicamentos; iii. Doenças Não Transmissíveis em África; iv. Acabar com as Mortes Maternas e da Criança por causas Evitáveis em África; v. Criação de um Centro Africano de Controlo e Prevenção de Doenças; e vi. Mecanismos de prestação de contas para avaliar a implementação das declarações e dos compromissos.
6. Observatório Africano dos Recursos Humanos para Saúde e o Observatório Africano da Saúde, que facilitam a produção, o arquivamento e a partilha de informações, evidências e conhecimentos.

Fonte: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?lang=pt&q=au:%22Uni%C3%A3o%20Internacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20Oficina%20Regional%20Latino-Americana%20UIPES/ORLA%22>

1.3. A Conferência de Ottawa 1986: As cinco áreas de acção para promover a saúde:

Como foi indicado acima, a Carta de Ottawa foi um dos primeiros e mais importantes documentos elaborados relativos à PdS. Na Carta propõem-se cinco campos de acção principais para atingir a PdS.

1. Implementação de políticas públicas saudáveis;
2. Criação de ambientes saudáveis;
3. Capacitação da comunidade (Fortalecimento da Acção Comunitária);
4. Desenvolvimento de habilidades individuais e colectivas;
5. Reorientação de serviços de saúde.

Descrevem-se a seguir, as cinco acções/ estratégias de PdS segundo a Carta de Ottawa (7)

Quadro 3. Resumo dos cinco Campos de Acção para a Promoção da Saúde propostos pela Carta de Ottawa em 1986

- 1) **Implementação de políticas públicas saudáveis:** a promoção à saúde inclui, além dos cuidados de saúde, outros determinantes como: **renda, protecção ambiental, trabalho, agricultura.** A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e sectores, que devem tomar consciência das suas decisões e responsabilidades. A Carta de Ottawa sugere acções legislativas, fiscais e organizacionais visando à diminuição das desigualdades sociais e à melhoria da qualidade de vida da população. Sugere, também, a adopção de uma postura intersectorial para a formulação de políticas públicas e a sua acção sobre o sector saúde.
- 2) **Criação de ambientes favoráveis à saúde:** Propõe a protecção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção à saúde. Para que isto ocorra, sugere acções que objectivem o monitoramento de mudanças das áreas tecnológicas, do trabalho, produção de energia e urbanização, que interferem na saúde da população.
- 3) **Reorientação dos serviços de saúde:** Recomenda que a reorientação dos serviços de saúde deva voltar-se na direcção de um enfoque na saúde e não na doença, que apontem para a integralidade das acções de saúde. Propõe, para isto, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde.
- 4) **Reforçando a acção comunitária:** Implementação de acções e recursos existentes na comunidade e que possam intensificar a auto-ajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde, o empowerment comunitário.
- 5) **Desenvolvimento de habilidades pessoais:** Capacitar as pessoas para "aprenderem através da vida" e se "prepararem para todos os estágios" é uma das estratégias prioritárias da nova promoção à saúde. Apoia, também, o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais.

Fonte: Promoção à saúde: trajetória histórica das suas concepções. Texto contexto em Revista de Enfermagem. Vol.15 no.2 Florianópolis Apr./June 2006. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>

1.3.1. Princípios da Promoção da Saúde

No contexto da evolução histórica do conceito de PdS, Demarzo salienta que “existe uma tendência à adopção de uma visão holística de saúde e um entendimento da determinação

social do processo saúde-doença e à compreensão da equidade social como objectivos a serem atingidos. Assim, a intersectorialidade, a participação social para o fortalecimento da acção comunitária e a sustentabilidade são considerados como princípios ao se definirem estratégias de acção. (2)

Quadro 4. Princípios Modernos da Promoção da Saúde

<p>As acções de Promoção da Saúde devem pautar-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença.</p>	<p>As acções devem ser dirigidas às causas primárias dos problemas e não somente às suas manifestações concretas. Por exemplo: fomento à saúde física, mental, social e espiritual, enfatizando a determinação social, económica e ambiental, uma vez que os níveis de saúde da população estão directamente relacionados à qualidade e à quantidade de recursos (económicos, social, etc...) disponibilizados a cada membro da sociedade, para a sua subsistência.</p>
<p>Equidade</p>	<p>Garantir o acesso universal à saúde, com justiça social. Para a construção de espaços de vida mais equitativos, são necessárias: a) a análise dos territórios onde as pessoas habitam; b) a detecção de grupos em situação de exclusão; c) a implementação de políticas públicas que façam uma discriminação positiva desses grupos. Isso implica na criação de oportunidades para que todos tenham saúde, reconhecendo que as necessidades são diferenciadas, uma vez que sofrem interferência dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação etc.).</p>
<p>Intersectorialidade</p>	<p>Articula saberes e experiências no planeamento, execução e avaliação. De acções para alcançar efeito sinérgico em situações complexas. O desafio colocado para a concretização da intersectorialidade é o modelo tradicional de fragmentação e desarticulação das acções. É necessária uma mudança radical das práticas e da cultura organizacional das administrações, pressupondo a superação da fragmentação na gestão das políticas públicas.</p>

Participação social	Diz respeito ao envolvimento dos cidadãos no planeamento, execução e avaliação dos projectos. Para que essa participação seja qualificada, torna-se necessário o empoderamento colectivo, para que a população se torne capaz de exercer controlo sobre os determinantes da saúde.
Sustentabilidade	A promoção da saúde trabalha com questões de natureza complexa, demanda processos de transformação colectivos, com impactos a médio e longo prazo. Almeja-se a criação de iniciativas de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e a garantia de processo duradouro e forte.

Fonte: Demarzo, M. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. 2011.. Disponível em: www.unasus.unifesp.br

1.4. A prevenção das doenças: diferenças entre prevenção das doenças e promoção da saúde.

Ainda que exista uma tendência de considerar que os termos Prevenção e Promoção da Saúde são sinónimos ou similares, a realidade é que são diferentes.

1.4.1. Prevenção da Saúde

Vianna (8) define o conceito de prevenção como “a acção antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”.

A prevenção apresenta-se em três fases.

- A prevenção **primária**, realizada no período de pré-pratogênese, compreende dois níveis: O conceito de PdS aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde óptima”. Um segundo nível da prevenção primária seria a protecção específica “contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente”.
- A fase da prevenção **secundária** também se apresenta em dois níveis: o primeiro, diagnóstico e tratamento precoce e o segundo, limitação da invalidez.
- Prevenção **terciária**, normalmente associada às acções de reabilitação.

Czeresnia (9) refere que “a **prevenção em saúde** exige uma acção antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”, e as **acções preventivas**, definem-se “como intervenções orientadas a evitar o

surgimento de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência nas populações e, a base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno”.

O conhecimento epidemiológico sobre as doenças permite classificá-las e obter uma medida da sua importância e possibilidade de prevenção. O conhecimento da história natural de uma doença nos permite prevenir e a possibilidade de intervir efectivamente sobre ela.

Para Montila, (10) a Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), na sua Guia de Métodos de Ensino, define a epidemiologia como “**o estudo dos factores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas colectividades humanas**”, sendo o objectivo principal da epidemiologia o estudo da situação de saúde das populações, com vista a melhorar a mesma.

De acordo com a IEA, os principais objectivos da epidemiologia são:

- I. Descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde da população.
- II. Proporcionar dados essenciais para a planificação, execução e avaliação das acções de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como para estabelecer prioridades.
- III. Identificar factores etiológicos na génese das doenças.

À luz dos princípios da epidemiologia, segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), podem-se distinguir dois enfoques estratégicos básicos complementares para a prevenção e o controle de doenças, concretamente: **o enfoque de nível individual e o enfoque de nível populacional, ambos fundamentais em saúde pública** (11).

- **O enfoque individual:** enfatiza a prevenção e o controle das causas da doença nas pessoas, em particular, naquelas com alto risco de adoecer e a intervenção de controlo está voltada a esse grupo de alto risco.
- **O enfoque populacional:** enfatiza as causas das doenças na população. Isso implica reconhecer que um factor que seja causa importante de doença nas pessoas, não é necessariamente o mesmo factor que determina primariamente a taxa de doença na população. A intervenção de controlo está voltada a toda a população.

Quanto aos níveis de prevenção, a **OPAS (11)** considera que, em sentido mais amplo e com fins práticos, a prevenção geralmente é classificada em quatro categorias ou níveis:

- **Prevenção primordial:** voltada a evitar o surgimento e a consolidação de padrões de vida sociais, económicos e culturais que contribuem para aumentar o risco de adoecer. Este é o nível de prevenção mais recentemente reconhecido e tem grande relevância no campo da saúde populacional. As medidas contra os efeitos mundiais

- da poluição atmosférica, ou o estabelecimento de uma dieta nacional baixa em gordura animal saturada, são exemplos de prevenção primordial.
- **Prevenção primária:** voltada a limitar a incidência de doença mediante o controle das suas causas e factores de risco. Esta categoria envolve medidas de protecção da saúde, em geral através de esforços pessoais e comunitários. A imunização, a pasteurização do leite, a cloração da água, o uso de preservativos ou a modificação de factores e comportamentos de risco, são exemplos de prevenção primária. Os enfoques estratégicos individuais e populacionais revisados fazem referência básica à prevenção primária.
 - **Prevenção secundária:** voltada à cura das pessoas doentes e à redução das consequências mais graves das doenças mediante a detecção prévia e tratamento precoce dos casos. O seu objectivo não é reduzir a incidência da doença, mas sim, reduzir a sua gravidade e duração e, conseqüentemente, reduzir as complicações e a letalidade da doença. Os programas de triagem ou rastreamento populacional, como as campanhas massivas de exame de Papanicolau ou para detecção e tratamento precoce do câncer de colo de útero, são exemplos de prevenção secundária.
 - **Prevenção terciária:** voltada à redução do progresso e das complicações de uma doença já estabelecida mediante a aplicação de medidas orientadas a reduzir sequelas e deficiências, minimizar o sofrimento e facilitar a adaptação dos pacientes a seu ambiente. É um aspecto importante da terapêutica e da medicina reabilitadora. A prevenção terciária envolve cuidados de saúde de boa qualidade e é difícil de separar do próprio tratamento da doença.

1.4.2. Diferenças entre Promoção e Prevenção de Doenças

Segundo Damarzo (2), a PdS e a prevenção de doenças são temas importantes para a condição de saúde. A diferença entre ambos temas reside, principalmente, em que:

- + **A Prevenção de doenças** trabalha no sentido de garantir protecção a doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência na população, cujo objectivo final é evitar a doença;
- + Enquanto a promoção em saúde deve ter um enfoque mais amplo e abrangente. Visa incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso às escolhas mais saudáveis. Deve trabalhar a partir da identificação e enfrentamento dos macro-determinantes do PSa, procurando transformá-los favoravelmente na direcção da saúde. O objectivo final continuo é um nível óptimo de vida e de saúde e não apenas a ausência de doenças.

O quadro abaixo resume as diferenças entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças, proposto por Demarzo (2)

Quadro 5. Resumo das principais diferenças entre promoção da saúde e prevenção de doenças.

Categoria	Promoção da saúde	Prevenção de Doenças
Conceito de Saúde	Positivo, multidimensional	Ausência de doença
Modelo de Intervenção	Participativo, intersectorial	Profissional da saúde
Alvo	População e ambiente	Grupos de alto risco

Fonte: Demarzo, M. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. Disponível em: www.unasus.unifesp.br

2. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE RISCOS DE DOENÇAS

2.1. Contextualização e evolução histórica: origens e conceitos

A Educação para a Saúde (EpS) tem vindo a ser internacionalmente reconhecida como parte integrante dos esforços para a prevenção da doença e promoção da saúde. Neste contexto é importante compreender ou reflectir sobre o seu conceito e origem.

Segundo Janini (12), as origens e concepções da PdS tiveram início com o advento da EpS no início do século XX, a partir da observação da alteração dos índices de adoecimento decorrentes de práticas educativas realizadas por “higienistas” da época. A EpS possuía importância evidente como um dos principais mecanismos para a viabilização da PdS, auxiliando no desenvolvimento da responsabilidade individual e na prevenção de doenças.

Como conceito, a EpS, como outros conceitos, sofreu transformações ao longo dos anos, decorrentes da evolução das novas perspectivas de saúde e de bem-estar individual, comunitário e social, que foram surgindo.

A seguir descrevem-se alguns conceitos de EpS, segundo a Direcção Geral da Educação da OMS, em 1998, que define a EpS como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objectivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes”. (13)

Janini salienta, ainda, que esta definição visa contribuir para a operacionalização do conceito de PdS definido na Carta de Ottawa (1986), como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”.

A finalidade da acção educativa, segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), de Brasil (15) é “desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir acções conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a acção, e de avaliá-la com espírito crítico”.

2.2. Educação para a Saúde como ferramenta fundamental da Promoção da Saúde.

Segundo Queiroz (14), na EpS um aspecto fundamental das actividades promotoras da saúde é a comunicação. A OMS define a EpS como “uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem”, em outras palavras, a EpS entendida como processo indispensável numa sociedade, permite que os indivíduos ou as comunidades adquiram conhecimentos e competências necessárias para a adopção de modos de vida saudáveis.

As intervenções de EpS têm um carácter formativo, uma vez que conseguem integrar processos cognitivos e atitudes, que favorecem a modificação de comportamentos, tornando-se numa acção permanente, consciente, racional e voluntária.

A seguir, apresenta-se um breve resumo da evolução do processo de EpS e as suas características.

Quadro 6. Resumo da evolução do processo de EpS: Modelos

Modelos sobre a EpS	Principais características
Primeira Geração	<p>- Os teóricos consideravam que a informação era o elemento essencial de todo o processo educativo -modelo informativo, onde o conceito de saúde é entendido como “ausência de doença”.</p> <p>- O educador tinha o papel de persuadir o indivíduo a escolher estilos de vida que reduzissem o risco de contrair doenças e que facilitassem a recuperação da saúde.</p> <p>As formas de intervenção mais comuns eram as palestras ou as campanhas de informação, tendo o educador a responsabilidade de promover as alterações dos hábitos de vida dos sujeitos; para que tal fosse possível, o educador definia e seleccionava os conteúdos a transmitir nas sessões educativas e a sua acção centrava-se na transmissão de conhecimentos e valores, numa vertente essencialmente manipuladora dos sujeitos que não admitia nem reconhecia a capacidade de escolha dos indivíduos.</p>

<p>Segunda Geração</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nestes modelos produz-se uma desvalorização do aconselhamento clínico e prescritivo. Passam a promover e a valorizar-se a importância da negociação e da colaboração, permitindo que os indivíduos possam ser informados e orientados para uma tomada de decisão livre e consciente. - Apoiaram-se em várias teorias da aprendizagem, principalmente nas que valorizam o processo cognitivo como forma de induzir as mudanças de comportamentos e atitudes. - Os teóricos da linhagem da 2ª geração admitem que a aprendizagem tem lugar quando os indivíduos percebem, entendem e interpretam a informação que recebem, o que os leva a alterar os seus procedimentos e hábitos de vida.
<p>Terceira Geração</p>	<ul style="list-style-type: none"> - É designada de “Educação para a Saúde Crítica” e decorreu da Declaração de Alma-Ata (Programa de Saúde para todos no ano 2000). - Nesta perspectiva, é fundamental a participação comunitária, isto é, os indivíduos e as famílias têm responsabilidades no que respeita à sua própria saúde e bem-estar, assim como no da comunidade, contribuindo desta forma para o desenvolvimento individual e colectivo. Apoia-se numa cultura social e democrática, propondo alternativas de mudanças sociais, com o fim de reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária. - A EpS, para além de modificar comportamentos individuais, envolve o meio ambiente e as instituições sociais. Há nestes modelos uma interação educativa individualizada de informação sobre a saúde à população, com o objectivo de desenvolver, no indivíduo, a autonomia e a responsabilidade para concretizar uma melhoria de estilos de vida que influenciem directamente a saúde. - Os modelos de EpS, desenvolvem-se a partir de situações socialmente vivenciadas, nas quais o educador assume o papel de orientador e cuja acção se circunscreve à ajuda na definição dos objectivos e ao apoio nas medidas que o grupo decidir implementar. É o grupo que define, também, quais são os temas prioritários e quem são os indivíduos que vão participar nas actividades educativas. Este modo de funcionamento contribui para a união dos indivíduos, visa a resolução do problema e, contribui para o desenvolvimento da comunidade ou e da sua organização. Se não houver uma participação activa da comunidade, não é possível efectuar nenhum programa de Educação para a Saúde, pois o seu êxito está dependente da interacção lógica entre os indivíduos e a sua realidade, valorizando-se, deste modo, a autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais na determinação de estilos de vida e a sua modificação.

Fonte: Elaboração própria, com base em: Queiroz, S. Reflexões sobre educação e saúde. Disponível em <http://www.op.edu.eu/artigo>

2.3. A Comunicação em EpS: Aspectos-chave, métodos, meios, estratégias e canais de comunicação em educação para a saúde.

A comunicação tem um papel crucial na PdS, na disseminação de informação, sendo um incentivo para a adopção de comportamentos saudáveis. A EpS, para além da comunicação de informações, promove a motivação, as habilidades e a confiança necessárias para tomar medidas para melhorar saúde.

O CVE (15) define a comunicação como um processo dinâmico, o que significa que, embora os seus elementos sejam colocados em diferentes “modelos” como partes separadas, na realidade todos eles agem de maneira simultânea e interactiva, em constante fluxo, movimento e dinamismo em um determinado contexto social.

Os principais elementos da comunicação são:

- **O Emissor:** a fonte de comunicação;
- **A Mensagem:** o conjunto de sinais que, a partir de códigos conhecidos por todas as pessoas envolvidas no processo, levam às pessoas e/ ou grupos uma determinada informação;
- **Bagagem de experiência:** constitui-se num conhecimento, numa experiência e, fundamentalmente, numa avaliação geral e imediata da realidade concreta;
- **O Receptor:** pessoa a quem se destina a informação. Esta se converte em PERCEPTOR quando se torna activo, percebendo e analisando a situação.(15)

Existem diversos modelos de comunicação, entre eles destacam-se:

- **O modelo paternalista: é caracterizado pela verticalidade:** o emissor é o mais activo, define o conteúdo da mensagem, identifica os ruídos e escolhe os meios, os recursos e comunica considerando o receptor da mensagem como receptor ou depositário das mensagens, que apenas absorvem a mensagem;
- **O modelo mecanicista:** enfatiza os resultados. Aos elementos fonte e receptor, acrescenta-se a necessidade de controlo e a comprovação dos efeitos das mensagens. Isto implica a retroalimentação, um caminho de regresso ou retorno;
- **O modelo participativo:** corresponde ao enfoque de comunicação dialógica, na qual EMISSOR e PERCEPTOR são interlocutores de um processo horizontal, o que significa que ambos são, simultaneamente, emissores/receptores.

2.4. Práticas educativas na PdS e na prevenção de doença: caracterização da população-alvo.

Segundo Verdi (16), na operacionalização das actividades de EpS, estas podem: a) Ser trabalhadas sob a forma de **grupos ou individualmente**, dependendo da situação, do momento e do espaço no qual se inserem; b) podem ainda **ser realizadas por um ou mais**

profissionais da equipe, dependendo do tema e do contexto que se queira abordar. São princípios importantes para iniciar actividades de educação na prevenção de doenças:

- O profissional envolvido em acções de EpS deve trabalhar em qualquer acção educativa a partir da necessidade de **conhecer e de contar com as pessoas**. O anterior, significa considerar sempre a necessidade de conhecer a história, as crenças, os hábitos, os costumes e as condições em que as pessoas vivem como primeiro passo importante para a construção de uma relação dialógica entre profissional-usuário, família, comunidade e a abertura para a participação activa dos sujeitos em todo o processo.
- Para a autora, os profissionais de saúde, frequentemente, utilizam estratégias de convencimento e, até mesmo de repressão, frente a hábitos considerados não saudáveis, tal como se pode apreciar no seguinte exemplo.

Exemplo de hábito de fumar.

“Estabeleceu-se que o hábito de fumar é uma **escolha** da pessoa e que, por conseguinte, a própria pessoa é responsável pelas consequências que o seu acto pode gerar a si e aos outros”.

Os autores referem que este tipo de pensamento, gera um determinado modo de promover e educar em saúde, baseado na responsabilização e até mesmo na culpabilização dos indivíduos.

O profissional de saúde passa a responsabilizar os indivíduos pelas escolhas de hábitos e estilos de vida, esquece-se de considerar as múltiplas variáveis que interferem nas suas escolhas individuais e colectivas. Não considera que tais escolhas são, muitas vezes, induzidas ou impostas, e não revelam plena autonomia de decisão.

O outro elemento importante que o profissional deve considerar é a “**livre eleição**”, a livre escolha de acção por parte do indivíduo, pelo simples facto de produzir prazer no mesmo, como é no caso do acto de fumar, esquecendo que promover a saúde e prevenir doenças depende da melhoria de condições sociais, tais como educação, habitação, trabalho e salário dignos. E são justamente estas condições sociais que contribuem na modificação do estilo de vida.

Assim, as acções educativas deveriam convergir para a discussão do contexto social no sentido de buscar mudanças nas condições de vida das pessoas.

Finalmente, Verdi, (16) refere que existe similaridade entre as acções educativas voltadas para a PdS e aquelas voltadas para a prevenção de doenças. Nomeadamente, **a vigilância** é um destes aspectos similares.

Prevenir é, antes de tudo, **vigiar**, é antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis em populações consideradas de risco.

Promover a saúde também pode se configurar em uma **vigilância** quando busca impor hábitos e estilos de vida saudáveis, porém é uma vigilância que cada um de nós deve exercer sobre si mesmo.

Ambas estratégias podem gerar ações inócuas ou benéficas para a saúde, todavia podem também criar modos de controle e de exclusão social.

2.5. Teorias e Modelos aplicados às actividades de EpS

Segundo Rodrigues (17), o principal foco da EpS são as atitudes e os **comportamentos de saúde**. O termo comportamento de saúde pode ser definido em sentido lato como: "...o padrão de comportamento observável, as ações e hábitos que se relacionam com a manutenção, a cura e a melhoria de saúde, quer dizer, as questões relacionadas com os comportamentos de saúde, aparecem estreitamente ligadas, ao conceito de "risco".

O conceito de risco no âmbito da saúde, informa sobre a probabilidade de uma situação ocorrer. É sempre uma medida de uma exposição a um factor que pode levar a uma doença ou a um óbito. Uma infecção é um exemplo de risco de outro problema de saúde.

Enquanto o conceito de **vulnerabilidade** analisa as estruturas sociais, políticas, económicas e históricas de determinadas sociedades para compreender como estes factores colaboram para aumentar as oportunidades de determinadas pessoas ou grupos adoecerem. (18)

Exemplo disto seriam os comportamentos de vulnerabilidades e risco relacionados com drogas lícitas/ ilícitas e saúde sexual e reprodutivas.

Rodrigues indica que a EpS deve ser compreendida como uma proposta que tem como finalidade desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade. Salienta ainda que transmitir mensagens sobre percepção de risco exige sempre conhecimentos científicos. Neste âmbito, existem muitas teorias e modelos de EpS que procuram explicar os processos de organização, planeamento, execução e avaliação das ações sistemáticas do aconselhamento, promoção e EpS (17).

2.5. 1. Teorias de EpS

As teorias de EpS ajudam a compreender como as pessoas aprendem como projectar e implantar a educação dos utentes/doentes, família e comunidades.

A seguir são apresentadas algumas das teorias de EpS, mais utilizadas (17)

- **Teoria da conscientização:** Paulo Freire (1983) indica que a Educação deve ser um processo orientado a conseguir uma mudança social que melhore as condições de vida das pessoas oprimidas, processo esse que deve intervir nas medidas políticas de modo a reduzir as desigualdades e a procurar um desenvolvimento em que a consciência crítica impere. O desenvolvimento da consciência da comunidade, implica um processo activo, transformativo assente na reflexão, na acção, articulando-se em torno dum quadro de valores, atitudes, normas, e relações sociais. Implica reflectir sobre uma realidade concreta, examinar as causas subjacentes, identificar as implicações e desenhar um plano de acção.
- **Teoria dos estádios de mudança:** Esta teoria propõe diferentes estádios de mudança da atitude ou comportamento: **pré-contemplação** (o indivíduo não tem qualquer intenção de mudar pelo que precisa de despertar para a consciência do problema); **contemplação** (o indivíduo reconhece o problema e pensa seriamente em mudar); preparação para agir (prevê um momento preciso para mudar); **acção** (beneficiando de reforços e apoios); **manutenção** (mantém o novo comportamento há seis ou mais meses).
- **Teoria da acção racional:** As variáveis desta teoria são **o comportamento, a intenção, a atitude e as normas**. Um determinado comportamento pode ser definido pela combinação de quatro componentes, **acção** (por ex. Risco de infecção com HIV), alvo (incentivando o uso de preservativos a populações de risco), **contexto** (bordéis) e **tempo** (sempre que tiverem relações sexuais). A **intenção** expressa na tentativa de desempenhar um comportamento é o melhor predictor de que o comportamento desejado ocorrerá realmente. **As atitudes** são observáveis através dos sentimentos positivos ou negativos de uma pessoa em relação ao desempenho de um determinado comportamento (crenças comportamentais). **As normas** expressam a percepção de uma pessoa acerca das opiniões de outras pessoas no que concerne ao comportamento definido (crenças normativas).
- **Teoria do processamento da informação do consumidor (PIC):** Trata do sistema de processamento da informação, considerando a informação como necessária para a tomada de decisão racional e influência decisiva no comportamento humano. Embora a informação seja necessária para uma tomada de decisão racional, não é, contudo, suficiente para explicar a totalidade dos comportamentos que têm a ver com estilos de vida.
- **Teoria da aquisição de Rogers:** Consiste em 5 etapas: **estar informado ou conhecer; estar interessado ou receptivo; tomada de decisão de agir; ensaiar a aplicação da nova conduta; adoptar a nova conduta.**

2. 5. 2. Modelos de EpS

De acordo com Moreira, citado por Rodrigues, houve três movimentos teóricos diferentes que foram fundamentando os esforços preventivos: **modelo Informativo-Comunicacional, Humanista e o Neo-behaviorista (17):**

- **O Modelo Informativo-Comunicacional:** Este modelo enfatiza a importância dos factores cognitivos na mudança de atitudes, valoriza a transmissão de informação.
- **O Modelo Humanista:** Para este modelo, os valores e as crenças são determinantes na avaliação da situação em qualquer contexto. Logo, para além da informação, segundo este modelo, devem trabalhar-se as variáveis de tomada de decisão, o papel activo dos sujeitos e a clarificação dos valores.
- **A perspectiva Neo-behaviorista:** Para este modelo é a aprendizagem que está na base dos comportamentos, então, é necessário instruir os indivíduos sobre as estratégias de resistência à pressão dos pares e competências sociais.

Quadro 7. Comparação entre o modelo informativo, persuasivo-motivacional e o modelo político-económico ecológico

	Modelo Informativo	Modelo Persuasivo motivacional	Modelo Político-Económico-Ecológico
Metodologia	Transmissão de Conhecimentos; Paternalismo	Persuasão Comportamental	Participação, Intercâmbio; Aprendizagem contextual
Papel do Profissional	Prescritivo: ditadura do Expert	Controlador do processo de aprendizagem	Mediador com a Comunidade. O formando é protagonista

Fonte: Rodrigues, M. Educação para a saúde no século 21. files.jvilalas.webnode.pt.

Por sua vez, Figueredo, (19) resume os modelos aplicados a EpS em dois:

- **Modelo Tradicional de EpS:** A educação permanece verticalizada, o educador é considerado um ser superior que detém o saber, que ensina ao ignorante/tábua rasa, esperando que os educandos o absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente.
- **Modelo dialógico:** Neste modelo o diálogo constitui-se como instrumento essencial. A EpS entende-se como um processo de conscientização, mudança e transformação, caracterizada pela participação activa e no diálogo constante entre educandos e educadores. Neste modelo o educador já não é o detentor do saber que apenas educa, admite-se que enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos. O modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, já que é responsável pela construção de novos sentidos e significados individuais e colectivos sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Quadro 8. Síntese das concepções, vantagens, desvantagens e aplicações dos Modelos Tradicional e Dialógico de Educação

Modelo tradicional	Modelo dialógico (diálogo)
Concepções	Concepções
<ul style="list-style-type: none"> • Educação Bancária; • Transmissão de conhecimentos e ampliação de informações; • Cabeça bem-cheia; • Educandos: depósitos de conteúdos, são objectos do educador; • Não há estímulo para criação; • Seres passivos; • Educação verticalizada; • Considera-se a realidade do educador; • Pode não haver mudanças de hábitos e comportamentos; • Proporciona menor autonomia ao educando. 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação Problematizadora; • Construção de conhecimentos e competências; • Cabeça bem-feita; • Educandos: portadores de um saber, objecto de uma acção educativa e sujeito da própria educação; • Aprende-se por meio de uma prática reflexiva; • Seres activos; • Educação baseada no diálogo; • Considera-se a realidade do educando; • Mudanças duradouras de hábitos e comportamentos; • Proporciona maior autonomia ao educando.
Vantagens	Vantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona à população o conhecimento produzido cientificamente; • Amplia informações e conhecimentos já existentes; • Produz aquisição de conhecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Construção colectiva do conhecimento; • Proporciona ao educando visão crítica e reflexiva da realidade; • Capacita o educando para tomada de decisões.
Desvantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Formação de um indivíduo passivo, mero receptor de informações; • Não aplicação à realidade dos conteúdos ensinados; • Relação assimétrica entre educador e educando. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conhecimento e capacitação de profissionais para aplicação deste modelo.
Aplicação	Aplicação
<ul style="list-style-type: none"> • Projectos e capacitações de abrangência nacional; • Grupos com alto número de participantes, 	<ul style="list-style-type: none"> • Projectos e capacitações de abrangência comunitária; • Grupos com menor número de participantes; • Atitudes de promoção de saúde;

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Finalidade de sensibilização, sem necessariamente mudança de prática. | <ul style="list-style-type: none"> • Finalidade de produzir autonomia no indivíduo. |
|---|--|

Fonte: Figueiredo, 2010 Modelos aplicados às actividades de educação em saúde. Rev Brasileira de Enfermagem (19). <http://www.scielo.br>

2.6. Educação para a saúde na prática

Como descrito acima, as teorias e os modelos fundamentam e orientam as acções dos educadores de saúde em todas as fases dos processos de intervenção, do diagnóstico de necessidades à avaliação.

Neste contexto, segundo a Organização Não Governamental moçambicana Nweti, Comunicação para a Saúde, **(20)** devem ser desenhadas iniciativas de comunicação no sentido de informar às famílias sobre onde, como e quando os serviços de prevenção estão disponíveis, de fornecer orientações sobre a utilização adequada dos recursos existentes e sobre como reconhecer os sinais e sintomas da doença, assim sendo, neste item pretende se apresentar resumidamente o processo do planeamento em saúde, desde a identificação dos problemas de saúde até o monitoramento e avaliação das acções.

A planificação, segundo Campos (21) é entendida como uma das principais ferramentas para a identificação dos principais problemas de saúde das comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. O autor salienta que o acto de planear é inerente ao ser humano, sendo importante porque permite um melhor aproveitamento do tempo e dos recursos, aumentando as possibilidades de alcançarmos os objectivos almeçados.

Planificar é ainda um **processo permanente** para que se possa garantir a direcionalidade das acções desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando-se sempre caminhar em direcção aos objectivos que se quer alcançar.

O **Plano**, por sua vez, é um **produto momentâneo** de um processo de Planificação. Funciona como um instrumento para, em determinados momentos, permitir o compartilhamento e/ou a negociação dos projectos elaborados. O Plano nunca está acabado, mas tem que estar sempre pronto, para orientar a acção da equipe que planea.

<p>A Planificação ocorre em situações dinâmicas que sofrem constantes transformações, pelo que é fundamental estabelecer um processo permanente de planeamento que permita corrigir os rumos e manter a direcionalidade das acções desenvolvidas em relação aos objectivos a serem alcançados.</p>

2.6.1. Métodos de planeamento em saúde

Segundo Campos (21), quando se pretende alcançar **objectivos complexos** e colectivos, torna-se evidente, que a planificação é um processo fundamental, assim como é também

imprescindível contar com um **método de planeamento** que possibilite a compreensão e a **partilha** de uma mesma “linguagem” que seja capaz de contribuir para o **diálogo** e para efectiva **participação** de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano.

Diferenciando o entendimento de planejar com planeamento, campos, refere que *planejar* é pensar antes, durante e depois de agir, envolve o raciocínio (a razão) e, deste modo, entende-se que o planeamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a acção. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos.

Segundo o autor, em saúde, definem-se os objectivos a serem alcançados, a partir da situação em que nos encontramos, do caminho ou das acções que teremos de fazer para alcançar esses objectivos e com quais recursos precisamos contar.

Alguns exemplos de modelos ou métodos de planificação em saúde:

Segundo Campos, existem vários modelos ou métodos de planificação em saúde:

- **Planeamento Normativo:** A formulação do plano inicia-se com a realização de um **diagnóstico**. A partir do diagnóstico faz-se uma selecção de prioridades, definem-se as acções e os recursos com o intuito de alcançar mais eficiência nas acções de saúde. O planificador, com base nos seus conhecimentos técnicos “neutros”, faz o plano e estabelece as prioridades, desconsiderando os conflitos e os diferentes interesses existentes;
As limitações da utilização deste modelo para elaboração de intervenções, levou ao surgimento da corrente **do planeamento estratégico**. Pode-se entender que estratégia é, basicamente, uma maneira de construir viabilidade para um plano elaborado, visando alcançar determinados objectivos.

Campos (21) refere que, um dos desafios do processo de planeamento em saúde diz respeito à capacidade do grupo que está a fazer a planificação em identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado território, buscando definir prioridades quanto às soluções para reduzir esses problemas e elaborar um plano de acção baseado nessas prioridades.

Neste contexto, o problema é entendido como um obstáculo que impede a determinado actor de alcançar os seus objectivos.

Seguidamente são apresentados os passos para a elaboração de um plano de acção em saúde.

Passos para a elaboração do plano de acção

Para Campos (21), após o diagnóstico situacional do problema de saúde na área de abrangência: seguem-se os 10 passos de elaboração de um plano de acção para a resolução do problema escolhido a partir do diagnóstico realizado.

- ✚ **Primeiro passo: definição dos problemas:** Consiste em produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema e identificar os principais problemas da comunidade, e de seguida pensar nas intervenções para enfrentar os problemas de saúde da comunidade.
- ✚ **Segundo Passo: priorização de problemas.** Este passo consiste na selecção ou priorização dos problemas que serão enfrentados, uma vez que nem todos os problemas identificados poderão ser resolvidos ao mesmo tempo por motivos diversos como por exemplo a falta de recursos humanos, materiais ou financeiras. Como critérios para selecção ou priorização dos problemas, dentre outros pode-se considerar os seguintes critérios:
 - A importância do problema, a sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-lo.
 - Construção de uma planilha em que os problemas identificados são analisados e seleccionados quanto à prioridade em conjunto com a comunidade, segundo os critérios mencionados como se segue:
 - Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema;
 - Distribuindo pontos conforme sua urgência;
 - Definir se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto;
 - Enumerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (selecção).
- ✚ **Terceiro passo: descrição do problema seleccionado.** Passo considerado muito importante na planificação, consiste na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo do melhor modo para ter a ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta numa determinada realidade. Deve-se identificar da forma mais precisa possível, o que caracteriza o problema, inclusive pela sua quantificação, com o objectivo de:
 - Afastar qualquer ambiguidade diante do problema que se quer enfrentar;
 - Obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano.
- ✚ **Quarto passo: explicação do problema.** Este passo tem como objectivo entender a génese do problema a enfrentar a partir da identificação das suas causas e qual a relação entre elas. A partir da explicação do problema, será elaborado um plano de acção, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

- ✚ **Quinto passo: selecção dos “nós críticos”.** Uma vez identificadas as causas, segue-se uma análise cuidadosa de um problema de modo a ter mais clareza sobre onde actuar, ou quais causas devem ser abordadas. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas através de conceito “nó crítico” proposto pelo modelo do planeamento estratégico, ou seja, ao enfrenta-lo tem possibilidades de ser viabilizado pelo actor que está planeando, ou ainda ser entendido como algo que a actor pode intervir ou que esta dentro do seu espaço de abrangência.
- ✚ **Sexto passo: desenho das operações (elaboração do plano propriamente dito).** Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentar o problema iniciando a elaboração do plano de acção propriamente dito. Em síntese, são objetivos deste passo:
 - Descrever as operações para o enfrentar as causas seleccionadas como “nós críticos”;
 - Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
 - Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.
- ✚ **Sétimo passo: identificação dos recursos críticos.** Consiste na identificação dos recursos críticos que devem ser utilizados em cada operação.
- ✚ **Oitavo passo: análise de viabilidade do plano.** São os seguintes os objectivos desse passo:
 - Identificar os actores que controlam os recursos críticos necessários para a implementação de cada operação;
 - Fazer análise da motivação desses actores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano.
- ✚ **Nono passo: elaboração do plano operativo.** O objetivo desse passo é duplo:
 - Designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação);
 - Definir os prazos para a execução das operações.
- ✚ **Décimo passo: Gestão do plano**
 - Desenhar um modelo de gestão do plano de acção;
 - Discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e os seus respectivos instrumentos-

3. IMPLEMENTAÇÃO E DESAFIOS NA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MOÇAMBIQUE: ESTRATÉGIA NACIONAL E PROGRAMAS DE ACÇÃO

3.1. Adopção por parte de Moçambique dos princípios de promoção da saúde desde a Declaração de Alma-Ata sobre cuidados de saúde primária (CSP) em 1978.

Como foi descrito acima, na Carta de Ottawa (1986) a PdS é definida como “a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida”,

Segundo, Madziwa e outros (23), Moçambique adoptou o conceito de promoção da saúde desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978. Foi um dos países que assinou o compromisso de promoção da saúde durante a Conferência de Promoção da Saúde realizada em Ottawa em 1986. Entre os princípios da Declaração de Alma-Ata incluem-se: **o reforço do sistema de saúde, fortalecimento da acção comunitária, abordagem intersectorial, parcerias, prestação de serviços de prevenção, promoção e tratamento, políticas de saúde pública, sustentabilidade e uso de tecnologia apropriada e eficaz.** Nesta conferência, a promoção da saúde foi definida como “um processo de capacitação da comunidade para actuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação dela no controlo deste processo”.

Neste contexto, é a seguir apresentado como são implementadas as políticas de promoção da saúde e prevenção de riscos de doenças em Moçambique, com base no decreto Presidencial nº11/95 (24).

Criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS) através da lei nº 25/91, ao abrigo do disposto no artigo 117 da Constituição, o Presidente da República decretou no artigo 1 que “o Ministério da Saúde (MISAU) é o órgão Central do Aparelho do Estado que, de acordo com os princípios, objectivos e tarefas definidas pelo Governo, é responsável pela aplicação da Política de Saúde nos domínios públicos, privados e comunitários.

Neste âmbito, **são objectivos do MISAU:**

- Promover e dinamizar a resolução dos problemas de saúde, concebendo e desenvolvendo programas de promoção e protecção de Saúde bem como de prevenção e combate às doenças.
- Prestar cuidados de saúde às populações através do sector público da Saúde.
- Promover e apoiar o sector privado com fins não lucrativos.
- Promover, supervisionar e apoiar um Sistema Comunitário de prestação de cuidados de saúde.
- Formular a política farmacêutica e dirigir a sua execução de acordo com as orientações gerais traçadas pelo Governo.
- Promover e orientar a formação técnico-profissional do pessoal de Saúde.
- Promover o desenvolvimento de tecnologias apropriadas para o Sistema de Saúde.
- Promover o desenvolvimento da investigação em saúde aos diferentes níveis de cuidados, para garantia de uma melhor definição de Políticas de Saúde e gestão de programas.

Desde o ano 2000, o MISAU iniciou a elaboração de Planos Estratégicos para o Sector da Saúde (PESS), com o propósito de orientar a edificação do Sistema de Saúde moçambicano, em particular o Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo em vista a melhoria progressiva do estado de saúde da população. O primeiro desses planos correspondeu ao período de 2000 a 2005, o segundo ao período de 2007 a 2012 e o terceiro ao período de 2014 a 2019, com extensão para 2024. O Objectivo do mesmo é de proporcionar a todos os intervenientes na área da saúde, linhas mestras de orientação para o desenvolvimento e operacionalização de programas e projectos a todos níveis, que conduzam a um único resultado: **“a melhoria do estado de saúde da população”** (25).

Um dos princípios orientadores do PESS 2014-2019 (2024) é promover o acesso universal aos cuidados de saúde, com enfoque nos CSP integrados e contínuos para o indivíduo ao longo da sua vida. Baseia-se na abordagem de CSP para promover o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, contribuindo assim para o compromisso do sector em relação ao conceito de Cobertura Universal de Saúde (CUS).

A CUS significa garantir que todas as pessoas, em todos os lugares, possam aceder aos serviços de saúde essenciais e de qualidade sem ter que enfrentar dificuldades financeiras pelos mesmos (26).

Madziwa e outros, (23) referem que os diversos PESS incluem a implementação do programa de PdS. Os programas, visam contribuir para melhorar a capacidade das comunidades que promovem estilos de vida saudáveis; educação nutricional, higiene e saneamento; prevenção de doenças; implementação de iniciativas inovadoras de comunicação em saúde; fortalecimento da acção comunitária; desenvolvimento de promoção da saúde e protecção de ambientes; aumento da acessibilidade e disponibilidade de serviços de saúde; capacitação dos trabalhadores e parceiros de saúde e ajustar os sistemas de financiamento sustentável dos programas de promoção de saúde.

A figura a seguir representa as cinco prioridades a serem abordados nos planos de acção definidas no PESS 2014-2019 (2024) (25).

Figura 2 – As cinco principais prioridades definidas no PESS 2014-2019 (2024)



Fonte: Estratégia Nacional de Promoção de Saúde 2015 – 2019 [2024]. Não disponível on line

3.2. Estratégias de Implementação de PdS

Implementar uma política pública significa fazer com que ela saia do papel, criando condições necessárias para que a mesma funcione de modo efectivo como por exemplo a provisão de recursos no orçamento e necessidades em recursos humanos das pessoas. A participação de todos os intervenientes é condição de base para que as políticas / estratégias de promoção da saúde sejam eficazes.

Moçambique tem uma estratégia nacional para a promoção da saúde, com base nos três pilares, a educação em saúde, comunicação em saúde e participação da comunidade, mas, ainda existem alguns constrangimentos, que são comuns a todos os programas e serviços. Segundo a revisão do documento da Segunda Estratégia Nacional de Promoção de Saúde-ENPSII, consta que o MISAU desenhou e implementou a sua primeira estratégia Nacional de PdS no período entre **2010 – 2014**, tendo resultado em ganhos na melhoria do envolvimento comunitário como a revitalização do Programa dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs), a criação de Comitês de Saúde e de Co-Gestão e o delineamento de vários planos de comunicação e EpS **(22)**.

Em relação a segunda estratégia para o período entre **2015 – 2019/2024 (22)**, esta reflecte a mudança do perfil epidemiológico do país, caracterizado pela persistência de doenças transmissíveis e o avanço significativo de doenças não transmissíveis. A mesma visa estimular os esforços do SNS em promover hábitos de vida saudável para melhorar a saúde e o bem-estar da população Moçambicana em linha com o PESS 2014 – 2019 estendido até 2024, o Programa Quinquenal do Governo (2020 – 2024), as estratégias regionais da OMS-África para a PdS e para os determinantes sociais da saúde e o guião da OMS de abordagem multisectorial “Saúde em Todas Políticas” (22).

O mesmo autor indica que a esta estratégia defende os seguintes princípios para promover a saúde:

- **Equidade e inclusão** de todos os indivíduos para garantir o acesso e a disponibilidade de serviços e acções de promoção de saúde respeitando os assuntos do género;
- **Inovação** implementação de novas intervenções/tecnologias, programas, práticas e ideias que se demonstraram efectivas;
- **Apropriação pelas comunidades** dos programas através da sua participação em todas as actividades;
- **Colaboração e coordenação intrasectorial e intersectorial** dos diferentes actores para a promoção de saúde
- **Orientação para resultados com intervenções combinadas de Qualidade**, mudanças nas pessoas, comunidades e na sociedade baseadas em experiências válidas e a sua avaliação face aos resultados alcançados em cada contexto;
- **Abordagem centrada no contexto** atendendo às particularidades de cada local e de cada população-alvo e chamando a atenção para um maior respeito pela diversidade cultural.

3.3. Alguns programas de promoção e prevenção de doenças

O desenvolvimento de programas para promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objectivo a identificação oportuna e o monitoramento dos riscos em saúde, a compressão da morbilidade e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, visto que grande parte das doenças que acomete a população é passível de prevenção.

Os principais programas de saúde implementados em Moçambique no âmbito de promoção da saúde encontram-se inseridos nas duas Direcções Nacionais da estrutura do MISAU, nomeadamente: Programas da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) e Programas de Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM). Alguns dos programas da DNAM não têm intervenções directas de prestação de serviços, ou seja, que estejam directamente ligados a prestação de serviços aos pacientes. (25)

Quadro 9. Exemplos de Programas de PdS do MISAU

Programas da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP)	Programas de Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM)
<ul style="list-style-type: none"> - Programa da Malária - Programas de Saúde Sexual e infantil (SMI) - Programa de Prevenção do Cancro do Útero e da Mama, 2009 - Programa de Nutrição - Programa Alargado de Vacinação (PAV) - Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT) - Programa de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) - Programas de Promoção de Saúde - Programa de HIV (da intervenção de PTV) - Outros programas de Saúde Pública - Saúde Mental - Saúde Escolar 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de HIV/SIDA - Programa de circuncisão médica masculina voluntária - Medicina Interna, Cirurgia, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia/ Obstetrícia - Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Emergências - Transfusão de Sangue - Central Clínica de Laboratórios

Fonte: Dutt, A. Disponível em: www.healthpolicyproject.com (28)

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), os dados estatísticos indicam que o estado de saúde tem registado progressos, mas a ritmos diferentes como por exemplo, a esperança de vida ao nascer, embora tenha aumentado significativamente dos 42,3, em 1997, para **60,9 anos em 2019** (26) ainda é baixa comparativamente à média africana denotando insatisfação de muitas necessidades humanas básicas, tais como nutrição adequada, água potável e saneamento, serviços de saúde. Por outro lado, segundo a mesma fonte, há poucos avanços na redução da mortalidade materna e no alcance do acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva. Apesar da redução registada entre 1997 e 2019 nos últimos anos o Rácio de Mortalidade Materna é ainda inaceitavelmente alto (289/100.000 NV). A exposição ao risco de morte materna é igualmente elevada, com

as taxas de fecundidade geral a situarem-se nos 5.8 filhos, valor estacionário em relação aos anteriores IDss, em parte devido à pouca utilização dos serviços de planeamento familiar (PF).

O PESS (25), indica que por razões culturais e de acesso aos cuidados de Saúde, a maioria dos moçambicanos são primeiro observados pelos Praticantes da Medicina Tradicional (PMT) que abrangem a maior cobertura de serviços de saúde primários na comunidade (cerca de 70%). Como estratégia, o MISAU optou pela sua integração no Sistema Nacional de Saúde, como actores formais, na prestação dos CSP. Este reconhecimento resultou na criação do Instituto de Medicina Tradicional (IMT).

Paralelamente a Estratégia Nacional de Promoção de Saúde, o MISAU desenhou o plano de monitoria e avaliação da estratégia nacional de promoção de saúde 2015 – 2019 [2024], com o propósito de que vai permitir ao MISAU ao saber se está a implementar actividades de acordo com as metas e para o governo e parceiros captar o processo de transformação dos recursos financeiros, humanos e materiais no alcance dos objectivos de promoção de saúde em Moçambique. (27)

Quadro 10. Alguns Compromissos assumidos por Moçambique sobre PdS e Prevenção de Risco de Doenças

Internacionais	Regionais	Nacionais
<ul style="list-style-type: none"> - Conferência de Promoção da Saúde (Alma-Ata, 1978). - Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (Cairo,1994) - Convenção sobre os Direitos das Crianças (1990). -Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável (ODS). 	<ul style="list-style-type: none"> - Carta Africana sobre os Direitos e Bem-estar da Criança (1998). - Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (2003). -Estratégia da Saúde Sexual Reprodutiva para a Região Africana (1999-2007). 	<ul style="list-style-type: none"> - A Constituição da República de Moçambique (2004). - Lei de Prevenção e Combate ao trafico de Seres Humanos nº 6/2008. - Lei sobre violência Doméstica Praticada contra a mulher nº 297/2009. - Lei de Protecção das Pessoas que Vivem com o HIV e Sida nº5/2002. - Lei da Família nº10/2004. -Adopção da Carta dos Direitos e Deveres dos Pacientes, 2006. A carta trata da importância dos direitos humanos nos serviços de saúde, destacando a dignidade humana, a igualdade e a ética como valores fundamentais. O regulamento proíbe a discriminação com base no

		<p>estado de saúde e garante a confidencialidade das informações do paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva de 2011 - Criação do Concelho Nacional dos Direitos da Criança e da Comissão Nacional de Direitos Humanos e do Parlamento Infantil - Plano de Acção para Redução da Pobreza (PARP) 2011-2014 -Estratégia Nacional de Saúde Escolar e dos Adolescentes e Jovens, 2013. - Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS 2014-2019).
--	--	---

Fonte: Madziwa,A; Angst, F, A; Lazzarotto, A . Práticas de Promoção da Saúde e Desafios em Moçambique. *Revista REID*, vº2, nº11, 2020, disponivelem: <http://reid.ucm.ac.mz/index.php/reid/article/view/305>

3.4. Desafios no âmbito de PdS e prevenção da doença em Moçambique

O estado de saúde dos indivíduos, comunidades e população não é condicionado apenas por processos genéticos e biológicos, como foi mencionado acima, mas também é influenciado pelas condições sociais e económicas em que as pessoas vivem **(determinantes sociais da saúde)**. Neste âmbito, são vários os desafios colocados ao Serviço Nacional de Saúde no âmbito de promoção e prevenção de saúde.

O PESS 2014 – 2019/23 refere que apesar de melhorias documentadas, o actual estado de saúde da população moçambicana sugere a necessidade de acelerar os progressos na redução dos elevados índices de mortalidade materna e neonatal, por complicações da gravidez, parto e perinatais, incluindo a redução do risco resultante das elevadas taxas de fecundidade e de malnutrição. O mesmo autor faz referência a vulnerabilidade aos desastres naturais que tem assolado o país como por exemplos os sucessivos ciclones Idai, Kenneth, Eloise, as cheias/seca e a ocorrência de surtos epidémicos (exemplo a cólera,) doenças de transmissão sexual, COVID-19, situação que coloca desafios adicionais à capacidade de resposta do Sistema de Saúde. (25)

Figura 3 Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: Ministerio da Saúde. (MISAU). Estratégia Nacional de Promoção de saúde 2015- 2019 (2024). 2015. Não disponível on line

Segundo Madziwa, A. (23), a OMS afirma que as escolas são as instituições mais eficientes de atingir um grande número de pessoas e promover comportamentos saudáveis. Os fundamentos de uma escola que promove a saúde são: a promoção de um ambiente saudável; educação para saúde e dos serviços de saúde escolar; projectos, actividades e programas de promoção de saúde para funcionários, educação física e recreação; programas de aconselhamento; apoio social e promoção da saúde mental; e também, implementação de políticas e práticas que respeitem o bem-estar e a dignidade dos indivíduos. Em alinhamento com esta análise, o MISAU contempla nos seus diversos planos de promoção da saúde através da DNSP programas de saúde escolar, saúde mental entre outros. A pesar deste esforço, dos principais programas de saúde implementados em Moçambique, que justificam, parcialmente, os progressos registados no estado de saúde

identificam-se alguns constrangimentos (25) como por exemplo os referidos por Madziwa (23) citados seguidamente:

O país enfrenta carência de profissionais qualificados para a promoção da saúde, especialmente para planeamento estratégico, monitoramento e avaliação, gerando o aumento da prevalência de casos de malária, tuberculose, infecções respiratórias e sexualmente transmissíveis e doenças crónicas. Os jovens estão cada vez mais expostos ao trauma, álcool, tabaco e abuso de substâncias ilícitas. Enquanto o PESS, 2014- 2019 aponta como principais constrangimentos para a implementação adequada dos programas de promoção de saúde **(25)**: A disponibilidade não equitativa de RH qualificados, difícil acesso às US, incluindo os de nível básico, não disponibilidade de equipamento adequado, deficiente distribuição atempada de medicamentos e envolvimento comunitário, inadequado seguimento das normas e protocolos existentes bem como a falta de protocolos em alguns programas ou serviços. Face a estes desafios, o MISAU, segundo **(30)** reconhecendo que algumas barreiras dependem de factores de diferentes tipos (políticos, institucionais, sócio culturais e individuais) que limitam a promoção integral da saúde e prevenção de saúde, revitalizou, em 2016, a unidade de reformas institucionais com o objectivo de coordenar a elaboração de um plano trienal de reformas, segundo a agenda do PESS, e de monitorar os progressos. Uma das primeiras acções de reforma será a revisão da política de saúde datada de 1995, para melhor orientar a missão do sector para o alcance da cobertura universal de saúde e fortalecimento dos cuidados de saúde primários incluindo o sistema de saúde comunitário.

Por outro lado, o autor (23) indica que o governo moçambicano reconhece que a saúde não é uma responsabilidade apenas do sector da saúde. Ela é citada na agenda de todos formuladores de políticas para que estejam cientes das decisões que tomam e permitam que a população, a partir de informações consistentes e acessíveis a ela, faça as suas escolhas saudáveis, implementa estratégias de redução da pobreza desde 2001, para contemplar os determinantes sociais da saúde que são, a educação, estabilidade económica, ambiente favorável, contexto e saúde e cuidados de saúde, trabalha em parceria com várias ONGs para implementar programas de desenvolvimento comunitário e empoderamento para combater a pobreza e o desemprego. Este programa visa melhorar a qualidade de vida da população, que é o objectivo principal da promoção da saúde.

Em 2006, o MISAU adoptou a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, que trata da importância dos direitos humanos nos serviços de saúde, destacando a dignidade humana, a igualdade e a ética como valores fundamentais.

A medicina tradicional também foi incorporada ao sistema de saúde de Moçambique, estratégia que fornece uma abordagem holística para a saúde, respeitando as crenças, valores e normas dos indivíduos. Os agentes polivalentes elementares (APEs), médicos tradicionais e activistas voluntários trabalham para alcançar os grupos mais vulneráveis com informações relacionadas à saúde, e aumentando a cobertura dos serviços de saúde.

Os recursos do sistema de saúde estão sendo descentralizados das cidades para as áreas rurais para garantir a equidade na prestação de serviços. Neste contexto se enquadra a iniciativa Presidencial "Um Distrito, Um Hospital Distrital". **(31)**. Iniciativa que visa expandir e reforçar a capacidade de assistência sanitária de qualidade à população e provisão de serviços essenciais em todas as regiões do País. Os hospitais de nível distrital que, entre outras condições, devem dispor de pelo menos quatro especialidades básicas, entre as quais: um bloco operatório, ortopedia, laboratório, radiologia e banco de sangue, o que permite que as comunidades destas regiões deixem de percorrer longas distâncias para ter acesso aos serviços oferecidos por estas unidades sanitárias. Com o Projecto "Um Distrito - Um Hospital", o governo espera contribuir para materialização dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em particular para o alcance da meta 3 (garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades).

3.5. Efectividade da PdS

Lima, et al, (29) referem que não basta afirmar que o programa apresentou determinados resultados, é preciso, também, especificar como e por que este ou aquele procedimento funcionou satisfatoriamente ou não (avaliação do processo). A análise qualitativa assim desenvolvida permite que sejam detectados os pontos mais vulneráveis e bloqueadores da acção, bem como os aspectos facilitadores da implementação da intervenção, permitindo desta forma os necessários reajustes e regulações cabíveis.

Segundo a UIPES **(5)**, a eficácia e efectividade são conceitos que qualificam os resultados das intervenções de promoção da saúde (PdS). O mesmo autor, baseando-se no conceito de promoção da saúde segundo a carta de Ottawa, caracteriza a promoção da saúde eficaz "como aquela capaz de conduzir a mudanças nos determinantes sociais da saúde. Tais determinantes incluem tanto aqueles que estão sob o controle das pessoas (condutas individuais, estilos de vida, utilização dos serviços de saúde), como os que estão fora do seu controle (condições sociais, económicas e ambientais, assim como a prestação de serviços).

Esta Instituição propõe quatro critérios para a estimativa do êxito de um programa ou projeto de PS:

Quadro 10. Critérios para estimativa do êxito de um programa ou projeto de PdS

- a) dos responsáveis pela elaboração de políticas e gestores de orçamento:** O êxito será definido pelo impacto económico, isto é, relação custo/benefício, em curto prazo;
- b) dos profissionais de promoção da saúde:** Define-se o êxito em termos da exequibilidade da sua implantação e da possibilidade de que pessoas e organizações se comprometam com acções em prol da melhoria da qualidade de vida. Supõe-se a

competência de tais profissionais para julgarem, com dose razoável de confiança, o possível êxito do programa, pelos objectivos alcançados, em circunstâncias da vida real;

c) **da população beneficiada pelo programa**: principalmente se ele for participativo ou não, e se trabalha ou não com prioridades que a comunidade haja identificado (ou reconhecido);

d) **dos pesquisadores académicos** (que necessitam julgar o êxito para melhorar o conhecimento e a compreensão da relação entre as intervenções e os efeitos observados, aplicando "regras de evidência" científica): o êxito poderia ser definido em termos de rigor metodológico, manutenção da integridade dos programas e alcance de resultados predeterminados

Fonte: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES) y sus Oficinas Regionales para las Américas (ORLA) y América del Norte (NARO. Sub-Região Brasil. Disponível em: <https://www.ufpe.br>.

Como referido acima, a PdS tem como meta a qualidade de vida e os seus princípios norteadores são: **equidade, a paz e a justiça social**. A efectividade de uma intervenção de promoção da saúde é reconhecida quando os seus resultados são favoráveis ou exitosos, em condições de vida real com sustentabilidade (5)

Finalmente, segundo o mesmo autor, são estratégias da Promoção da Saúde: a intersectorialidade, a mobilização social e de parcerias na implementação das acções, a sustentabilidade e a defesa pública da saúde (advocacia).

BIBLIOGRAFIA

- 1- Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS). 2013. Disponível em: www.ine.gov.mz
- 2- Demarzo, M. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. Disponível em: www.unasus.unifest.br
- 3- Agência Nacional de Saúde Suplementar do Brasil (ANS). Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Brasil/RJ. 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>
- 4- Moacyr, Scilar. História do Conceito de Saúde. Rio de Janeiro: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 17 (1). 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- 5- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES) y sus Oficinas Regionales para las Américas (ORLA) y América del Norte (NARO. Sub-Região Brasil. Disponível em: <https://www.ufpe.br>.
- 6- Ministério da Saúde do Brasil. As cartas da Promoção Brasília, 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br>.
- 7- Ivonete T.S. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto contexto em Revista de Enfermagem. Vol.15 no.2 Florianópolis April/June 2006. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>
- 8- Vianna, L. Processo Saúde- Doença. Módulo do Gestor. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br>
- 9- Czeresnia, Dina. O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. Disponível em: <http://www.fo.usp.br>
- 10- Montilla, D. Noções básicas da epidemiologia. Disponível em: <https://www5.ensp.fiocruz.br>
- 11- Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS) 2010. Módulos de princípios de Epidemiologia para o controle de enfermidades. Disponível em: bvsmis.saude.gov.br
- 12- Janini, J, et al. Educação em saúde e promoção da saúde: Impacto na qualidade de vida do idoso, Rj, v39, nº105.2015. Disponível em: [Hpps://www.scielo.br/pdf](https://www.scielo.br/pdf)
- 13- Ministério da Educação e Ciência de Portugal. Direção Geral da Educação. Programa de Apoio à Promoção e Educação para a saúde. Disponível em: <https://www.dge.mec.pt>
- 14- Queiroz, S. Reflexões sobre educação e saúde. Disponível em <http://www.op.edu.eu/artigo>
- 15- Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE): Educação em saúde, planejando as ações educativas - teoria e practica. Disponível em: <https://cursosextensao.ups.br>

- 16- Verdi, M. A educação em saúde. 2010 Disponível em: Unasus.moodle.ufsc.br
- 17- Rodrigues, M. Educação para a saúde no século 21. files.jvilalas.webnode.pt.
- 18- Ministério da Saúde. (MISAU). Manual do formador do programa Geração Biz, Directrizes Éticas. 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/15813561-1-sumario-ex-ecutivo-2-geracao-biz.html>
- 19- Figueiredo, M. Modelos aplicados às actividades de educação em saúde. Rev Brasileira de Enfermagem. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br>
- 20- NWETI, comunicação para a saúde. Disponível em <https://www.scielo.br>
- 21- Campos, F. O planeamento e Avaliação das Acções de Saúde 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br>
- 22- Ministerio da Saúde. (MISAU). Estratégia Nacional de Promoção de saúde 2015- 2019 (2024). 2015. Não disponível on line
- 23- Madziwa. A. Práticas de Promoção da Saúde e desafios em Moçambique. REID, volume 2, nº11 2020. Moçambique. 2020. Disponível em: <http://www.ucm.ac.mz/cms/>, <http://www.reid.ucm.ac.mz>
- 24- Ministerio da Saúde. (MISAU). Boletim da República de 29 de dezembro de 1995 Série Número 52. Disponível em: www.MISAU.gog.mz
- 25- Ministerio da Saúde. (MISAU) Plano Estratégico do Sector Saúde 2014-2019. 2013. Disponível em: <https://www.MISAU.gov.mz>
- 26- Instituto Nacional de Estatística. População Moçambicana para 2021. Disponível em: <http://www.ine.gov.mz/noticias/populacao-mocambicana-para-2021>
- 27- Ministerio da Saúde (MISAU). Plano de monitoria & avaliação da estratégia nacional de promoção de saúde 2015 – 2019 [2024]. Não disponível on line
- 28- Dutta, A., N. et all. Necessidades de Recursos Estimados e Impacto do Plano Estratégico do Sector de Saúde de Moçambique, 2014–2019. Washington, DC: FuturesGroup. Projeto de Políticas de Saúde. Disponível em: www.healthpolicyprojet.com.
- 29- Lima, L. Ciência e saúde colectiva. 2004 vol.9 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300019>
- 30- OMS, 2019 Terceira estratégia de cooperação da OMS com Moçambique 2018-2022) Disponível em: <https://www.afro.who.it>
- 31- Jornal Noticia: PR lança “Um Distrito, Um hospital Distrital” Disponível em: <https://www.Portaldogoverno.gov.ma>