MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Promoção da Saúde

3ª edição

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7

Brasília – DF
2010

© 2006 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em do Ministério da http://www.saude.gov.bvs

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7

Tiragem: 3ª edição – 2010 – 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação e Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, sobreloja, sala 148
CEP: 70058-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 3315-3419
Fax: (61) 3315-3498
E-mail: svs@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/svs
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6.° andar, sala 655
CEP: 70058-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 3315-2497 / 3315-3543
Fax: (61) 3226-4340
Home page: http://www.saude.gov.br/dab/

Elaboração:
Otaliba Libânio Morais Neto
Deborah Carvalho Malta
Adriana Miranda de Castro
Cristiane Scolari Gosch
Dais Gonçalves Rocha
Marta Maria Alves da Silva
Luis Fernando Rolim Sampaio
Carmem Lucia de Simoni
Gisele Bahia
Beatriz Figueiredo Dobashi

Revisão:
Lilian Assunção
Ângela Nogueira

Capa, projeto gráfco e diagramação:
Gilberto Tomé e Fred Lobo

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7)

ISBN 978-85-334-1639-0

1. Promoção da saúde. 2. Qualidade de vida. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614-048.65

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0133

Títulos para indexação:
Em inglês: National Policy of Health Promotion
Em espanhol: Política Nacional de Promoción de la Salud

Sumário

05 Apresentação

07 Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006

09 Introdução

17 Objetivo geral

17 Objetivos específicos

19 Diretrizes

20 Estratégias de implementação

23 Responsabilidades das esferas de gestão

23 Gestor federal

24 Gestor estadual

25 Gestor municipal

29 Ações específicas

29 Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde

29 Alimentação saudável

33 Prática corporal/atividade física

35 Prevenção e controle do tabagismo

37 Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

37 Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito

37 Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz

38 Promoção do desenvolvimento sustentável

39 **Referências**

41 **Anexos**

42 **Anexo A**
Portaria nº 1.409, de 13 de junho de 2007

45 **Anexo B**
Portaria Interministerial n° 1.010, de 8 de maio de 2006

50 **Anexo C**
Portaria nº 23, de 18 de maio de 2006

53 **Anexo D**
Portaria Interministerial Nº 675, de 4 de Junho de 2008

56 **Anexo E**
Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007

Apresentação

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Nessa direção, o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria nº 687, de 30 de março de 2006

Aprova a Política de Promoção da Saúde

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS; e

Considerando O Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS –, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS; resolve:

Art. 1º – Aprovar a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme documento disponível no seguinte endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Art. 2º – Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Saraiva Felipe

Introdução

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade.

Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao viver.

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população.

Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas.

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema "Democracia é Saúde" e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (Conferência Nacional de Saúde, 1986). Era um momento chave do

movimento da Reforma Sanitária brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 1990a).

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os mo-

dos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social.

O exercício da cidadania, assim, vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede.

O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas.

Desta forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a eqüidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer.

No texto constitucional tem-se ainda que o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social.

No entanto, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da Saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade.

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada

questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

O compromisso do setor Saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Dessa maneira, é tarefa do setor Saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas.

Ao se retomar as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa (BRASIL, 1996) e analisar a literatura na área, observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Nesta linha de intervenção já é possível encontrar um acúmulo de evidências convincentes, que são aquelas baseadas em estudos epidemiológicos demonstrativos de associações convincentes entre exposição e doença a partir de pesquisas observacionais prospectivas e, quando necessário, ensaios clínicos randomizados com tamanho, duração e qualidade suficientes (BRASIL, 2004a).

Entretanto, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa (BRASIL, 1996) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, eqüidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamen-ta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2004b), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes.

Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

Objetivo geral

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Objetivos específicos

I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;

II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);

III– Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim;

IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;

V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/ contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;

VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;

VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;

IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;

X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;

XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e

XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

Diretrizes

I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da eqüidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;

II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;

III – Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a eqüidade e o empoderamento individual e comunitário;

IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e

VI – Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Estratégias de implementação

De acordo com as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – Ministério da Saúde, estados e municípios, destacamos as estratégias preconizadas para implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

I – Estruturação e fortalecimento das ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil;

II – Estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo;

III – Desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde;

IV – Apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular referentes à promoção da saúde que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde:

   a) estímulo à inclusão nas capacitações do SUS de temas ligados à promoção da saúde; e
   b) apoio técnico a estados e municípios para inclusão nas capacitações do Sistema Único de Saúde de temas ligados à promoção da saúde.

V – Apoio a estados e municípios que desenvolvam ações voltadas para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis;

VI – Apoio à criação de Observatórios de Experiências Locais referentes à Promoção da Saúde;

VII – Estímulo à criação de Rede Nacional de Experiências Exitosas na adesão e no desenvolvimento da estratégia de municípios saudáveis:

a) identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde com foco em ações de alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas e ambiente livre de tabaco;
b) identificação e desenvolvimento de parceria com estados e municípios para a divulgação das experiências exitosas relativas a instituições saudáveis e ambientes saudáveis;
c) favorecimento da articulação entre os setores da saúde, meio ambiente, saneamento e planejamento urbano a fim de prevenir e/ou reduzir os danos provocados à saúde e ao meio ambiente, por meio do manejo adequado de mananciais hídricos e resíduos sólidos, uso racional das fontes de energia, produção de fontes de energia alternativas e menos poluentes;
d) desenvolvimento de iniciativas de modificação arquitetônicas e no mobiliário urbano que objetivem a garantia de acesso às pessoas portadoras de deficiência e idosas; e
e) divulgação de informações e definição de mecanismos de incentivo para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis com ênfase na redução dos riscos de acidentes de trabalho.

VIII – Criação e divulgação da Rede de Cooperação Técnica para Promoção da Saúde;

IX – Inclusão das ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS:
a) apoio e fortalecimento de ações de promoção da saúde inovadoras utilizando diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;

X – Inclusão da saúde e de seus múltiplos determinantes e condicionantes na formulação dos instrumentos ordenadores do planejamento urbano e/ou agrário (planos diretores, agendas 21 locais, entre outros);

XI – Estímulo à articulação entre municípios, estados e Governo Federal valorizando e potencializando o saber e as práticas existentes no âmbito da promoção da saúde:

a) apoio às iniciativas das secretarias estaduais e municipais no sentido da construção de parcerias que estimulem e viabilizem políticas públicas saudáveis;

XII – Apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto na situação de saúde considerando ações de promoção da saúde:

a) apoio à construção de indicadores relativos as ações priorizadas para a Escola Promotora de Saúde: alimentação saudável; práticas corporais/atividade física e ambiente livre de tabaco; e

XIII – Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e países onde as ações de promoção da saúde estejam integradas ao serviço público de saúde:

a) criação da Rede Virtual de Promoção da Saúde.

Responsabilidades das esferas de gestão

Gestor federal

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Promover a articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações referentes às ações de promoção da saúde;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite;

IV – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;

V – Definir e apoiar as diretrizes capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locorregionais;

VI – Viabilizar linhas de financiamento para a promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumentos de avaliação de desempenho;

VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política de Promoção da Saúde;

IX – Articular com os sistemas de informação existentes a inserção de ações voltadas a promoção da saúde no âmbito do SUS;

X – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XI – Definir ações de promoção da saúde intersetoriais e pluriinstitucionais de abrangência nacional que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população;

XII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;
XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;
XIV – Promoção de cooperação nacional e internacional referentes às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; e
XV – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

Gestor estadual

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades loco-regionais;
III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política, considerando a composição bipartite;
IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias estaduais de saúde;
V – Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações de promoção da saúde;
VI – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;
VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;
VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades loco-regionais;

X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito estadual;
XI – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;
XII – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;
XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;
XIV – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;
XV – Promoção de cooperação referente às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde; e
XVI – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

Gestor municipal

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais;
III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política de Promoção da Saúde;
IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento, e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias de municipais de saúde;

V – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VI – Participação efetiva nas iniciativas dos gestores federal e estadual no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de dados e informações fidedignas que qualifiquem a pesquisas nessa área;

VII – Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

VIII – Implantar estruturas adequadas para monitoramento e avaliação das iniciativas de promoção da saúde;

IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais;

X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito municipal;

XI – Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde;

XII – Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica;

XIII – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;

XIV – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

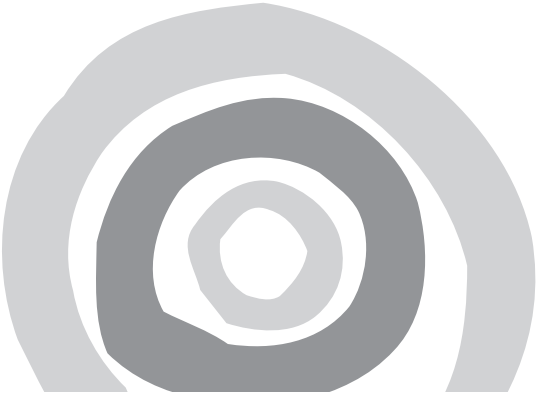
XV – Ênfase ao planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, no qual os determinantes e condicionantes da saúde sejam instrumentos para formulação das ações de intervenção;

XVI – Reforço da ação comunitária, por meio do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório;

XVII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;

XVIII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde; e

XIX – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.



Ações específicas

Para o biênio 2006-2007, foram priorizadas as ações voltadas a:

Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde

I – Promover seminários internos no Ministério da Saúde destinados à divulgação da PNPS, com adoção de seu caráter transversal;

II – Convocar uma mobilização nacional de sensibilização para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, com estímulo à adesão de estados e municípios;

III – Discutir nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares; e

IV – Avaliar o processo de implantação da PNPS em fóruns de composição tripartite.

Alimentação saudável

I – Promover ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada;

II – Promover articulação intra e intersetorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global:

a) com a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável, considerando as especificidades culturais, regionais e locais;

b) mobilização de instituições públicas, privadas e de setores da sociedade civil organizada visando ratificar a implementação de ações de combate à fome e de aumento do acesso ao alimento saudável pelas comunidades e pelos grupos populacionais mais pobres;
c) articulação intersetorial no âmbito dos conselhos de segurança alimentar, para que o crédito e o financiamento da agricultura familiar incorpore ações de fomento à produção de frutas, legumes e verduras visando ao aumento da oferta e ao conseqüente aumento do consumo destes alimentos no país, de forma segura e sustentável, associado às ações de geração de renda;
d) firmar agenda/pacto/compromisso social com diferentes setores (Poder Legislativo, setor produtivo, órgãos governamentais e não-governamentais, organismos internacionais, setor de comunicação e outros), definindo os compromissos e as responsabilidades sociais de cada setor, com o objetivo de favorecer/garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população, possibilitando a redução e o controle das taxas das DCNT no Brasil;
e) articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável, o que inclui: espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e para as populações institucionalizadas; e
f) articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco do DCNT, com especial ênfase para a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos.

III – Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira:

a) divulgação ampla do Guia Alimentar da População Brasileira para todos os setores da sociedade;
b) produção e distribuição de material educativo (Guia Alimentar da População Brasileira, 10 Passos para uma Alimentação Saudável para Diabéticos e Hipertensos, Cadernos de Atenção Básica sobre Prevenção e Tratamento da Obesidade e Orientações para a Alimentação Saudável dos Idosos);
c) desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável;
d) estimular ações que promovam escolhas alimentares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda;
e) estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos;
f) produção e distribuição de material educativo e desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios da amamentação;
g) sensibilização dos trabalhadores em saúde quanto à importância e aos benefícios da amamentação;
h) incentivo para a implantação de bancos de leite humano nos serviços de saúde; e
i) sensibilização e educação permanente dos trabalhadores de saúde no sentido de orientar as gestantes HIV positivo quanto às especificidades da amamentação (utilização de banco de leite humano e de fórmula infantil).

IV – Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar:
a) fortalecimento das parcerias com a SGTES, Anvisa/MS, Ministério da Educação e FNDE/MEC para promover a alimentação saudável nas escolas;

b) divulgação de iniciativas que favoreçam o acesso à alimentação saudável nas escolas públicas e privadas;
c) implementação de ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar;
d) produção e distribuição do material sobre alimentação saudável para inserção de forma transversal no conteúdo programático das escolas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação;
e) lançamento do guia "10 Passos da Alimentação Saudável na Escola";
f) sensibilização e mobilização dos gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, e as respectivas instâncias de controle social para a implementação das ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, com a adoção dos dez passos; e
g) produção e distribuição de vídeos e materiais instrucionais sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas.

V – Implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação:
a) implementação do Sisvan como sistema nacional obrigatório vinculado às transferências de recursos do PAB;
b) envio de informações referentes ao Sisvan para o Relatório de Análise de Doenças Não Transmissíveis e Violências;
c) realização de inquéritos populacionais para o monitoramento do consumo alimentar e do estado nutricional da população brasileira, a cada cinco anos, de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;
d) prevenção das carências nutricionais por deficiência de micronutrientes (suplementação universal de ferro medicamentoso para gestantes e crianças e administração de megadoses de vitamina A para puerperais e crianças em áreas endêmicas);

e) realização de inquéritos de fatores de risco para as DCNT da população em geral a cada cinco anos e para escolares a cada dois anos, conforme previsto na Agenda Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, do Ministério da Saúde;
f) monitoramento do teor de sódio dos produtos processados, em parceria com a Anvisa e os órgãos da vigilância sanitária em estados e municípios; e
g) fortalecimento dos mecanismos de regulamentação, controle e redução do uso de substâncias agrotóxicas e de outros modos de contaminação dos alimentos.

VI – Reorientação dos serviços de saúde com ênfase na atenção básica:
a) mobilização e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais;
b) incorporação do componente alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de forma a permitir o diagnóstico e o desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável; e
c) reforço da implantação do Sisvan como instrumento de avaliação e de subsídio para o planejamento de ações que promovam a segurança alimentar e nutricional em nível local.

Prática corporal/atividade física

I – Ações na rede básica de saúde e na comunidade:
a) mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existentes nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles em que não há ações;
b) ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis;

c) capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo;
d) estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporaisatividades físicas;
e) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física;
f) constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do "Pratique Saúde no SUS" (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção); e
g) incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).

II – Ações de aconselhamento/divulgação:

a) organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; e
b) desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.

III – Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros:

a) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de desenvolver ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes;
b) estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios;
c) estimular a inserção e o fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade;

d) resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos; e
e) articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho.

IV – Ações de monitoramento e avaliação:

a) desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis;
b) estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física; e
c) consolidar a Pesquisa de Saúde dos Escolares (SVS/MS) como forma de monitoramento de práticas corporais/atividade física de adolescentes.

Prevenção e controle do tabagismo

I – Sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que:

a) reduza a aceitação social do tabagismo;
b) reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar;
c) proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental;
d) reduza o acesso aos derivados do tabaco;
e) aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar;
f) controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor.

II – Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de "comunidades livres de tabaco", divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos:
    a) Dia a Mundial sem Tabaco (31 de maio); e
    b) Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto);

III – Fazer articulações com a mídia para divulgação de ações e de fatos que contribuam para o controle do tabagismo em todo o território nacional;

IV – Mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários (unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho) capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela;

V – Investir na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco:
    a) realizando ações educativas, normativas e organizacionais que visem estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores; e
    b) atuando junto a profissionais da área de saúde ocupacional e outros atores-chave das organizações/instituições para a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas mesmas e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.

VI – Articular com o MEC/secretarias estaduais e municipais de educação o estímulo à iniciativa de promoção da saúde no ambiente escolar; e

VII – Aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

I – Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas conseqüências;

II – Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool.

III – Promover campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às conseqüências da "direção alcoolizada";

IV – Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população;

V – Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências; e

VI – Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito

I – Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação;

II – Articulação de agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema; e

III – Apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito.

Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz

I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;

II – Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;

III – Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual;
IV – Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal;
V – Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência;
VI – Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações; e
VII – Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências.

Promoção do desenvolvimento sustentável

I – Apoio aos diversos centros colaboradores existentes no País que desenvolvem iniciativas promotoras do desenvolvimento sustentável;
II – Apoio à elaboração de planos de ação estaduais e locais, incorporados aos Planos Diretores das Cidades;
III – Fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável;
IV – Apoio ao envolvimento da esfera não-governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis;
V – Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável;
VI – Estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em desenvolvimento sustentável; e
VII – Promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n.° 39, de 2001. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>. Acesso em: 5 maio 2005.

_____. Lei n.° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. *Análise da estratégia global da OMS para alimentação saudável, atividade física e saúde*: documento realizado pelo grupo técnico assessor instituído pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 596, de 8 de abril de 2004. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *Plano nacional de saúde 2004-2007*. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Promoção da saúde*: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

Anexos

Anexo A

Portaria nº 1.409, de 13 de junho de 2007

Institui Comitê Gestor da
Política Nacional de Promoção da Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de desenvolver, fortalecer e implementar políticas e planos de ação em âmbito nacional, estadual e municipal que consolidem o componente da promoção da saúde no SUS;

Considerando a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal capaz de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas;

Considerando o objetivo específico da Política Nacional de Promoção da Saúde quanto à incorporação e implementação de ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; e Considerando as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, embasadas na integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade, resolve:

Art. 1º Instituir Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde - CGPNPS tem as seguintes atribuições:

I – consolidar a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – consolidar a Agenda Nacional de Promoção da Saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos de cada uma das secretarias do Ministério da Saúde e com o Plano Nacional de Saúde;

III – articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, no contexto do Pacto pela Saúde;

IV – coordenar a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS e em sua articulação com os demais setores governamentais e não-governamentais;
V – incentivar a inclusão da Promoção da Saúde e a elaboração, por parte dos Estados do Distrito Federal dos Municípios, de Planos Municipais, Estaduais e termos de compromisso do Pacto de Gestão; e
VI – monitorar e avaliar as estratégias de implantação/implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e seu impacto na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades.

Art. 2º O CGPNPS terá a seguinte composição:

I – três representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS;
II – três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS;
III – um representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP;
IV – um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES;
V – um representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE;
VI – um representante da Secretária-Executiva – SE;
VII – um representante da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;
VIII – um representante da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ;
IX – um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
X – um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;
XI – um representante do Instituto Nacional de Câncer – INCA;

XII – um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; e

XIII – um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

§ 1º Para cada membro titular do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde será indicado um representante suplente.

§ 2º Os membros titular e suplente do CGPNPS serão nomeados por portaria do Secretário de Vigilância em Saúde.

§ 3º Os membros deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades no debate dos temas pertinentes ao Comitê, sendo que, na eventualidade de existência de conflito de interesses, os membros deverão abster-se de participar da discussão e deliberação sobre o tema.

Art. 3º O CGPNPS contará com uma Secretaria-Executiva, vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde, que o coordenará. Art. 4º Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde a adoção das medidas e procedimentos necessários para o pleno funcionamento e efetividade do disposto nesta Portaria.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 1.190/GM, de 14 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2005, seção 1, página 108.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo B

Portaria Interministerial n° 1.010, de 8 de maio de 2006 / Gabinete do Ministro

Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, E O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a dupla carga de doenças a que estão submetidos os países onde a desigualdade social continua a gerar desnutrição entre crianças e adultos, agravando assim o quadro de prevalência de doenças infecciosas;

Considerando a mudança no perfil epidemiológico da população brasileira com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase no excesso de peso e obesidade, assumindo proporções alarmantes, especialmente entre crianças e adolescentes;

Considerando que as doenças crônicas não transmissíveis são passíveis de serem prevenidas, a partir de mudanças nos padrões de alimentação, tabagismo e atividade física;

Considerando que no padrão alimentar do brasileiro encontra-se a predominância de uma alimentação densamente calórica, rica em açúcar e gordura animal e reduzida em carboidratos complexos e fibras;

Considerando as recomendações da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à necessidade de fomentar mudanças sócio-ambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis no nível individual;

Considerando que as ações de Promoção da Saúde estruturadas no âmbito do Ministério da Saúde ratificam o compromisso brasileiro com as diretrizes da Estratégia Global;

Considerando que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) insere-se na perspectiva do Direito Humano à Alimentação adequada e que entre suas diretrizes destacam-se a promoção da alimentação saudável, no contexto de modos de vida saudáveis e o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira;

Considerando a recomendação da Estratégia Global para a Segurança dos Alimentos da OMS, para que a inocuidade de alimentos seja inserida como uma prioridade na agenda da saúde pública, destacando as crianças e jovens como os grupos de maior risco;

Considerando os objetivos e dimensões do Programa Nacional de Alimentação Escolar ao priorizar o respeito aos hábitos alimentares regionais e à vocação agrícola do município, por meio do fomento ao desenvolvimento da economia local;

Considerando que os Parâmetros Curriculares Nacionais orientam sobre a necessidade de que as concepções sobre saúde ou sobre o que é saudável, valorização de hábitos e estilos de vida, atitudes perante as diferentes questões relativas à saúde perpassem todas as áreas de estudo, possam processar-se regularmente e de modo contextualizado no cotidiano da experiência escolar;

Considerando o grande desafio de incorporar o tema da alimentação e nutrição no contexto escolar, com ênfase na alimentação saudável e na promoção da saúde, reconhecendo a escola como um espaço propício à formação de hábitos saudáveis e à construção da cidadania;

Considerando o caráter intersetorial da promoção da saúde e a importância assumida pelo setor Educação com os esforços de mudanças das condições educacionais e sociais que podem afetar o risco à saúde de crianças e jovens;

Considerando, ainda, que a responsabilidade compartilhada entre sociedade, setor produtivo e setor público é o caminho para a construção de modos de vida que tenham como objetivo central a promoção da saúde e a prevenção das doenças;

Considerando que a alimentação não se reduz à questão puramente nutricional, mas é um ato social, inserido em um contexto cultural; e

Considerando que a alimentação no ambiente escolar pode e deve ter função pedagógica, devendo estar inserida no contexto curricular, resolvem:

Art. 1º Instituir as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes pública e privada, em âmbito nacional, favorecendo o desenvolvimento de ações que promovam e garantam a adoção de práticas alimentares mais saudáveis no ambiente escolar.

Art. 2º Reconhecer que a alimentação saudável deve ser entendida como direito humano, compreendendo um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas, sociais e culturais dos indivíduos, de acordo com as fases do curso da vida e com base em práticas alimentares que assumam os significados sócio-culturais dos alimentos.

Art. 3º Definir a promoção da alimentação saudável nas escolas com base nos seguintes eixos prioritários:

I – ações de educação alimentar e nutricional, considerando os hábitos alimentares como expressão de manifestações culturais regionais e nacionais;
II – estímulo à produção de hortas escolares para a realização de atividades com os alunos e a utilização dos alimentos produzidos na alimentação ofertada na escola;
III – estímulo à implantação de boas práticas de manipulação de alimentos nos locais de produção e fornecimento de serviços de alimentação do ambiente escolar;
IV – restrição ao comércio e à promoção comercial no ambiente escolar de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras; e
V – monitoramento da situação nutricional dos escolares.

Art. 4º Definir que os locais de produção e fornecimento de alimentos, de que trata esta Portaria, incluam refeitórios, restaurantes, cantinas e lanchonetes que devem estar adequados às boas práticas para os serviços de alimentação, conforme definido nos regulamentos vigentes sobre boas práticas para serviços de alimentação, como forma de garantir a segurança sanitária dos alimentos e das refeições.

Parágrafo único. Esses locais devem redimensionar as ações desenvolvidas no cotidiano escolar, valorizando a alimentação como estratégia de promoção da saúde.

Art. 5º Para alcançar uma alimentação saudável no ambiente escolar, devem-se implementar as seguintes ações:

I – definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis;

II – sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis;

III – desenvolver estratégias de informação às famílias, enfatizando sua co-responsabilidade e a importância de sua participação neste processo;

IV – conhecer, fomentar e criar condições para a adequação dos locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação, considerando a importância do uso da água potável para consumo;

V – restringir a oferta e a venda de alimentos com alto teor de gordura, gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola;

VI – aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras;

VII – estimular e auxiliar os serviços de alimentação da escola na divulgação de opções saudáveis e no desenvolvimento de estratégias que possibilitem essas escolhas;

VIII – divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas, trocando informações e vivências;

IX – desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional das crianças, com ênfase no desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e educação nutricional; e

X – incorporar o tema alimentação saudável no projeto político pedagógico da escola, perpassando todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares.

Art. 6º Determinar que as responsabilidades inerentes ao processo de implementação de alimentação saudável nas escolas sejam compartilhadas entre o Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Ministério da Educação/Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação.

Art. 7º Estabelecer que as competências das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, Educação e Alimentação Escolar sejam pactuadas em fóruns locais de acordo com as especificidades identificadas.

Art. 8º Definir que os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, Instituições e Entidades de Ensino e Pesquisa possam prestar apoio técnico e operacional aos estados e municípios na implementação da alimentação saudável nas escolas, incluindo a capacitação de profissionais de saúde e de educação, merendeiras, cantineiros, conselheiros de alimentação escolar e outros profissionais interessados.

Parágrafo único. Para fins deste artigo, os órgãos envolvidos poderão celebrar convênio com as referidas instituições de ensino e pesquisa.

Art. 9º Definir que a avaliação de impacto da alimentação saudável no ambiente escolar deva contemplar a análise de seus efeitos a curto, médio e longo prazos e deverá observar os indicadores pactuados no pacto de gestão da saúde.

Art. 10º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA
Ministro de Estado da Saúde Interino

FERNANDO HADDAD
Ministro Estado da Educação

Anexo C

Portaria nº 23, de 18 de maio de 2006

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 37, do Decreto nº 5.678, de 18 de janeiro de 2006 e considerando,

O disposto no § 2º, Art. 2º da Portaria/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005, que institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde;

A Portaria/GM nº 687, de 30 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde, resolve:

Art. 1º Constituir o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde – CGPNPS, de que trata a Portaria/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005.

Art. 2º Estabelecer que o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde será composto pelos seguintes membros titulares e suplentes:

I – Otaliba Libânio Morais – Dasis/SVS/MS
Suplente: Deborah Carvalho Malta – CGDANT/Dasis/SVS/MS
II – Adriana Miranda de Castro – CGDANT/Dasis/SVS/MS
Suplente: Cristiane Scollari Gosch – CGDANT/Dasis/SVS/MS
III – Anamaria Testa Tambellini – CGVAM/SVS/MS
Suplente: Marta Helena Paiva Dantas – CGVAM/SVS/MS
IV – Carmen de Simoni – DAB/SAS/MS
Suplente: Antonio Dercy Silveira Filho – DAB/SAS/MS
V – Maria Cristina Boaretto – Dape/SAS/MS
Suplente: José Luis Telles – Dape/SAS/MS
VI – Ana Cecília Silveira Lins Sucupira – Dape/SAS/MS
Suplente: Sueza Abadia de Souza – Dape/SVS/MS
VII – Ena Araújo Galvão – SGTES/MS

Suplente: Cláudia Maria da Silva Marques – SGTES/MS
VIII – José Luiz Riani Costa – SGP/MS
Suplente: Mª Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana – SGP/MS
IX – Pubenza Castellanos – SCTIE/MS
Suplente: Antonia Ângulo Tuesta – SCTIE/MS
X – Roberta Soares Nascimento – Funasa/MS
Suplente: Irânia Maria da Silva Ferreira Marques – Funasa/MS
XI – Antonio Ivo de Carvalho – Fiocruz/MS
Suplente: Lenira Fracasso Zancan – Fiocruz/MS
XII – Gulnar Azevedo e Silva Mendonça – Inca/MS
Suplente: Cláudio Pompeiano Noronha – Inca/MS
XIII – Afonso Teixeira dos Reis – ANS/MS
Suplente: Martha Regina de Oliveira – ANS/MS

Parágrafo único. Os membros do CGPNPS terão com mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos por determinação do Secretário de Vigilância em Saúde.

Art. 3º O CGPNPS será coordenado pelo Diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde – Dasis/SVS/MS e/ou seu suplente, que terá as seguintes competências:

I – Convocar e coordenar as reuniões do comitê assessor;
II – Indicar um técnico do Dasis/SVS/MS para desenvolver atividades necessárias ao funcionamento do comitê; e
III – Encaminhar atas, relatórios e recomendações para apreciação e aprovação do Secretário de Vigilância em Saúde.

Art. 4° Os membros do CGPNPS terão as seguintes competências:

I – Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CGPNPS;
II – Apresentar temas, bem como discutir e deliberar as matérias submetidas a CGPNPS; e
III – Compor grupos técnicos para analisar temas específicos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, quando indicados pela plenária ou quando solicitado pelo coordenador.

Art. 5° A CGPNPS reunir-se-á ordinariamente ou extraordinariamente quando convocado pelo seu Coordenador, sendo que as mesmas serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, cinqüenta por cento mais um dos seus membros.

Art. 6° As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em Brasília ou em local a ser de.nido por decisão do Secretário de Vigilância em Saúde.

Art. 7° A participação no CGPNPS será considerada serviço público relevante, não ensejando qualquer remuneração.

Art. 8° Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

Anexo D

Portaria Interministerial Nº 675, de 4 de Junho de 2008 (*) / Gabinete do Ministro

Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.

OS MINISTROS DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe confere os incisos I e II do parágrafo único do art. 87, da Constituição, e considerando a necessidade de promover a articulação institucional entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para a execução de ações de atenção, prevenção e promoção à saúde nas escolas, bem como o caráter transversal da atenção à saúde e a necessidade de envolver a comunidade nas estratégias de educação para a saúde na rede pública de educação básica, resolvem:

Art. 1º Instituir a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE, com a finalidade de estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 2º Compete à Comissão:

I – propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola;

II – apresentar referenciais conceituais de saúde necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação na esfera da educação básica;

III – apresentar referenciais conceituais de educação necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais da saúde;

IV – propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas do governo; e

V – acompanhar a execução do Programa Saúde na Escola – PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa.

Art. 3º A Comissão compõe-se de um representante de cada uma das seguintes unidades de órgãos públicos e de entidades vinculadas e do setor privado:

I – Ministério da Educação:
a) Secretaria-Executiva – SE;
b) Secretaria de Educação Básica – SEB;
c) Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade - SECAD;
d) Secretaria de Educação Especial – SEESP;
e) Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE;
II – Ministério da Saúde:
a) Secretaria-Executiva – SE;
b) Secretaria de Atenção à Saúde – SAS;
c) Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS
d) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES;
e) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP;
III – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
IV – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
V – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação – CONSED; e
VI – União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação – UNDIME.

§ 1º Os membros e respectivos suplentes, indicados pelas instituições identificadas neste artigo, e o coordenador da comissão serão designados em ato conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde.

§ 2º A Comissão poderá convidar representantes de órgãos, entidades ou pessoas do setor público e privado para exame de assuntos específicos, sempre que entenda necessária a sua colaboração para o pleno alcance dos seus objetivos.

Art. 4º A Comissão será coordenada pelo Ministério da Saúde.

Art. 5º O apoio administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos da Comissão serão providos pelos Ministérios da Educação e da Saúde.

Art. 6º A participação na Comissão é de relevante interesse público e não será remunerada.

Art. 7º Ficam revogadas as Portarias Interministeriais Nº 1.820, de 1º de agosto de 2006, e Nº 16, de 24 de abril de 2007.

Art. 8º Esta Portaria Interministerial entra em vigor na data de sua publicação.

FERNANDO HADDAD
Ministro de Estado da Educação

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

(*) Republicada no DOU Nº 165, de 27-08-2008, seção1, pág. 14 por ter saído no DOU Nº 106, de 5-7-2008, seção1, págs. 19 e 20, com incorreção do original.

Anexo E

Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007

Institui o Programa Saúde na Escola – PSE,
e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição, DECRETA:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola – PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Art. 2º São objetivos do PSE:

I – promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II – articular as ações do Sistema Único de Saúde – SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III – contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV – contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V – fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI – promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII – fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

§ 1º São diretrizes para a implementação do PSE:

I – descentralização e respeito à autonomia federativa;

II – integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;

III – territorialidade;

IV – interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V – integralidade;

VI – cuidado ao longo do tempo;

VII – controle social; e

VIII – monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2º O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

§ 3º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

I – o contexto escolar e social;

II – o diagnóstico local em saúde do escolar; e

III – a capacidade operativa em saúde do escolar.

Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

I – avaliação clínica;

II – avaliação nutricional;

III – promoção da alimentação saudável;

IV – avaliação oftalmológica;
V – avaliação da saúde e higiene bucal;
VI – avaliação auditiva;
VII – avaliação psicossocial;
VIII – atualização e controle do calendário vacinal;
IX – redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
X – prevenção e redução do consumo do álcool;
XI – prevenção do uso de drogas;
XII – promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
XIII – controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
XIV – educação permanente em saúde;
XV – atividade física e saúde;
XVI – promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e
XVII – inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Art. 5º Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

I – promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;
II – subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;
III – subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;
IV – apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;
V – estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e

Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

VI – definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2º Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Art. 6º O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8º Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Fernando Haddad

Jose Gomes Temporão

Este texto não substitui o publicado no DOU de 6.12.2007