

Julia 5 - 10/09

para além da coleta, organização e análise de grandes volumes de dados e indicadores quantitativos acerca do *status* de saúde das populações. Simultaneamente, é necessário investir no desenvolvimento de abordagens qualitativas, bem como no de estratégias participativas e territorializadas, identificadas com valores relacionados à qualidade de vida, à saúde, à solidariedade, à equidade, à democracia, ao desenvolvimento, à participação e à parceria.

Paim, no texto "Vigilância da saúde: tendências de reorientação dos modelos assistenciais para a promoção da saúde", defende que a proposta de vigilância da saúde deve estar associada à reorientação dos modelos assistenciais vigentes. Para o autor, da prevenção da doença à promoção da saúde, a proposta de intervenção denominada vigilância da saúde apresenta-se como alternativa tecnológica para reorganização das práticas de saúde. Paim propõe combinar os meios técnicos e científicos existentes, articulando conhecimentos e técnicas provenientes da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, de modo a atuar sobre problemas que exigem atenção contínua, tendo como base ações intersetoriais nos territórios. De acordo com o autor, as ações programáticas de saúde e a oferta organizada em estabelecimentos de saúde poderiam se articular com as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de assistência médico-hospitalar. Essas ações setoriais seriam capazes de se integrar à intervenção social organizada e às políticas públicas intersetoriais ou transeoriais que configuram o espaço da promoção da saúde.

Como procuramos demonstrar, os textos do presente livro apontam para um vigor e uma diversidade teórica, no âmbito da saúde coletiva brasileira, que permitem refletir de modo crítico sobre alguns dos principais conceitos que estão na base dos discursos e das práticas da promoção da saúde.

Os organizadores

In Czeresnia D, Freitas CM (org) Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

1

Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde

Paulo Marchiori Buss

Introdução

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental. Três importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991), estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. As conferências seguintes realizaram-se em Jakarta, em 1997, e no México, no ano 2000. Na América Latina, realizou-se, em 1992, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2002). Examinaremos, neste artigo, a contribuição dessas conferências para o desenvolvimento do conceito de promoção da saúde.

Ao analisar o discurso vigente no campo da promoção da saúde, constata-se que partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. (Buss, 2000a: 165)

Para além das motivações ideológicas e políticas dos seus principais formuladores, presentes nas referidas conferências, a promoção da saúde surge, certamente, como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde, como se verá adiante.

Embora o termo tenha sido inicialmente usado para caracterizar um 'nível de atenção' da medicina preventiva (Leavell & Clark, 1965), seu significado foi mudando ao longo do tempo, como se verá, passando a representar, mais recentemente, um 'enfoque' político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Hoje em dia, decorridos mais de quinze anos da divulgação da Carta de Ottawa, em 1986 (Brasil, 2002), um dos documentos fundadores do movimento atual da promoção da saúde, este termo está associado inicialmente a um 'conjunto de valores': vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma 'combinação de estratégias': ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a idéia de 'responsabilização múltipla', seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Observa-se ainda que, em um mundo globalizado, a promoção da saúde apresenta um forte 'componente internacionalista', presente em todos os seus documentos de natureza mais política (as cartas e declarações das conferências, por exemplo), seja no entendimento dos problemas, seja nas propostas de intervenção. Outra característica a destacar refere-se ao entendimento dos problemas e às respostas aos mesmos: a problemas com multideterminações são propostas respostas com múltiplas estratégias, medidas e atores. Apesar disso, o discurso prevalente no campo da promoção da saúde procura caracterizá-la pela 'integralidade', seja no entendimento dos problemas no processo saúde-doença-cuidado, seja nas respostas propostas aos mesmos.

A grande valorização do 'conhecimento popular' e da participação social consequente a este conhecimento está na base da formulação conceitual da promoção da saúde. Também encontramos uma proposta de articulação com outros movimentos sociais, com os quais têm em comum algumas das características referidas, como o movimento ecológico/ambientalista e o movimento feminista.

De fato, observa-se grande coincidência entre os conceitos de promoção da saúde com o de desenvolvimento humano sustentável, Agenda 21, direito à cidade e à moradia e outros, como o cooperativismo. Em todos eles trabalha-se com 'fatores determinantes internos e externos' aos respectivos campos a que centralmente se referem (desenvolvimento, ambiente, saúde, aglomerações humanas e produção coletiva de bens e serviços), o que evoca a 'ação intersetorial' para o enfrentamento dos problemas identificados. O protagonismo social e político da mulher nas ações de promoção da saúde, presente na maioria das declarações e documentos contemporâneos referentes ao tema, aproximam, em definitivo, este campo com o movimento feminista.

A saúde é mencionada como fator essencial para o desenvolvimento humano; um dos campos de ação proposto no contexto da promoção da saúde é a criação de ambientes favoráveis. O desenvolvimento sustentável coloca o ser humano como agente central do processo de defesa ao meio ambiente, e tem, no aumento da expectativa de vida saudável e com qualidade, um de seus principais objetivos; a *governance* implica ampla participação da comunidade na definição de questões

culturais da vida coletiva. Em todos esses conceitos, preconiza-se a importância da 'equidade', seja na distribuição da renda, seja no acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade.

Antecedentes

Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Ele afirmou que "a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso" (1946: 19), para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes, como especialistas em saúde, caberia definir normas e fixar *standars*.

Antes, Winslow (1920: 23) definiu a saúde pública como

a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções na comunidade, a organização dos serviços médicos e paramédicos para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doenças, e o aperfeiçoamento da máquina social que irá assegurar a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

O mesmo autor, complementando seus conceitos, afirma que (1920: 23)

a promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma 'maquinaria social' que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde.

Na realidade, já era reconhecido, há muito tempo, que as melhorias na nutrição e no saneamento (aspectos relativos ao meio ambiente) e as modificações nas condutas da reprodução humana, sobretudo a diminuição no número de filhos por família, foram os fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales no século XIX e na primeira metade do século XX. As intervenções médicas eficazes, como as imunizações e a antibioticoterapia, tiveram influência tardia e de menor importância relativa (McKeown; Record & Turner, 1974).

Leavell & Clark (1965) utilizam o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três 'níveis de prevenção' (Quadro 1). Dentro desses três níveis de prevenção, existiriam pelo menos cinco componentes distintos, nos quais se poderiam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural.

Quadro 1 – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença

Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação da invalidez	Reabilitação
Prevenção primária		Prevenção secundária terciária		Prevenção

Fonte: Leavell & Clark (1965).

A prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese, consistiria de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Como parte deste primeiro nível de prevenção, as medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem à determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. Os autores destacam a educação e a motivação sanitárias como elementos importantes para este objetivo e afirmam que os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o aconselhamento e educação adequados dos pais em atividades individuais ou de grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A orientação sanitária nos exames de saúde periódicos e o aconselhamento para a saúde em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, estão entre os componentes da promoção. Trata-se, portanto, de um enfoque centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites.

Todavia, verificou-se que a extensão dos conceitos de Leavell e Clark é inapropriada para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis. De fato, com a segunda revolução epidemiológica (Terris, 1996), o movimento da prevenção das doenças crônicas, a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas, sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias.

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos (Sutherland & Fulton, 1992). No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das 'culturas' da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis, que se encontrariam, pelo menos em parte,

sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o aleitamento materno, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito etc. Nesta abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (Brasil, 2002: 19), inserindo-se, dessa forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde. Ela estabelece, assim, que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

Destacando, na promoção da saúde, seus papéis de defesa da causa da saúde, *advocacy*, de capacitação individual e social para a saúde e de mediação entre os diversos setores envolvidos, a Carta de Ottawa preconiza também cinco campos de ação para a promoção da saúde:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação do sistema de saúde.

Para Gutierrez (1997: 117),

promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo.

Na realidade, o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 20 anos. Inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter mais conceitual e resultados de pesquisa têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas nesta área. Encontra-se, a seguir, uma breve, e certamente incompleta, cronologia do desenvolvimento do campo da promoção da saúde.

Quadro 2 – Promoção da saúde: uma breve cronologia

- 1974 – *Informe Lalonde: uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses/A New Perspective on the Health of Canadians*
- 1976 – *Prevenção e Saúde: interesse para todos*, DHSS (Grã-Bretanha)
- 1977 – Saúde para todos no ano 2000 – 30ª Assembléia Mundial de Saúde
- 1978 – Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata
- 1979 – População Saudável/*Healthy People: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. US-DHEW (EUA)
- 1980 – Relatório negro sobre as desigualdades em saúde/*Black report on inequities in health*, DHSS (Grã-Bretanha)
- 1984 – Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá
- 1985 – Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 metas para a saúde na região européia
- 1986 – Alcançando Saúde para Todos: um marco de referência para a promoção da saúde/*Achieving Health for All: a framework for health promotion – Informe do Ministério da Saúde do Canadá*, Min. Jack Epp
- 1986 – Carta de Ottawa sobre promoção da saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
- 1986 – Promoção da Saúde: estratégias para a ação – 77ª Conferência Anual da Associação Canadense de Saúde Pública
- 1987 – Lançamento pela OMS do Projeto Cidades Saudáveis
- 1988 – Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália)
- 1988 – De Alma-Ata ao ano 2000: reflexões no meio do caminho – Reunião Internacional promovida pela OMS em Riga (URSS)
- 1989 – Uma Chamada para a Ação/*A Call for Action* – Documento da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento
- 1990 – Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova Iorque)
- 1991 – Declaração de Sundsväl sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)
- 1992 – Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)

Quadro 2 – Promoção da saúde: uma breve cronologia (continuação)

- 1992 – Declaração de Santafé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia)
- 1993 – Carta do Caribe para a promoção da saúde – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad y Tobago)
- 1993 – Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena)
- 1994 – Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo)
- 1995 – Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim)
- 1995 – Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague)
- 1996 – Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) (Istambul)
- 1996 – Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma)
- 1997 – Declaração de Jakarta sobre promoção da saúde no século XXI em diante – IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Jakarta)
- 2000 – V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México)

Fonte: quadro elaborado pelo autor.

Nos países do primeiro mundo, os sistemas de saúde começam, na metade dos anos 70, a serem fortemente questionados, tendo como pano de fundo novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, que procuram articular quatro dimensões explicativas: biologia humana, estilos de vida, ambiente e serviços de saúde (modelos de Blum, 1979; Dever, 1980; Lalonde, 1996).

Como os sistemas de saúde estão submetidos permanentemente a forças expansivas (à medicalização, ao desenvolvimento tecnológico, à transição demográfica e à mudança do perfil nosológico), reage-se com mecanismos de regulação, como o uso racional de recursos humanos e físicos, o controle financeiro e a ética profissional. Malgrado a utilização de mecanismos de regulação cada vez mais custosos e sofisticados, os sistemas continuam ineficientes, ineficazes, inequitativos e com pouco apoio da opinião pública. Surgem, então, novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, mais globalizantes, que articulam saúde e condições de vida.

A partir desta reconceitualização, o moderno movimento de promoção da saúde surge no Canadá em maio de 1974, com a divulgação do documento "A new perspective on the health of Canadians", também conhecido como *Informe Lalonde* (1996), então Ministro da Saúde do Canadá. Segundo Draper (1995), em texto preparado para a Canadian Public Health Association (CPHA), foi o primeiro documento oficial a usar o termo 'promoção da saúde' e a colocar este campo no contexto do pensamento estratégico; além disso, para o mesmo autor, o referido documento oferecia uma nova fórmula para definir prioridades e um marco de referência para o planejamento estratégico.

A origem deste documento remonta às atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo Governo Federal do Canadá em décadas anteriores, mas o *Informe Lalonde* representou, ainda segundo Draper (1995: 12), “uma importante reorientação, por ter apresentado um marco de referência novo e amplo para as políticas de saúde, ter oferecido o reconhecimento político a novas idéias e ter estabelecido um primeiro passo na definição de um novo paradigma em saúde”.

A motivação central do *Informe Lalonde* parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava a enfrentar os custos crescentes da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava.

Os fundamentos do *Informe Lalonde* se encontravam no conceito de ‘campo da saúde’, que reúne os chamados ‘determinantes da saúde’. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes – biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência a saúde – dentro dos quais distribuem-se inúmeros fatores que influenciam a saúde. Ademais, cada uma dessas categorias pode ser analisada em profundidade para determinar sua importância relativa como causa dos problemas de saúde. Os componentes do campo da saúde aparecem assim descritos no informe (Lalonde, 1996):

O componente de ‘biologia humana’ inclui todos os fatos relacionados à saúde, tanto física como mental, que se manifestam no organismo como consequência da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo. Inclui a herança genética da pessoa, os processos de amadurecimento e envelhecimento e os diferentes órgãos e aparelhos internos do organismo.

O ‘ambiente’ inclui todos os fatores relacionados à saúde externos ao organismo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle. Os indivíduos, por si sós, não podem garantir a inocuidade nem a pureza dos alimentos, cosméticos, dispositivos ou do abastecimento de água, por exemplo; tampouco está em suas mãos o controle dos perigos para a saúde, como a contaminação do ar e da água, os ruídos ambientais e a disseminação de doenças transmissíveis. Ademais, individualmente, não se consegue garantir a eliminação adequada dos dejetos, nem que o meio social e suas rápidas transformações venham a produzir efeitos nocivos sobre a saúde.

O componente ‘estilo de vida’ representa o conjunto de decisões que toma o indivíduo com relação à sua saúde e sobre os quais exerce apenas certo grau de controle.

A quarta categoria do conceito, a ‘organização da assistência a saúde’, consiste na quantidade, qualidade, ordem, índole e relações entre as pessoas e os recursos na prestação da atenção à saúde. Define-se, genericamente, como sistema de saúde.

O documento de Lalonde (1996: 4) conclui que

até agora, quase todos os esforços da sociedade envidados para a melhoria da saúde e a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentraram-se na organização da assistência médica. No entanto, quando se identificam as principais causas de morbi-mortalidade no Canadá, chega-se a conclusão que sua origem está nos outros três componentes do conceito, ou seja, a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.

Cinco estratégias foram propostas para abordar os problemas do campo da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. A estratégia da promoção da saúde foi então estabelecida para “informar, influenciar e assistir a indivíduos e organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde” (1996: 5). Entretanto, o documento não conferiu nenhuma ênfase particular à promoção da saúde, simplesmente oferecendo-a como uma das cinco estratégias.

Cerca de 74 iniciativas foram propostas para implementar as cinco estratégias. As 23 medidas componentes da estratégia de promoção da saúde estavam relacionadas exclusivamente a fatores específicos do estilo de vida, como a dieta, o tabaco, o álcool, as drogas e a conduta sexual. As medidas propostas abarcam programas educativos dirigidos tanto aos indivíduos quanto às organizações e à promoção de recursos adicionais para o lazer.

Draper (1995: 14) conclui que

o *Informe Lalonde* ofereceu uma nova abordagem para a análise da política de saúde, mas não se constituiu em política governamental, uma vez que evitou estabelecer aspectos jurídicos e financeiros, tendo recebido maior atenção internacional do que doméstica. (...). Em suma, a influência deste documento foi abrir as portas para um novo debate e reconhecer politicamente a necessidade de inovações, pois muitos programas de promoção da saúde em desenvolvimento hoje, no Canadá, tem suas origens no *Informe Lalonde*.

O evento mais significativo, no Canadá, que se seguiu a divulgação do *Informe Lalonde*, foi o estabelecimento, em 1978, de uma Diretoria de Promoção da Saúde no Ministério da Saúde, embora definições claras sobre suas ações, para além daquelas relacionadas com a ênfase nos estilos de vida, só tenham vindo anos mais tarde. Estas tiveram base em projetos experimentais, que utilizaram abordagens inovadoras de ação comunitária relacionadas a um amplo leque de problemas e desenvolvidas em diversos locais do país.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o United Nations Children’s Fund (Unicef), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. Há amplo consenso de que este foi um dos eventos mais significativos para a saúde pública, em termos mundiais, ocorrido na segunda metade do século XX, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo.

A conferência trouxe um novo enfoque para o campo da saúde, colocando a meta de 'Saúde para Todos no Ano 2000' e recomendando a adoção de um conjunto de oito 'elementos essenciais': 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 básico 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 (WHO/Unicef, 1978).

Desde 1980, o Ministério da Saúde do Canadá e o Escritório da OMS na Europa passaram a desenvolver uma produtiva cooperação no desenvolvimento de conceitos e práticas em promoção da saúde, que culminou com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, Ottawa/Canadá, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Canadian Public Health Association (CPHA) e do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá.

Também foi extremamente importante o processo de discussão em torno da promoção da saúde para além da educação em saúde, desenvolvido no Escritório da OMS para a Europa, resultando na publicação de documentos e conferências (WHO/Europe, 1984; Kickbusch, 1996) que tiveram ampla divulgação e grande influência nos resultados da referida conferência.

O então Ministro da Saúde do Canadá, Jack Epp, preparou e apresentou à I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde o documento "Achieving health for all: a framework for health promotion" (Epp, 1996), no qual propunha um marco de referência para a promoção da saúde que guardasse estreita relação com as posições da Carta de Ottawa, mas avançasse em relação a mesma. O documento afirmava: "o atual sistema de saúde do Canadá não serve para enfrentar corretamente nossos principais problemas de saúde (...) devemos optar pelo enfoque que denominamos promoção da saúde". O documento apresentava três desafios para alcançar 'saúde para todos': reduzir as desigualdades; incrementar o esforço preventivo e incrementar a capacidade das pessoas no enfrentamento dos problemas de saúde.

Com base na experiência acumulada nos dez anos precedentes, o documento apresentava um conjunto de mecanismos de promoção da saúde e uma série de estratégias de execução para o enfrentamento dos desafios apontados. Os três mecanismos eram:

- o autocuidado, ou seja, decisões e ações que o indivíduo toma em benefício de sua própria saúde;
- ajuda mútua, ou seja, ações que as pessoas realizam para ajudarem-se umas às outras;
- ambientes saudáveis, ou seja, a criação das condições e entornos que favoreçam à saúde.

As três estratégias eram:

- favorecer a participação da população;
- fortalecer os serviços de saúde comunitários;¹
- coordenar políticas públicas saudáveis.

As Contribuições das Conferências Internacionais para o Desenvolvimento Conceitual da Promoção da Saúde

A maioria dos autores reconhece o papel central que desempenharam as conferências internacionais no desenvolvimento do conceito de promoção da saúde. Nesta seção do artigo, procuramos identificar as principais conclusões e proposições das cinco conferências realizadas no âmbito da promoção da saúde e as agregações que foram trazendo as bases estabelecidas na 1ª Conferência, realizada em Ottawa/Canadá em 1986.

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Carta de Ottawa

Contando com a participação de pessoal interessado em promoção da saúde de trinta e oito países, principalmente do mundo industrializado, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde teve como principal produto a Carta de Ottawa (Brasil, 2002), que tornou-se, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (Brasil, 2002: 19). Assume o conceito de saúde da OMS, e insiste, ainda, que "a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida" (2002: 20). Para alcançá-la,

os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. (Brasil, 2002: 19)

A Carta de Ottawa assume ainda que a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, cujas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde

¹ No Brasil, equivaleriam a serviços públicos não-estatais.

da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável. O documento aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersetorialidade ao afirmar que “dado que o conceito de saúde como bem estar global transcende a idéia de estilos de vida saudáveis, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde”; e completa, afirmando que “as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (Brasil, 2002: 20).

Defesa da causa, capacitação e mediação são, segundo a Carta de Ottawa, as três ‘estratégias fundamentais’ da promoção da saúde.

A ‘defesa da saúde’ consiste em lutar para que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, bem como os mencionados pré-requisitos, sejam cada vez mais favoráveis à saúde.

A promoção da saúde visa a assegurar a igualdade de oportunidades e ‘proporcionar os meios (capacitação)’ que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis, estão entre os principais elementos capacitantes.

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente por este setor, o que demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. Os profissionais e grupos sociais assim como o pessoal de saúde têm a responsabilidade de ‘mediação’ entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade.

A Carta de Ottawa propõe cinco campos centrais de ação:

- elaboração e implementação de ‘políticas públicas saudáveis’;
- criação de ‘ambientes favoráveis à saúde’;
- reforço da ‘ação comunitária’;
- desenvolvimento de ‘habilidades pessoais’;
- ‘reorientação do sistema de saúde’.

As decisões em qualquer campo das políticas públicas, em todos os níveis de governo, têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde da população. A promoção da saúde propugna a formulação e implementação de ‘políticas públicas saudáveis’, o que implica que a saúde tenha prioridade entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis, com responsabilização pelas conseqüências das políticas sobre a saúde da população.

As políticas públicas saudáveis se expressam por diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e por ações coordenadas que apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. Este conceito vem em oposição à orientação prévia à conferência, que identificava a promoção da saúde primordialmente com a correção de comportamentos individuais, que seriam os principais, senão os únicos, responsáveis pela saúde.

A ‘criação de ambientes favoráveis à saúde’ implica o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam à saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde.

O incremento do ‘poder das comunidades’ na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde é essencial nas iniciativas de promoção da saúde. A Carta de Ottawa enfatiza que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área – é o conceito de *empowerment* comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde.

O ‘desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais’ favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para isto é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações. Este componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a idéia de *empowerment*, agora no plano individual, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de consciência política propriamente dita.

A ‘reorientação dos serviços de saúde’ na direção da concepção da promoção da saúde, além do provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta de Ottawa. A carta preconiza também uma visão abrangente e intersetorial, ao recomendar a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A percepção de que tais mudanças devem ser acompanhadas na formação dos profissionais de saúde também está presente na declaração resultante da conferência.

Desde sua divulgação, a Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, como reconheceram as conferências seguintes, reeditadas em 1988, 1991 e 1997; as conferências regionais, como a de

Santafé de Bogotá (Brasil, 2002), Caribe (Opas, 1993) e, mais recentemente, no próprio Canadá, a Canadian Public Health Association (CPHA), ao revisar o tema da promoção da saúde após extensa consulta a especialistas (CPHA, 1996).

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Adelaide: políticas públicas saudáveis

A Conferência de Adelaide, realizada em 1988, elegeu como seu tema central as políticas públicas saudáveis “que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (Brasil, 2002: 35). Neste conceito pode-se já identificar claramente os componentes de intersectorialidade, que têm marcado, desde então, o discurso da promoção da saúde, bem como a idéia de responsabilização do setor público, não só pelas políticas sociais que formula e implementa (ou pelas conseqüências quando deixa de fazê-lo), como também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e o sistema de saúde.

Em Adelaide também se afirma a visão global e a responsabilidade internacionalista da promoção da saúde, quando foi estabelecido que, devido ao grande fosso existente entre os países quanto ao nível de saúde, os desenvolvidos teriam a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas resultassem em impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento.

A Conferência de Adelaide identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis:

- apoio à saúde da mulher;
- alimentação e nutrição;
- tabaco e álcool;
- criação de ambientes favoráveis.

Apesar da importância desses temas, observa-se, na realidade, que a proposta de políticas concretas é tímida em relação à formulação inicial, muito mais abrangente e mais incisiva ao responsabilizar o poder público por políticas em todas as áreas dos campos social e econômico. Com a última das políticas anteriormente mencionada, deixa praticamente anunciada a Conferência de Sundsval, que se realizaria dois anos depois, e estabelece laços ainda mais estreitos da promoção da saúde com a futura Conferência do Rio, realizada em 1992.

Ressalta a Declaração de Adelaide que os principais propósitos das políticas saudáveis são a criação de ambientes (na acepção mais ampla do termo) favoráveis para que as pessoas possam viver vidas saudáveis, e que tais políticas facilitem

opções saudáveis de vida. O compromisso com a equidade está presente em várias passagens do texto: quando se refere à necessidade de superar as desigualdades no acesso a bens e serviços existentes na sociedade; quando relaciona tais desigualdades às iniquidades em saúde; ao reclamar que deve ser dada prioridade aos grupos menos privilegiados e mais vulneráveis; quando insiste que as políticas públicas, como direitos de cidadania, devem ser difundidas por meio de mecanismos, inclusive de linguagem, que as tornem conhecidas e acessíveis exatamente para aqueles que delas mais necessitam e às quais freqüentemente têm seu acesso negado.

Avaliar o impacto das políticas públicas sobre a saúde e o sistema de saúde, inclusive com o desenvolvimento de sistemas de informação adequados e acessíveis é uma das recomendações explícitas da conferência. Em Adelaide, lança-se um renovado apelo, já presente em Ottawa, pela construção de novas alianças na saúde, que envolvam políticos, ONGs, grupos de defesa da saúde, instituições educacionais, mídia, entre outras parcerias.

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Sundsval: criação de ambientes favoráveis à saúde

A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsval/Suécia, em 1991, foi a primeira a focar a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos. Tomando como tema os ‘ambientes favoráveis à saúde’ ou ‘ambientes saudáveis’, a conferência lançou uma declaração convocando as pessoas, as organizações e os governos, em todas as partes do mundo, a se engajarem ativamente no desenvolvimento de ambientes – físicos, sociais, econômicos e políticos – mais favoráveis à saúde.

O evento ocorre na efervescência prévia à primeira das grandes conferências das Nações Unidas prevista para ‘preparar o mundo para o século XXI’, a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92, e num contexto de crescimento da consciência internacional de indivíduos, movimentos sociais e governos sob os riscos de um colapso do planeta diante das inúmeras e profundas agressões ao meio ambiente.

A Conferência de Sundsval traz, com notável potência, o tema do ambiente para a arena da saúde; não restrito apenas à dimensão física ou ‘natural’, mas também às dimensões social, econômica, política e cultural. Assim, refere-se “aos espaços em que as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer”, e engloba também “as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão” (Brasil, 2002: 41), vale dizer, as estruturas econômicas e políticas.

Afirma-se, na conferência, que (Brasil, 2002: 42)

um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e deve ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais.

Uma vez mais, são ressaltadas, em uma conferência sobre promoção da saúde, as desigualdades sociais e em saúde, bem como a pobreza, acrescentando agora “o ambiente degradado, tanto nas zonas rurais como urbanas” (Brasil, 2002: 43) como os grandes desafios a serem vencidos para se atingir as desejadas metas de saúde para todos.

Na conferência, são ressaltados quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde:

- A ‘dimensão social’, que inclui a maneira pela qual normas, costumes e processos sociais afetam a saúde, alertando para as mudanças que estão ocorrendo nas relações sociais tradicionais e que podem ameaçá-la. Exemplifica, com o crescente isolamento social, a perda de significados e propósitos coerentes de vida ou a perda de valores tradicionais e da herança cultural em muitas sociedades.
- A ‘dimensão política’, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. Também reclama o compromisso com os direitos humanos, com a paz e a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista, este último, um tema que teve significativo destaque na conferência.
- A ‘dimensão econômica’, que requer o reescalamento dos recursos para alcançar saúde para todos e o desenvolvimento sustentável, o que inclui a transferência de tecnologia segura e adequada.
- A necessidade de reconhecer e utilizar a ‘capacidade e o conhecimento das mulheres’ em todos os setores, inclusive os político e econômico.

Na conferência, ressalta-se que a busca da equidade e, em última análise, o respeito à biodiversidade são os dois princípios básicos que devem reger as estratégias para a saúde para todos. No campo da equidade, aponta o compromisso com a superação da pobreza, o desenvolvimento sustentável, o pagamento do débito humano e ambiental acumulado pelos países industrializados com os países em desenvolvimento, e a *accountability* (prestação de contas) das políticas, de forma a garantir uma distribuição mais equitativa de recursos e responsabilidades, como os principais componentes. Foi preconizado o gerenciamento público dos recursos naturais e mencionado o respeito às peculiaridades dos povos indígenas, assim como a contribuição que eles podem dar na questão ambiental, pela singular relação espiritual e cultural que mantêm com o ambiente físico.

Finalmente, nas ‘propostas para a ação’, o documento (a Declaração de Sundsväl) insiste na viabilidade da criação de ambientes favoráveis, fazendo menção às inúmeras experiências oriundas de todo o mundo, desenvolvidas particularmente em nível local, que cobrem as áreas reunidas como ‘cenários para a ação’ na denominada ‘pirâmide dos ambientes favoráveis de Sundsväl’: educação, alimentação e nutrição, moradia e vizinhanças, apoio e atenção social, trabalho e transporte. As experiências referentes a esses campos, relatadas em Sundsväl, foram reunidas e revisadas em um informe publicado pela OMS (Haglund et al., 1996).

A IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Jakarta

A Conferência de Jakarta foi a primeira a realizar-se em um país em desenvolvimento. Se quisermos estabelecer uma analogia com as conferências anteriores, pode-se dizer que desde seu subtítulo, ‘novos atores’ para uma nova era, pretendeu ser uma atualização da discussão sobre uma dos campos de ação definidos em Ottawa: o reforço da ação comunitária.

Depois de serem reafirmados os vínculos entre saúde e desenvolvimento e, sobretudo, a contribuição da saúde para o desenvolvimento, a Declaração de Jakarta enfatiza o surgimento de novos determinantes da saúde, destacando os fatores transnacionais: a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação, assim como a continuação da degradação ambiental, apesar de todos os alertas internacionais feitos sobre este tema em particular.

O documento reafirma posições históricas da promoção, quando insiste que

por meio de investimentos e de ação, a promoção da saúde atua sobre os fatores determinantes da saúde visando obter o maior benefício possível para a população, enfatiza a redução da iniquidade em saúde, garante o respeito aos direitos humanos e acumula capital social. A meta final é prolongar as expectativas de saúde e reduzir as diferenças entre países e grupos. (Brasil, 2002: 49)

Outra reafirmação da conferência diz respeito à posição central da participação popular e do *empowerment*, realçando, para isto, a importância do acesso à educação e à informação.

Duas conclusões, surgidas da experiência vivenciada nos últimos anos quanto à configuração das ações em promoção da saúde, devem ser destacadas. A primeira é que “os métodos em promoção da saúde baseados no emprego de combinações das cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes que os centrados em apenas um campo”; a segunda é que “diversos cenários (cidades, comunidades locais, escolas, lugares de trabalho etc.) oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integradas” (Brasil, 2002: 50). Estas são conclusões muito importantes por oferecerem orientação prática para as futuras ações em promoção da saúde, pois

articulam os consagrados campos de ação da promoção da saúde com os ambientes/territórios onde realmente vivem, amam, adoecem e, inexoravelmente, morrem as pessoas sob a influência direta de múltiplas condições.

Registre-se a polêmica surgida quanto à participação do setor privado nas atividades de promoção da saúde, finalmente aceita e constante da declaração final do evento, como se pode observar abaixo. Foram definidas cinco prioridades para o campo da promoção da saúde nos próximos anos:

- Promover a responsabilidade social com a saúde – aqui, com um renovado apelo por políticas públicas saudáveis, mas também procurando responsabilizar o setor privado.
- Aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde – reafirma o enfoque multissetorial, defendendo o aumento e a reorientação de investimentos para a saúde, mas também para a educação, a habitação e outros setores sociais, “que possam fomentar o desenvolvimento humano, a saúde e a qualidade de vida” (Brasil, 2002: 51).
- Consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores em todos os níveis do governo e da sociedade.
- Aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos – implica ampliar a capacidade das pessoas para a ação, e a dos grupos, organizações ou comunidades para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exige educação prática, capacitação para a liderança e acesso a recursos.
- Assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde – propõe a definição de espaços/ambientes para a atuação em promoção da saúde (escolas, ambientes de trabalho etc.), que requerem abordagens específicas, a partir do marco mais geral da promoção da saúde; a criação de novas e diversas redes para que a colaboração intersetorial seja alcançada; a documentação de experiências através de pesquisas e relatórios de projetos e o intercâmbio de informações sobre a efetividade de estratégias nos diferentes ambientes/territórios; e mais recursos financeiros e materiais para a promoção da saúde.

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Um ponto crítico em todo o debate sobre promoção da saúde é a linha divisória entre esta e a prevenção de doenças, que consideramos enfoques complementares ao processo saúde-doença seja no plano individual, seja no plano coletivo. Com frequência, o conteúdo teórico entre estes dois enfoques se diferencia com mais precisão do que as respectivas práticas.

O enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo de saúde-doença, e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Já a prevenção das doenças buscaria que os indivíduos ficassem isentos das mesmas. Como a saúde não é apenas a ausência de enfermidades, os indivíduos sem evidências clínicas poderiam progredir a estados de maior fortaleza estrutural, maior capacidade funcional, maiores sensações subjetivas de bem-estar, e objetivas de desenvolvimento individual e coletivo. Esta é, em essência, o verdadeiro sentido da promoção da saúde propriamente dita (Gutierrez et al., 1997).

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; e orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar (Franco et al. apud Gutierrez et al., 1997). Já a prevenção, diferente da promoção, orienta-se mais às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam.

Para a prevenção, evitar a enfermidade é o objetivo final e, portanto, a ausência de doenças seria um objetivo suficiente. Para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde; portanto, a ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias (Gutierrez et al., 1997).

Tradicionalmente, a medicina e as chamadas ciências da saúde lidam com a ‘doença’. De fato, o objeto da clínica tem sido, ao longo da história, a doença em sua dimensão individual. A medicina preventiva, por sua vez, amplia o objeto de intervenção à categoria ‘problemas de saúde’, que inclui não apenas as doenças em sua expressão populacional, que nada mais tem sido do que a agregação dos fenômenos individuais, medidos por taxas, como também os fatores populacionais que condicionam seu aparecimento (Fernández & Regules, 1994).

O encerramento, no início de 1990, de estudos longitudinais de intervenção, iniciados há pelo menos dez anos, e a avaliação dos conhecimentos em prevenção adquiridos nos últimos anos permitiram sistematizar melhor as vantagens e desvantagens que caracterizam a intervenção ‘individual’ e a intervenção ‘populacional’ para alguns dos problemas prevalentes nas sociedades industrializadas. Assim, a intervenção sobre indivíduos tem vantagens em termos de reduzir o surgimento de complicações e de melhorar a letalidade, a mortalidade e o tempo de sobrevida. Já a intervenção sobre populações tem vantagens em termos de modificar a incidência.

As principais questões da clínica e da medicina preventiva sobre seu objeto, as doenças, são: como evitá-las (prevenção primária ou controle da incidência); como curá-las (prevenção secundária ou controle da duração, logo, da prevalência); e como mitigá-las (prevenção terciária ou controle de complicações adicionais). Assim, as doenças e suas causas, conseqüências e tratamento são o foco da clínica e da medicina preventiva. Neste contexto, a saúde tem sido entendida, centralmente, como ausência de doença.

Em contrapartida, a promoção da saúde, como tem sido mostrado ao longo deste texto, tem seu foco na 'saúde propriamente dita', propondo abordagens – inclusive de fora do chamado setor saúde – que visam a manter e melhorar os níveis de saúde existentes; ela tem sido definida como

o processo de capacitar indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e, assim, incrementar sua saúde (...), devendo para isto um indivíduo ou grupo ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou controlar o ambiente. (Brasil, 2002: 19)

Desse modo, a promoção da saúde avança, incorporando o mal-estar como percepção subjetiva, relacionada ou não com a enfermidade, e a saúde como fato positivo, tanto na sua dimensão subjetiva – bem-estar – quanto objetiva – aos objetos do planejamento/intervenção.

O caminho entre a saúde e a doença pode se realizar distanciando-se da doença, mas mantendo-a como foco (estratégia preventiva) ou aproximando-se da saúde como referência (estratégia de promoção) (Fernández & Regules, 1994). A primeira situação implica fundamentalmente conhecimentos técnicos (identificação, descrição e análise técnica da causalidade) e responsabilidades centradas nos profissionais de saúde. Já a estratégia da promoção é claramente social, política e cultural, posto que a saúde é uma utopia a ser definida em suas coordenadas espaço-temporais, o que implica claramente o protagonismo de indivíduos não técnicos e de movimentos sociais, assim como a ação combinada de políticas públicas, modificação de estilos de vida e intervenção ambiental, através de um amplo arco de medidas políticas, legislativas, fiscais e administrativas (Stachtchenko & Jenicek, 1990).

Boa parte da confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde. Este foco sobre o indivíduo e seu comportamento tem sua origem na tradição da intervenção clínica e no paradigma biomédico. Nesse caso, o *locus* de responsabilidade e a unidade de análise são o indivíduo, que é visto como o responsável último (senão único) por seu estado de saúde. Já a promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde (as chamadas políticas públicas saudáveis). Nesse sentido, as estratégias de

promoção da saúde são mais integradas e intersetoriais, bem como supõem uma efetiva participação da população desde sua formulação até sua implementação.

Stachtchenko & Jenicek (1990) desenvolveram o esquema abaixo, sintético e bastante útil, para diferenciar promoção e prevenção.

Quadro 3 – Diferenças esquemáticas entre promoção e prevenção

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc.	Profissionais de saúde

Fonte: adaptado de Stachtchenko & Jenicek (1990).

Deve-se reconhecer, ainda, que as abordagens metodológicas em promoção da saúde, por este ser um campo de conhecimento e prática mais recente, estão menos desenvolvidas do que os métodos epidemiológicos de planejamento, implementação e avaliação dos programas de prevenção de doenças.

Finalmente, como afirmam Fernández & Regules (1994: 25), a promoção da saúde é uma estratégia complementar, não de substituição das demais estratégias em saúde pública, mas (e não há contradição) por sua vez integral, por afetar a todos os elementos que até agora vinham intervindo, aportando novos instrumentos e reorientando suas finalidades.

Da mesma forma, Stachtchenko & Jenicek (1990) insistem na tese de que as duas abordagens (promoção e prevenção) são complementares e não excludentes no planejamento de programas de saúde, e a população beneficia-se das medidas adequadas e equilibradamente propostas em ambos os campos.

Conclusão

A evolução do conceito de promoção da saúde, desde que o termo foi usado pela primeira vez, transitou de um 'nível de prevenção' da medicina preventiva, em Wislow (1920), Sigerist (1946) e Leavell & Clark (1965), para um 'enfoque político e técnico' do processo saúde-doença-cuidado, como vem sendo caracterizado nos últimos 25 anos (desde Alma-Ata e Ottawa).

O conceito é consentâneo à concepção do processo saúde-doença-cuidado que tem os diversos atores políticos e técnicos envolvidos em diferentes conjunturas e formações sociais. Inicialmente restrito ao campo de ação de profissionais da área da educação em saúde, a promoção da saúde passa, com o tempo, a ser de responsabilidade, de um lado, da população organizada com interesses em saúde, e, de outro, de atores de outros setores sociais – inclusive setores governamentais – não diretamente envolvidos com a área da saúde.

Tal fato é decorrente do entendimento que a saúde tem determinações sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas do que simplesmente a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos. De fato, bases mais sólidas de evidências foram demonstrando que existe uma forte relação entre os estilos de vida das pessoas, sua posição social e econômica, suas condições de vida e seu estado de saúde. Essa compreensão, por parte dos diversos atores, também levou ao desenvolvimento de modos e formas que podem vir a modificar esses determinantes estruturais e pessoais da saúde. Dessa forma, foi-se observando que "as estratégias mais eficazes de prevenção das enfermidades e promoção da saúde baseiam-se em uma combinação de ações destinadas a abordar os determinantes tanto estruturais como individuais da saúde" (Nutbeam, 1999: 2).

Em países e regiões em desenvolvimento, como a América Latina e o Brasil, em particular, é evidente que se necessita trabalhar com o conceito mais amplo de promoção da saúde, o que conduz também à construção de práticas sociais mais abrangentes para que de fato se promova a saúde. Uma tendência importante nessas situações tem sido discutir em conjunto os conceitos de saúde e qualidade de vida (Minayo; Hartz & Buss, 2000), assim como aproximar as práticas de promoção da saúde a movimentos mais abrangentes e integrados, como é o caso, no Brasil, do movimento dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local integrado e sustentável (Buss, 2000a, 2000b, 2000c; Buss & Ferreira, 2000; Buss & Ramos, 2000).

Entre os muitos desafios colocados para aqueles que demonstram interesse ou têm experiência profissional no campo da promoção da saúde está o aperfeiçoamento do conceito, métodos e práticas desta área, que tem sido avaliada de forma promissora por todos aqueles que, insatisfeitos com os modelos assistenciais vigentes, buscam alternativas mais eficazes para estender a vida com qualidade e assim contribuir com a plena realização do potencial de saúde de indivíduos e comunidades em todo o mundo.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>.
- BLUM, H. L. *Planning for Health: development and application of social change theory*. Nova Iorque: Human Science Press, 1979.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000a.
- BUSS, P. M. Enfrentando a pobreza através da parceria estado-comunidade: desenvolvimento local integrado e sustentável em Manguinhos. *Cadernos da Oficina Social*, 5: 137-132, 2000b.
- BUSS, P. M. A experiência comunitária da Fiocruz: desenvolvimento local integrado e sustentável em Manguinhos. Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, 24(55): 31-43, maio/ago., 2000c.
- BUSS, P. M. & FERREIRA, J. R. F. Local integrated and sustainable development as a strategy for "radical health promotion" in Brazil. *Promotion & Education*, 7(4): 25-28, 2000.
- BUSS, P. M. & RAMOS, C. L. Desenvolvimento local e Agenda 21: desafios da cidadania. *Cadernos da Oficina Social*, 3: 13-65, 2000.
- CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (CPHA). *Action Statement for Health Promotion in Canada*. Ottawa: CPHA, 1996.
- DEVER, G. E. A. Holistic health: an epidemiological model for policy analysis. In: *Community Health Analysis*. Maryland: Aspen Publ. Inc., 1980.
- DRAPER, R. *Perspectives on Health Promotion: a discussion paper*. Ottawa: CPHA, 1995.
- EPP, J. Achieving health for all: a framework for health promotion. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Opas, 1996. (Publ. Cient. 557)
- FERNANDEZ, L. A. L. & REGULES, J. M. A. *Promoción de Salud: un enfoque en salud pública*. Andalucía: Junta de Andalucía/Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.
- GUTTIERREZ, M. L. et al. La promoción de salud. In: ARROYO, H. V. & CERQUEIRA, M. T. (Orgs.) *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina*. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.
- HAGLUND, B. J. A. et al. *Creating Supportive Environments for Health*. Geneva: WHO/ Public Health in Action 3, 1996.

- KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Opas, 1996. (Publ. Cient. 557)
- LALONDE, M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Opas, 1996.
- LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. Nova Iorque: McGraw-Hill, Inc., 1965.
- MCKEOWN, T.; RECORD, R. G. & TURNER, R. D. An interpretation on the decline of mortality in England and Wales during the 20th century. *Population Studies*, 29: 391-422, 1974.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. & BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 7-17/29-31, 2000.
- NUTBEAM, D. Health promotion effectiveness. In: INTERNATIONAL UNION OF HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (IUHPE). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness*. Brussels: European Commission, 1999. (Part II)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Promoción Sanitaria y Acción de la Comunidad en pro de la Salud en los Países en Desarrollo*. Genebra: OMS, 1995.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Caribbean Charter for Health Promotion*. Washington: Opas, 1993.
- SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. In: SIGERIST, H. (Ed.) *The University at the Crossroad*. Nova Iorque: Henry Schumann Publisher, 1946.
- STACHTCHENKO, S. & JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, 81: 53-59, 1990.
- SUTHERLAND, R. W. & FULTON, M. J. Health promotion. In: SUTHERLAND, W. & FULTON, M. J. (Eds.) *Health Care in Canada*. Ottawa: CPHA, 1992.
- TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Promoción de la Salud: una antología*. Washington: Opas, 1996. (Publ. Cient. 557)
- WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of public health. *Science*, 51: 23, 1920.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/EUROPE (WHO/EUROPE). *Health Promotion: a discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe, 1984.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (WHO/UNICEF). *Primary Health Care: report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12, sept. 1978*. Geneva: WHO, 1978.

2

O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção¹

Dina Czeresnia

Introdução

O discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das duas últimas décadas, vêm articulando-se em torno da idéia de promoção da saúde. Promoção é um conceito tradicional, definido por Leavell & Clark (1976) como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Este conceito foi retomado e ganhou mais ênfase recentemente, especialmente no Canadá, EUA e países da Europa ocidental. A revalorização da promoção da saúde resgata, com um novo discurso, o pensamento médico social do século XIX expresso na obra de autores como Virchow, Villermeé, Chadwick e outros, afirmando as relações entre saúde e condições de vida. Uma das motivações centrais dessa retomada foi a necessidade de controlar os custos desmedidamente crescentes da assistência médica, que não correspondem a resultados igualmente significativos. Tornou-se uma proposta governamental, nestes países, ampliar, para além de uma abordagem exclusivamente médica, o enfrentamento dos problemas de saúde pública, principalmente das doenças crônicas em populações que tendem a se tornar proporcionalmente cada vez mais idosas (Buss, 2000).

A configuração do discurso da 'nova saúde pública' ocorreu no contexto de sociedades capitalistas neoliberais. Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída. A análise de alguns autores evidencia como a configuração dos conhecimentos e das práticas, nestas sociedades, estariam construindo representações científicas e culturais, conformando os sujeitos para exercerem uma

¹ Este texto é uma versão revisada e atualizada do artigo "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* (Czeresnia, 1999).