PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Health-illness process and health promotion: conceptual and theoretical aspects

Rosalba Cassuci Arantes[1], Joice L.Appelt Martins[2], Michelle Faria Lima[3],
Rosangela Malard N. Rocha[4], Rosalina Carvalho da Silva[5], Wilza Vieira Villela[6]

RESUMO

Este artigo apresenta algumas das concepções acerca do processo saúde-doença e promoção da saúde que figuram na literatura brasileira recente, visando contribuir para a reflexão sobre seus diferentes modos de sua apreensão e concretização. Tem, como referência, os contextos sócio-históricos que influenciaram a construção dos conceitos em questão, analisados a partir da argumentação de autores contemporâneos representativos do campo. O trabalho estrutura-se em dois blocos: o primeiro corresponde à apresentação de diferentes conceituações sobre saúde, doença e processo saúde-doença, relacionando-os aos momentos históricos que lhes deram origem. No segundo, procura-se descrever o desenvolvimento dos conceitos e práticas de promoção da saúde e de prevenção nos últimos anos e sua incorporação ao Sistema Único de Saúde - SUS. A análise desta evolução histórica mostra que embora os conceitos talvez sejam ainda limitados para expressar a extensão e concretude das iniciativas implementadas no âmbito do SUS, têm grande utilidade operacional no sentido de orientar projetos políticos sanitários.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde. Saúde Pública. Processo Saúde-Doença. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This article presents some of the concepts surrounding the health-illness process and the health promotion efforts that appear in recent Brazilian literature, aiming to contribute toward some reflection on the different types of concern and their manifestations. As a reference, we cite the socio-historical contexts that influenced the development of the concepts in question, based on the arguments of contemporary representative authors. The work is structured into two blocks: the first presents the different conceptualizations of health, illness and the process "health-illness", relating them with the historical settings from which they originated. The second describes the development of the concepts and practices of health promotion and prevention strategies in the past few years, and its incorporation into the Brazilian Public Health System - SUS. The analysis of this evolutionary process shows that although these concepts are perhaps still limited in describing the extent and concreteness of the initiatives implemented within the scope of SUS, they have great operational value in guiding health policy projects.

KEY WORDS: Health Promotion. Public Health. Health-Disease Process. Single Health System

[1] Enfermeira, Mestranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca.
[2] Educadora Física, Mestranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca.
[3] Fisioterapeuta, Mestranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca.
[4] Médica, Mestranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca.
[5] Psicóloga, docente do PPG em Promoção de Saúde da UNIFRAN
[6] Médica, docente do PPG em Promoção de Saúde da UNIFRAN
Rua Dr. Vasconcellos Teixeira, Nº. 155, Apto. 101, Alto do Córrego, Paracatu – MG.
E-mail: rosalbacassuci@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma revisão de algumas das concepções acerca do processo saúde-doença e da promoção da saúde que figuram na literatura recente, tomando como referência aportes de autores representativos do campo, visando contribuir para a reflexão sobre suas práticas na atualidade. Para tanto, consideram-se os contextos sociohistóricos que influenciaram a construção de cada um dos conceitos referidos, pois a realidade nada mais é do que a união entre filosofia e história.

Segundo Gramsci (1991, p.37),

> *a filosofia de uma época histórica, portanto, não é senão a história desta mesma época, a massa de variações que o grupo dirigente conseguiu determinar na realidade precedente: nesse sentido, história e filosofia são inseparáveis, formam um bloco.*

Ainda de acordo com este autor, o conhecimento derivado da filosofia comprova que a consciência é limitada por fatores externos das classes em domínio, o que podemos chamar de ideologia. As ideologias nada mais são do que conjunto de idéias que formam uma super estrutura, sendo que elas podem ser orgânicas, necessárias a uma determinada estrutura ou arbitrárias, desejadas. Elas têm uma função psicológica, pois "organizam as massas humanas, formam o terreno sobre o qual os homens se movimentam, adquirem consciências de sua posição" (GRAMSCI, 1991, p.38).

Na medida em que o homem acreditou, por longo tempo, nos conceitos e nomes das coisas como verdades absolutas, adquiriu aquele orgulho com que se elevou acima do animal: pensava ter efetivamente na linguagem o conhecimento do mundo. De fato, a linguagem é o primeiro grau do esforço em direção à ciência (NIETZCHE, 1996).

A linguagem tem como principal função a de representar uma realidade. Toda área científica se transforma em campos simbólicos que se legitimam na medida em que conseguem estabelecer uma linguagem fundamentada em conceitos, métodos e técnicas para compreensão do mundo (TEIXEIRA, 2003).

A ciência tem como principal objetivo descrever e interpretar a realidade, sua tradição se expressa na linguagem que conta seus acúmulos, suas repetições, suas superações. Como, ao longo da História, a mesma passa por constantes transformações e renovações, os cientistas sempre produzem novos paradigmas, que serão sempre parciais e inacabados, por terem como principal característica a superação de sua condição de existência. "Não é possível pensar em um paradigma que seja particular, exclusivo de uma ciência isolada. Um paradigma afeta ao mesmo tempo todas as disciplinas científicas, exatas ou não" (SANTOS, 1990, p.159).

Toma-se como pressuposto que conceitos refletem realidades sociohistóricas específicas, expostas a desconstruções e a novas construções (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2006) o que também pode ser observado no campo da saúde. O conceito de saúde é trabalhado a partir da definição da Organização Mundial de Saúde, que a considera não como ausência de doença, mas numa perspectiva positiva e ampliada, cujo foco é o processo social de sua produção. Isto requer a convocação de conhecimentos interdisciplinares e a mobilização de práticas intersetoriais que visem à expansão dos modelos de intervenção para além do enfoque biomédico.

Para Morin (2004), um conceito "não pode ser tomado como capaz de substituir algo que é mais complexo [...] o pensamento é um combate com e contra a lógica, com e contra o conceito".

MÉTODO

Foi feita uma revisão bibliográfica com as palavras-chave: promoção da saúde e processo saúde doença. Selecionaram-se artigos originais de alguns autores representativos do campo que figuram na literatura recente, considerando as circunstâncias sociohistóricas que influenciaram a construção dos referidos conceitos e práticas, visando contribuir para uma reflexão sobre estes na atualidade.

O período de publicação selecionado foi entre os anos de 2000 a 2007, para refletir a produção mais recente sobre o tema (da década de 90 até a atualidade).

Na primeira parte do trabalho, é realizado um percurso histórico pelas distintas concepções de saúde, doença e processo saúde-doença que têm orientado as práticas ao longo do tempo. Na segunda, procura-se contrapor o desenvolvimento dos conceitos e práticas da promoção da saúde aos de prevenção, a partir da sua incorporação ao Sistema Único de Saúde do Brasil.

PROBLEMATIZANDO OS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA

A historicidade dos conceitos deriva da necessidade contínua de produção de instrumentos que possam orientar o pensamento na busca de soluções para os desafios da vida cotidiana. Por conseguinte, a sua produção se apóia nas

concepções filosóficas, teóricas e políticas hegemônicas em um determinado momento, não sendo possível, portanto, abordar um conceito sem refletir sobre a sua história.

A história da produção dos conceitos de saúde e doença é marcada pelas diferentes tentativas de buscar modelos explicativos para os sofrimentos humanos que pudessem superar a visão mágico-religiosa dominante. Com o nascimento da chamada Medicina Moderna, ao final da época clássica, estas explicações começam, de fato, a serem substituídas pela busca das causas biológicas que estariam na origem dos processos patológicos.

Este entendimento da doença, no entanto, mostra-se insuficiente para abordar a saúde e, na década de 70, começam a surgir as primeiras tentativas sistemáticas de construir teoricamente um conceito de saúde. Este esforço inicial, entretanto, ainda está ancorado no modelo biomédico e numa abordagem negativa da idéia de saúde. A idéia é de que existe uma estrutura dinâmica e biológica que permite um funcionamento "normal" do corpo; qualquer alteração nestes domínios causaria a doença. Assim, como aponta Boorse (1975) citado por Czeresnia e Freitas (2003, p.56): "saúde se refere à normalidade no cumprimento das funções das diferentes partes do organismo: o normal é objetiva e propriamente definido como aquele cuja função está em acordo com o seu desenho".

Estes modelos explicativos que tomam a saúde e a doença como duas faces de uma moeda cunhada pela materialidade do corpo rapidamente dão lugar a novos modelos que buscam incorporar a cultura e a linguagem enquanto mediadores no processo de adoecimento. Kleinman, *et al.* (1978) citado por Czeresnia e Freitas (2003, p.98), por exemplo, mesmo reconhecendo a existência de patologias, alterações ou disfunções de processos biológicos e/ou psicológicos, definidos de acordo com a concepção biomédica, introduzem a idéia de enfermidade, que diz respeito aos processos de significação cultural da doença: "a saúde, a enfermidade e o cuidado são parte de um sistema cultural e assim devem ser entendidos em suas relações mútuas; examiná-los isoladamente distorce a compreensão da natureza de cada um deles e o modo como funcionam em um dado contexto".

Desde uma perspectiva distinta, Canguilhem (1995) citado por Czeresnia e Freitas (2003) afirma que "é impossível associar normalidade e saúde, ou anomalia e patologia", dado que a vida não se resume ao funcionamento fisiológico do organismo individual e que "o ser vivo e o meio não podem ser chamados de normais se forem considerados em separado" (CZERESNIA; FREITAS,2003, p.57).

Para Good e Good (1980), citado por Czeresnia e Freitas (2003), "as fronteiras entre o normal-patológico e saúde-doença seriam estabelecidas pelas experiências de enfermidade em diferentes culturas, pelos modos como elas são narradas e pelos rituais empregados para reconstruir o mundo que o sofrimento destrói [...], a enfermidade situa-se no domínio da linguagem e do significado e, por isso, constitui-se em uma experiência humana" (CZERESNIA; FREITAS, 2003, p.98).

Entretanto, a distinção entre patologia e enfermidade também não dá conta da dimensão social do processo de adoecimento, considerando-se esta última não apenas enquanto determinante, mas também, e fundamentalmente, como um processo de atribuição de significados socialmente reconhecidos a signos de comportamentos desviantes e sinais biológicos, de modo a transformá-los em eventos plenos de sentido.

Outra vertente na discussão do processo saúde-doença tenta escapar das definições de saúde que tomam por referência os processos patológicos ou que consideram os processos sociais de nominação e reconhecimento, para buscar definições de caráter positivo e não relacional. O exemplo mais famoso desta tendência é a definição da Organização Mundial de Saúde, como um "estado completo de bem estar físico, social e mental". No entanto, segundo alguns críticos, o termo "bem estar" como a perfeita satisfação física ou moral, sustenta-se em uma utopia, onde o "perfeito" escapa, pelas impossibilidades e imperfeições humanas, inviabilizando a conquista plena da satisfação (BRÊTAS et al, 2005). Segundo Stachtchenko e Jenicek, (1990) citado por Alves et al (1996), essa definição conceitua a saúde como "uma meta ideal, que pode ser abordada, mas nunca alcançada. É um estado abstrato" (ALVES *et al.*, 1996).

Czeresnia e Freitas (2003) buscam, então, uma perspectiva mais realista, apontando que a "saúde não poderá ser pensada como carência de erros, mas sim como a capacidade de enfrentá-los [...] e que a experiência do vivo inclui a experiência da doença".

Na mesma direção, Tavares (1994) citado por Silva (2006) afirma que "[...] a saúde e doença em sentido absoluto não existem. Ambas são a totalidade de um processo, a prova disso é que não se consegue definir uma sem falar da outra" (SILVA, 2006). Para Stédile (1996) citado por Moreschi (2000), "os indivíduos em geral não são saudáveis ou doentes, apresentam diferentes graus nas suas condições de saúde, que podem variar, dependendo de uma grande quantidade de fatores que a determinam em dado momento" (MORESCHI, 2000, p.3).

Para alguns autores, uma das dificuldades da definição do processo saúde-doença repousaria no modo como é descrito o corpo humano, cuja divisão em sistemas, aparelhos e órgãos cria quase que uma impossibilidade de pensar-se no corpo enquanto totalidade complexa.

Para Czeresnia e Freitas (2003), "o corpo é assim, desconectado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida, desconsiderando-se que a prática médica entra em contado com homens e não apenas com seus órgãos e funções". Esta posição está de acordo com Canguilhem quando se pergunta:

> *O que é um sintoma, sem contexto, sem pano de fundo? O que é uma complicação, separada daquilo que a complica? Quando classificamos como patológico um sintoma ou um mecanismo funcional isolado, esquecemos que aquilo que os torna patológicos é sua relação de inserção na totalidade indivisível de um comportamento individual. De tal modo que a análise fisiológica de funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções. A patologia, quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas ela só pode saber que é uma patologia, isto é, estudo dos mecanismos da doença porque recebe da clínica essa noção de doença cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio* (CANGUILHEM, 1990, p.64-65).

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. A primeira não é objeto que se possa delimitar, não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

INTERVINDO SOBRE A SAÚDE: PROMOÇÃO X PREVENÇÃO

Segundo Canguilhem (1990), aceitar um determinado conceito ou idéia de saúde implica escolher certas intervenções sobre o corpo e a vida dos sujeitos e implica, ao mesmo tempo, na redefinição do espaço onde se exerce o controle administrativo dos indivíduos, entendidos como grupo humano, como população.

O conceito positivo e ampliado de saúde possibilita que se reflita sobre o processo social de sua produção. Isto requer a mobilização de conhecimentos interdisciplinares e práticas intersetoriais, no sentido de ações que estimulem e promovam a produção da saúde. É neste sentido que o movimento de promoção da saúde busca formas de operacionalização da perspectiva positiva da saúde por meio da articulação de saberes técnicos e populares, institucionais e comunitários, públicos e privados, agindo sobre os determinantes gerais da saúde e da qualidade de vida, incluindo aí os cenários econômicos, políticos e sociais onde vivem os indivíduos e as populações concretas.

O termo "promoção da saúde" aparece pela primeira vez em 1920, em Winslow, no contexto do final da primeira guerra mundial e fortalecimento das organizações de trabalhadores, descrevendo o esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorassem as condições de saúde e os programas educativos para a população. Em 1946, também inspirado pelo necessário empenho de reconstrução nacional em período de pós-guerra, Sigerist definiu como tarefas essenciais da medicina a promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

No modelo de história natural das doenças desenvolvido por Leavell e Clarck [não está indicado nas referencias], a promoção da saúde aparece incluída no conjunto de ações a serem desenvolvidas no primeiro nível da atenção, a prevenção primária. Apesar de esse modelo ter dado uma significativa contribuição para o controle das doenças infecto-contagiosas, não tem sido tão útil quando se aplica às doenças crônicas não-transmissíveis, mais diretamente relacionadas aos modos e hábitos de vida de cada indivíduo que à presença de um agente biológico num ambiente específico.

Nesta perspectiva, a prevenção primária, neste caso, estaria mais relacionada a uma mudança em alguns hábitos ou práticas do que a ações coletivas sobre o ambiente ou o espaço. Uma crítica feita a este tipo de propostas de promoção da saúde é a premissa de que os indivíduos devem assumir a responsabilidade sobre os efeitos deletérios de seus hábitos de vida não saudáveis, derivando daí a noção de "culpabilidade das vítimas", na qual os grupos populacionais à margem do desenvolvimento capitalista são responsabilizados por problemas de saúde cujas causas reais, sociais, econômicas e culturais, encontram-se fora de sua governabilidade (PEREIRA, 1995).

A pertinência deste tipo de crítica e a importância de continuar buscando alternativas para que a saúde não se restrinja apenas ao combate das doenças fazem com que a discussão sobre o sentido, conteúdo e a abrangência da promoção da saúde seja revigorada em 1974, com o Relatório de Lalonde. Para entender as razões pelas quais a promoção

da saúde (re) emerge nesse momento, é necessária uma rápida contextualização histórica. No período imediatamente anterior, a Europa erguia-se da Segunda Guerra Mundial e, por isso, instalavam-se políticas públicas direcionadas ao bem-estar social e à solidariedade. Em contrapartida, na América do Norte expandia-se o liberalismo, doutrina cuja ênfase é posta sobre o individuo, o crescimento econômico e a acumulação privada. A saúde não escapa à lógica de mercado, estando direcionada para o tratamento das doenças e focalizada na prática médica. A saúde entra na esfera do consumo privado, ou seja, na "síndrome da medicina moderna", procedimentos desnecessários, consumo excessivo de medicamentos, expropriação da autonomia decisória do usuário e conseqüente descompromisso com a produção de saúde (CAMPOS, 2006).

No cenário internacional, os sistemas e serviços de saúde apresentam-se cada vez mais em crise, devido a suas raízes fincadas na concepção do "estado de bem estar social", à impossibilidade de manter esta concepção e as práticas daí decorrentes frente às mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais das sociedades contemporâneas, e ao volume de recursos financeiros, tecnológicos e operacionais requeridos para responder a estas novas demandas.

O Informe Lalonde, divulgado em 1974, no Canadá, foi elaborado como resposta à "necessidade de combater os custos crescentes da assistência médica e de fazer frente ao reduzido impacto da abordagem médica de doenças crônico-degenerativas" Pasche e Hennington (2006) apud Castro e Malo (2006), sendo considerado um marco conceitual na área da promoção da saúde, ao ampliar o conceito do campo da saúde para além da assistência médica e apontar para outros determinantes (LACERDA, 2002).

Segundo o Relatório de Lalonde, a saúde "[...], resulta de um conjunto de determinantes localizáveis no "campo da saúde" e nele, em quatro grupos explicativos: ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização de serviço de saúde". Esse relatório apresenta cinco estratégias para enfrentar os problemas deste campo: promoção de saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos, e preconiza que as ações de saúde devam ter como objetivo adicionar anos à vida e adicionar vida aos anos, por meio de uma responsabilidade individual (CARVALHO, 2005, p.46).

Ainda na década de 70, são realizadas as primeiras Conferências Internacionais das Nações Unidas voltadas para a saúde. O debate sobre promoção da saúde atravessa as fronteiras canadenses para fomentar discussões em âmbito internacional, por meio dos principais órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Em 1978, a OMS, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realiza a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, em Alma-Ata. É nesta conferência que os países participantes celebram o compromisso de "Saúde para Todos no ano 2000", estabelecendo um conjunto de oito elementos essenciais para atingir tal meta, a saber: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básicos apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes e distribuição de medicamentos básicos.

Apesar de importantes, alguns dos resultados desta conferência foram pouco divulgados como: a reafirmação de que a saúde é um direito humano fundamental, de que as desigualdades são inaceitáveis; de que os governos têm responsabilidade pela saúde dos cidadãos e a população tem direito de participar das decisões no campo da saúde, Buss (2000 apud Lacerda 2002). No entanto, a Conferência de Alma-Ata contribuiu para a construção do conceito atual de promoção da saúde e os seus resultados embasaram a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986.

A Carta de Ottawa (1986) foi um documento que se tornou referência para as demais Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas pela OMS. Ali, a promoção da saúde se define como um "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". Percebe-se uma maior amplitude neste conceito, reforçando a responsabilidade do indivíduo e agora também da comunidade, já que a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar maneiras que permitam a todas as pessoas realizarem seu potencial de saúde (BRASIL, 2002).

Em 1988, a Conferência de Adelaide elege como tema central as políticas públicas saudáveis e seus possíveis impactos sobre a saúde, realçando a proposta de intersetorialidade, que a partir daí tem marcado o discurso de promoção de saúde. Afirma também a visão global e a responsabilidade internacionalista da promoção da saúde (BUSS, 2000).

Segundo Salazar (2004), a OPAS, em 1990, propôs uma definição, segundo a qual a promoção da saúde é resultante das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, visando o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva.

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Sundsvall, em 1991. Nela foi discutido o ambiente favorável e promotor de saúde, trazendo, assim, o tema ambiente em seu sentido mais amplo, inclusive na perspectiva do desenvolvimento sustentável e humano (BRASIL, 2002).

Desta forma, ao final do século XX, a promoção da saúde representava uma estratégia promissora contra os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seu entorno. Por isso, na Conferência de Jacarta, em 1997, discutiu-se e refletiu-se sobre a promoção da saúde para um novo século em diversos cenários (BRASIL, 2002).

A partir do ano 2000, ocorreram outras conferências como a do México, que teve como objetivo principal demonstrar como a promoção da saúde faz diferença na saúde e na qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas. A marca, nestes eventos, foi um olhar para a promoção de saúde que engloba desde as políticas públicas em geral, até as organizações e sujeitos envolvidos nas múltiplas dimensões da vida social (CARVALHO *et al.*, 2003).

Atualmente, a promoção da saúde tem sido norteada pela busca de autonomia de indivíduos e grupos e de eqüidade, desafio que se impõe, dado que os mecanismos de produção de desigualdades são muitos, antigos e arraigados nas dinâmicas sociais, não havendo consenso entre as explicações elaboradas em torno do tema.

Rosseau, importante filósofo suíço do século XVIII, por exemplo, parte da consideração de que os homens nascem iguais, mas são tornados desiguais pela sociedade, que se superpõe lentamente ao estado de natureza pelo desenvolvimento das artes. Já o filósofo alemão Nietzsche parte do pressuposto de que os homens são, por natureza, desiguais e apenas a sociedade, com sua moral gregária, com sua religião da compaixão e da resignação pode fazer que se tornem iguais. Para Albuquerque *et al.* (1976), um sistema justo consistiria em tratar os iguais de modo igual e desigualmente os desiguais, o que sugere a seguinte pergunta: Quem são os iguais e quem são os desiguais?

Para Marx, a desigualdade é existente e moldada pelas relações de produção, nas quais há um ser dominante e outro dominado e o Estado, um representante do poder das classes dominantes. Este pensador postula que as formas democráticas são tanto um instrumento quanto um perigo para a burguesia, já que as mesmas podem ser utilizadas para criar ilusões ou tornar-se um meio pelo qual as massas venham a deter o poder (MARX, 1985). Para Gramsci, teórico italiano de século XX, cuja obra se filia ao pensamento de Marx, os indivíduos são a "síntese das relações existentes, mas também da história destas relações, isto é, o resumo de todo o passado" (GRAMSCI, 1991). Para este autor, se hoje existem tantos problemas sociais e vive-se em uma dominação constante sobre as massas, é porque os indivíduos não sabem o poder que cada um tem sobre o todo, pois, se soubessem, conseguiriam reverter a situação com revoluções organizadas.

A democratização dos espaços sociais, pré-requisito para uma efetiva promoção de saúde, somente poderá acontecer se estiver baseada no empoderamento dos indivíduos e grupos, processo este que implica em acumulação de saber e de poder pela população e pressupõe a democratização da informação e a ampliação da autonomia do sujeito. Isto requer uma ampla e profunda discussão sobre as relações existentes entre pobres e ricos, especialistas e não-especialistas, países desenvolvidos e em desenvolvimento, homens e mulheres, heterossexuais e homossexuais (CARVALHO, 2004).

Para Buss (2000), o empoderamento da população, por meio da difusão das evidências das relações entre saúde e seus pré-requisitos, é enfocado nas estratégias de promoção da saúde, visto que, numa nova distribuição de deveres e direitos entre Estado e sociedade, entre indivíduos e coletivo, entre público e privado, a questão da participação deve ser entendida e praticada como uma "saúde que queremos".

De fato, a idéia de um mundo em que todos tenham saúde se apresenta como um norte potente e agregador de organização e resistência política. Por exemplo, ao final da década de 1970, quando o Brasil se encontrava em plena luta contra a ditadura militar e a área da saúde defendia a idéia de que não há saúde sem democracia, "Saúde para todos no ano 2000" foi o lema e emblema lançado durante a I Conferência Mundial de Saúde na luta pela eqüidade e justiça sanitária e também contra o autoritarismo dos regimes militares em vários países (PASCHE ; HENNINGTON 2006 apud CASTRO; MALO 2006) .

Desde a segunda metade do século XX, os movimentos sociais têm buscado o reconhecimento dos direitos sociais ao lado dos direitos de civis e políticos, na perspectiva de que os direitos sociais, como o direito à educação, ao trabalho e à saúde, visam reduzir as desigualdades sociais.

No Brasil, a partir de 1988, o direito à saúde foi incorporado à Constituição Federal no artigo 196 que diz: "Saúde é

um direito de todos e um dever do Estado" (BRASIL, 2006 p. 7). A promoção da saúde é assumida pelo Sistema Único de Saúde no texto da Lei 8080/90, Art. 2º, parágrafo 1º, que afirma: "garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 2006, p. 10).

Segundo Carvalho (2003), os fundamentos básicos da promoção da saúde estão em total acordo com o caráter progressista, democrático e humanitário dos novos movimentos sociais, na medida em que ambos se orientam na perspectiva de garantia e universalização dos direitos sociais. Ao mesmo tempo, seu foco sobre o indivíduo é compatível com os valores da democracia neoliberal das sociedades nos quais muitos deles surgiram. Assim, a promoção da saúde teria como foco a transformação das condições de vida das populações mais desfavorecidas, e o estímulo à participação dos indivíduos nos processos decisórios relacionados, direta ou indiretamente, à sua saúde.

Esta ambigüidade que permeia as propostas de promoção de saúde - em parte relacionada à sua origem e desenvolvimento a partir de processos de mudanças políticas e de reforma do setor saúde - não passa despercebida pelos autores que refletem sobre o tema. Assim, serão apontados tanto o caráter aparentemente progressista da proposta, no qual procura-se articular os temas de saúde com os de qualidade de vida, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, quanto os aspectos normativos e individualizantes das imposições e formações neoliberais.

Arouca (1975) citado por Teixeira (2006) distingue os apologéticos, os tecnocráticos e os críticos nas análises sobre promoção da saúde. Os primeiros acreditam no papel transformador da Promoção da Saúde, seja na amplitude das intervenções sobre os determinantes sociais ou seja somente na sua compreensão. Os segundos tratam de incorporar as propostas a discursos e práticas concretas; já os terceiros distanciam-se por meio de críticas tanto ao caráter normativo quanto a sua incorporação da prática (TEIXEIRA, 2006).

Carvalho (2005) admite a ambigüidade das propostas de promoção da saúde, apontando que a mesma é chamada a tratar de situações complexas onde o risco não é mais externo ao indivíduo, mas se inscreve com ele num complexo único de múltiplas dimensões - biológica, social e cultural. Ainda na direção do reconhecimento de certa ambigüidade como inerente ao objeto, Stachtchenko e Jenicek (1990) citado por Buss (2003) referem-se à promoção da saúde como um conceito integrativo de amplo alcance, e Santos *et al.* (2006) afirmam que promoção de saúde é o conjunto de ações, intervenções, propostas, processos e movimentos que, atacando as causas mais básicas das doenças e apontando para novas formas ou condições de trabalho, de vida e de relacionamento do homem consigo mesmo, com seus semelhantes e com o meio ambiente, podem influenciar decisões individuais, grupais e coletivas que objetivem melhorar a qualidade de vida dos seres humanos.

De qualquer modo, o que se percebe é que os discursos sobre promoção da saúde remetem a enfoques abrangentes da saúde e seus múltiplos determinantes. Para Pereira et al, (2004, p.17), a promoção da saúde "propõe uma atuação que reverta situações de iniqüidades com o objetivo que a eqüidade seja alcançada; onde possam ser criadas oportunidades para a justiça social; em que diferenças biológicas e de livre escolha sejam respeitadas, ao mesmo tempo em que sejam asseguradas condições mínimas para uma sobrevivência digna".

Entretanto, Pasche e Hennington (2006) citados por Castro e Malo (2006) criticam essa perspectiva, visto que os autores subestimam a colaboração dos serviços e práticas de saúde na produção de saúde, colocando tal participação de forma periférica ao passo que ela deveria ser central na intervenção sobre ambientes e estilos de vida. Os mesmos autores enfatizam o cuidado que se deve ter com a segmentação entre ações intersetoriais e as tipicamente reconhecidas como pertencentes à área da saúde.

De fato, existem várias dificuldades na operacionalização das propostas de promoção da saúde, na medida em que esta depende de decisões políticas e investimentos financeiros, nem sempre fáceis ou factíveis, e também do aperfeiçoamento dos métodos e técnicas a serem utilizados no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações intersetoriais (TEIXEIRA, 2006). Para Sicoli e Nascimento (2003), as ações de promoção de saúde destinam-se a mudanças sociais e fundamentam-se no trabalho comunitário, envolvem medidas políticas e não dependem somente dos profissionais da saúde. O maior obstáculo a ser vencido é a submissão da população e a manutenção do poder de poucos. Promoção da saúde pretende que "situações de paternalismo e assistencialismo sejam evitadas através da participação efetiva da população e de mecanismos políticos que comecem a promover a eqüidade" (PEREIRA et al, 2004 p.18).

No Brasil, a efetivação da proposta de promoção de saúde no âmbito do SUS acontece a partir de 1998, quando o Ministério da Saúde inicia a construção da Política

Nacional de Promoção da Saúde, visando garantir maior institucionalização e fortalecimento desta estratégia, superar a dicotomia entre as atividades clínicas e de promoção da saúde, e ainda evitar a superposição entre ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças. Com efeito, na prática cotidiana, com freqüência, é difícil distinguir entre uma e outra dimensão; ao mesmo tempo, esta é crucial para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país.

O termo prevenir tem o significado de "preparar, chegar antes, dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (FERREIRA 1986). Na saúde, ela se define como intervenções orientadas a evitar o aparecimento de doenças. Já a palavra promover significa "dar impulso, fomentar, originar, gerar" (FERREIRA 1986). Seu âmbito é mais abrangente quando ligado à saúde visto que a mesma depende da transformação de todos os setores da sociedade.

Deste modo, a prevenção tem como base o conhecimento epidemiológico e visa desenvolver estratégias para o controle das doenças infecto-contagiosas, a diminuição dos riscos de doenças degenerativas e a minimização de danos à saúde. Já a promoção da saúde, ao depender de ações de outros setores e das ancoragens socioeconômicas, políticas e culturais, identifica e atua sobre os determinantes do processo saúde/doença que atuam tanto a nível macro quanto micro. Para Czeresnia e Freitas (2003), a principal diferença entre prevenção e promoção está no próprio conceito de saúde. Na perspectiva da prevenção, a saúde é vista como ausência de doenças, enquanto que, na promoção a saúde, é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando, desta maneira, em um modelo participativo de saúde. Esta diferença, embora pequena, dado que as práticas em promoção da saúde e as da prevenção lidam com os mesmos conhecimentos científicos, é radical porque implica em transformações profundas no uso e operacionalização das práticas de saúde.

O entendimento amplo do que diferencia promoção de prevenção é também a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é apenas uma simples limitação técnica, e sim é inerente ao próprio processo de produção do conhecimento. Assim, basear uma ação de saúde tão somente na evitação das doenças, a partir de estudos que olham grupos de indivíduos, mas apagam as singularidades, pode ser pouco efetivo em termos de produção de saúde. Ademais, em que pesem os inegáveis avanços nas tecnologias de cura, tratamento ou prevenção de doenças, as melhorias dos níveis de saúde e de qualidade de vida daí decorrentes não têm alcançado as populações de forma eqüitativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podem-se assumir promoção e prevenção como ações complementares, porém distintas. Admitindo a produção da saúde como resultado de circunstâncias políticas, econômicas, ambientais e socioculturais atuando sobre fatores e disposições biológicas, atribui-se à promoção o dever de operar sobre estas circunstâncias, de modo a torná-las favoráveis à saúde.

A discussão sobre promoção da saúde tem, como ponto de partida, o próprio conceito saúde. Ao longo da história, várias concepções de saúde foram formuladas e reformuladas, a partir de configurações sociopolíticas específicas e do arcabouço de conhecimento disponível. Na década de 70, ganham força as tentativas de construir e operacionalizar conceitos de saúde, que ampliassem a perspectiva biomédica de entender saúde apenas como ausência de doença-enfermidade-patologia. É nesta inflexão que se expandem os discursos e práticas de promoção de saúde, entendidas como ações que asseguram bem estar, autonomia e produtividade - social, afetiva, política e cultural - cuja responsabilidade deve ser compartilhada pelos indivíduos, Estado e sociedade civil organizada.

A promoção da saúde representaria uma nova estratégia dentro da saúde e do campo social, envolvendo e fomentando a responsabilidade dos diferentes setores de governo na condução de processos voltados para o empoderamento e a autonomia das comunidades e dos indivíduos e a atuação sobre os determinantes sociais da saúde. Ao mesmo tempo, representa também um desafio, pois invoca a produção de novos saberes, novas práticas e novas estruturas de poder, mas relacionadas ao sentido da capacidade de realização de desejos coletivos e não da imposição do desejo de um sobre o outro.

Embora a concepção positiva de saúde que anima a proposição de práticas para a sua promoção talvez ainda seja um pouco vaga ou limitada para expressar a extensão e a concretude das iniciativas implementadas no âmbito do SUS, sem dúvida tem demonstrado uma grande utilidade operacional no sentido de orientar projetos políticos sanitários voltados para promover a melhor saúde para o maior número de pessoas possível.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. *et al.* **Igualdade e desigualdade**. In: MODERNA Enciclopédia. São Paulo: Melhoramentos, 1976.

ALVES, E. D. *et al.* Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.2, p. 2-7, jul.-dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde; Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p. Série B. Textos Básicos em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p.

BRÊTAS, A. C. P. *et al.* **O processo saúde - doença** - cuidado e a população em situação de rua. 2005. Disponível em: <hppt://www.inep.gov.br/pesquisa/bbe-online/obras> Acesso em: 20 mar. 2007.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida.**Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br> Acesso em: 22 mar. 2007.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre eqüidade e saúde: o caso SUS. **Revista Saúde e Sociedade**, v.15, n. 2., p. 23-33, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARVALHO, A.I. *et al.* **Concepções e abordagens na avaliação da promoção da saúde**. 2003. Disponível em: < http://www.abrasco.org.br/GTs/Gt> Acesso em : 22 mar 2007.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde:** sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção da saúde à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3 p. 669-678, 2004.

CASTRO, A.; MALO, M. SUS: ressignificando a promoção de saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **O Sistema Único de Saúde e a promoção da saúde**. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde - Hucitec, 2006.

CZERESNIA, D. ; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO- EPSJV. Dicionário de Educação Profissional em Saúde (apresentação). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991. p.31-44.

LACERDA, **A. Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública**. 2002. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Publica) - Departamento de Endemias, Ambiente e Sociedade, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Leavell e Clarck p.7

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MORIN, E. **A cabeça bem feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MORESCHI, **C. Atuação do enfermeiro no processo saúde-doença**. Disponível em: <http://www.ucs.br/ccet/deme/emsoares/inipes/atuenfer.html>. Acesso em: 20 mar. 2007.

NIETSZCHE, F. **Humano, demasiado humano**. São Paulo: Nova Cultural, 1996. p.71-84.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PEREIRA, I. B. M. *et al.* Promoção de saúde: Porque sim e porque não? **Revista Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p. 14-24, jan-abr 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci> Acesso em : 22 mar 2007.

SALAZAR, L. **Evaluacion de efectividad em promoción de la salud, guia de evaluacion rápida**. Cali, Colômbia: CEDETES, Universidad del Valle, 2004.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova:** da crítica da geografia à geografia crítica. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, L. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n.2, p.346-52, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28543.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2007.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface** - Comunic. Saúde Educ., v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, J. L. L. S. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe em Promoção da Saúde**, v.2, n.1., p.3-5, 2006.

TEIXEIRA, E. N. **Metáforas para linguagem no Curso de Saussure**, 2003. 124f. Dissertação (Mestrado em Letras) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ, 2003.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: Um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C. F. **SUS:** ressignificando a promoção de saúde. São Paulo: Organização Pan-americana da Saúde. Hucitec, 2006.

Submissão: outubro de 2007
Aprovação: fevereiro de 2008