

Introdução

como abordamos a promoção da saúde

Lucíola Santos Rabello

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RABELLO, LS. Introdução: como abordamos a promoção da saúde. In: *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 21-38. ISBN: 978-85-7541-352-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Introdução

Como Abordamos a Promoção da Saúde

A ‘promoção da saúde’ é uma proposta de política pública mundial, contemporânea na saúde pública e disseminada pela Organização Mundial da Saúde a partir de 1984.

A proposta da ‘promoção da saúde’ aprovada em Ottawa, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986, constitui-se em um novo paradigma. Transcrevendo Kuhn: “considero ‘paradigmas’ as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 1992: 13). O paradigma que está sendo questionado com a ‘promoção da saúde’ é o flexeneriano, que se expressa através do individualismo, da especialização, da tecnologização e do curativismo na atenção à saúde, predominantes nas práticas de saúde.

Tal conflagração de um novo paradigma em saúde, da incorporação dos conteúdos sociais nesta abordagem, como uma tentativa efetiva dos atores sociais de ampliarem a apropriação da interdisciplinaridade em seu processo de trabalho cotidiano, possibilita a compreensão de que o tema da saúde é social e não somente uma questão técnica e está diretamente relacionado com a forma de sociedade e de Estado.

Como afirma Henry Sigerist (*apud* Ferreira 2002: 3), ao propor a inclusão do tema social nas discussões e práticas da saúde pública,

a saúde promove-se proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer [...] que se logra com o esforço coordenado de políticos, setores sociais e empresariais, educadores e médicos, cabendo a estes últimos, definir normas e fixar estandares.

Trata-se, portanto, de um processo que transcende a medicina *stricto sensu*, pois pode permitir entender o tema no seu contexto societário, de relações políticas, e, dessa forma, nas suas implicações institucionais como políticas públicas, o Estado. Henry Sigerist é considerado o mais importante precursor da ‘promoção da saúde’, em sua acepção atual, inclusive por sua indicação sobre a importância da intersectorialidade para a saúde (Ferreira, 2002).

Cabe destacar que a ‘promoção da saúde’ foi primeiramente implantada em países como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Bélgica, dentre outros. Uma das características marcantes é ter sido implementada originariamente nestes países, considerados desenvolvidos, e somente na década de 1990 é que se tem a implantação da ‘promoção da saúde’ nos demais países. As discussões iniciais naqueles países deram-se em torno dos altos custos da atenção à saúde sem uma correspondência de melhoria do quadro sanitário da população. Centravam-se no dilema da alocação de mais recursos ainda que tais recursos fossem vencidos pelas condições de saúde da população, devido ao envelhecimento e agravamento das patologias crônico-degenerativas. Essa implantação começa com as proposições de mudanças de estilos de vida.

Como uma primeira tentativa de resposta, pode-se apontar que o esforço econômico do Estado na saúde não estava sendo eficaz, na conjuntura desses países, ainda que suas sociedades tivessem boas condições materiais e de infraestrutura. Não basta promover políticas de atendimento de saúde se não há a correspondência em qualidade de vida, como entende Amartya Sen (1999).

O paradigma da ‘promoção da saúde’ aprovado na Carta de Ottawa, como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde. Assume a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida e pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e de mobilização da sociedade. Trabalha com o princípio de autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e o poder local.

Abordar essa discussão, não como uma normalização do conhecimento científico da saúde, mas como um conceito social, torna relevante a apropriação da noção de campo de Pierre Bourdieu (1989) porque auxilia na compreensão das múltiplas interações sociais, mesmo que possam ser estudadas separadamente. O campo da saúde possui características específicas, mas absorve as influências de todos os outros campos da realidade social.

Segundo Bourdieu, há uma cultura dominante que integra a sociedade de modo simbólico e dessa forma legitima a ordem estabelecida por ela. Isso se daria pelas distinções demarcadoras das hierarquias carregadas de ideologias que servem interesses particulares, ainda que apresentados como universais e comuns ao conjunto dos grupos sociais envolvidos.

Esta integração é simbólica porque há uma falsa consciência das classes dominadas, pois esse efeito ideológico dá-se através da dissimulação da função de divisão entre o que é comunicado e seus instrumentos de distinção, diferenciação, o que compele todas as culturas a definirem-se pela sua distância em relação à cultura dominante (Bourdieu, 1989). Nesse sentido, a existência de um campo de produção especializado é condição para o aparecimento de uma luta entre a ortodoxia (ordem estabelecida como natural) e a heterodoxia.

O conceito de campo distingue-se por delimitar um conjunto de práticas sociais em relação à consecução de determinados interesses que configurarão um espaço social conflitivo. O poder está ‘invisível’, por ser simbólico e definido por meio de uma relação determinada, entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos. A interação ocorre na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença na legitimidade das palavras e daqueles que as pronunciam, o que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força, física ou econômica, graças ao efeito específico da mobilização (Bourdieu, 1989).

O nível de organização social-estatal está relacionado ao modo de incorporar a ‘promoção da saúde’ na política geral de produção social e, portanto, importa esclarecer os enunciados da promoção da saúde nas políticas públicas de saúde do Brasil e do Canadá, bem como os tipos de configuração de Estado que estes enunciados expressam. Verifica-se como a construção social de um mesmo conceito em saúde pública é diversa em diferentes países, apesar de adotarem por definição o estabelecido pela Carta de Ottawa (1986), por meio da assinatura dos acordos firmados durante as Assembleias da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)¹/Organização Mundial da Saúde (OMS).

A inserção da ‘promoção da saúde’ no escopo das ciências sociais, demandando este aprofundamento do conhecimento, leva necessariamente a várias abordagens diferenciadas, o que torna esse tema bastante controverso.

¹ A capacidade da Opas como organismo intergovernamental é a de formular políticas com um nível de generalidade que possa captar a aprovação dos países-membros, e a partir das assinaturas dos acordos estes passam a ser linhas condutoras e suas aplicações dependerão das decisões de cada país em particular; portanto, os acordos inicialmente firmados representam somente os primeiros passos rumo a implementações.

Para alguns cobre a totalidade dos serviços sanitários; para outros é sinônimo de prevenção; e ainda há os que a entendem como um campo de saúde que delimita um novo paradigma. Entende-se, no entanto, a ‘promoção da saúde’ como um processo em construção da saúde pública, na realidade social,² o que não impede, porém, de serem buscadas explicações e respostas para a comparação de seus enunciados no Brasil e no Canadá e de se considerar tratar-se, de fato, da construção de um novo paradigma para a saúde.

A medicina, para ser exercida em sua expressão mais inclusiva, necessita utilizar conhecimentos próprios da antropologia, da sociologia, da ciência política e da filosofia, sobretudo na busca de transformar a realidade social por meio do proposto no enunciado da promoção da saúde, como expressão de qualidade de vida. O foco de atenção aqui utilizado está na construção sociológica, no entanto, para Anthony Giddens e Jonathan Turner: “não se deve considerar a teoria social propriedade de nenhuma disciplina, pois as questões referentes à vida social e aos produtos culturais da atividade humana permeiam as ciências sociais e as humanidades” (Giddens & Turner, 1999: 7-21), e, no caso em estudo, a própria medicina, em sua vertente da saúde pública.

Em Karl Mannheim (1986), encontra-se a sustentação de que nenhuma análise sociológica será definitiva e/ou abarcará a abrangência do fenômeno social sob estudo, de uma forma que gere um consenso por parte dos que a analisarão. Isso ocorre devido à perspectiva de análise da realidade ser diversa para os diferentes atores sociais.

Dois tendências são abordadas: a de campo de saúde e a de prevenção, correspondendo aos dois paradigmas, o que inclui o conceito de qualidade de vida e o flexeneriano, respectivamente. Não se discute filosoficamente os paradigmas, apenas se situa a ‘promoção da saúde’ nestas duas vertentes como proposta de atuação na atenção à saúde.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata³ torna-se um marco, pois estabelece a proposta da ‘atenção primária à saúde’. Essa declaração amplia a visão do

² Conceito weberiano: atuação humana dotada de sentido, substituindo as noções de causa e função, com um caráter limitado e relativo da objetividade, ao reconhecer que esta não pode ser fundada em valores culturais universais, mas naqueles valores que, em uma determinada época, tornam-se dominantes (Blanco, 2004).

³ A Declaração de Alma-Ata é produto da Conferência do mesmo nome, pois foi realizada nesta cidade da ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), com a presença dos Estados-Membros da OMS, para redirecionar as atividades do setor saúde, com vistas às correções das desigualdades sociais dela decorrentes (Mahler, 1981).

cuidado à saúde: sai da visão hierárquica do conhecimento especializado (do médico, principalmente, e de todos os outros profissionais da equipe de saúde) e incentiva o envolvimento da população (como paciente, individualizado, e como população). Supera o campo da atenção convencional dos serviços de saúde, valorizando a atenção primária como componente central do desenvolvimento humano. Dessa forma, ressalta os fatores necessários para propiciar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social. Firma o compromisso da meta de ‘Saúde para todos no ano 2000’ ao mesmo tempo que estabelece que esta possibilidade se dá a partir da estratégia de ‘atenção primária à saúde’.

A compreensão do termo ‘atenção primária à saúde’, pela OMS, é a de assistência sanitária baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, a um custo que a comunidade e o país possam suportar. Com base nessa forma de atender a população, todos os membros da comunidade deveriam ter acesso à atenção primária à saúde e todos deveriam participar dela. Além do setor sanitário, devem estar implicados também outros setores relacionados com a saúde, tais como educação, habitação, trabalho, saneamento, entre outros. Dessa forma, a ‘atenção primária à saúde’ está estreitamente vinculada com a ‘promoção da saúde’ e a prevenção de enfermidades. Em síntese, a ‘atenção primária à saúde’ não abandona a dimensão setorial, técnica, mas inclui outras dimensões.

Outra vertente considera que a ‘atenção primária à saúde’ é uma atenção de primeiro contato que assume uma responsabilidade longitudinal em relação ao cidadão, esteja este enfermo ou não, e que é o elemento integrador dos aspectos físicos, psicológicos, sociais da saúde. Um autor importante para a defesa dessa abordagem é Mário Testa (1984).

Cabe ressaltar que essa vertente só acontece se houver o entendimento do pessoal de saúde sob esse aspecto e se a população fizer o movimento de entrar em contato com o serviço, independente de estar enferma ou não. Isto requer mudanças na intervenção do Estado e também mudanças de entendimento da própria população sobre a saúde. A atuação do Estado deveria ser mais educativa e informativa ao invés de apenas ressaltar as características da doença e da tecnologia, por exemplo. Em um plano mais resolutivo de processo não haverá mudanças significativas se houver apenas mudanças no Estado e/ou somente pela população.

Nesse sentido, a ‘atenção primária à saúde’ implica acessibilidade, cobertura global, responsabilidade, coordenação e continuidade.⁴ Além disso, implica também atender aos requerimentos epidemiológicos⁵ das populações, o que pode significar que, em uma determinada área com predomínio de casos de complicações cardiológicas, seja parte da ‘atenção primária à saúde’ a criação de um centro de cardiologia com tecnologia de ponta.

O conceito de saúde pública não pode estar restrito aos serviços de saúde, pois são requeridas as transformações políticas, sociais, econômicas, imprescindíveis à configuração do bem-estar social (Starfield, 1992). Sendo a equidade o elemento central desse conceito de saúde e não o desenvolvimento econômico, é necessário pensar em uma justiça distributiva para o alcance da meta proposta de ‘saúde para todos’, retomando o desenvolvimento como proposta global e incluindo saúde e educação como prioridades.

Nessa perspectiva de raciocínio, a definição de saúde da OMS é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e debilitamento” (OMS, 1948). Essa definição é uma primeira tentativa de superação da perspectiva de saúde apenas como conhecimento científico aplicado. E essa proposta de ampliar o entendimento da atenção à saúde para além da técnica estrutura-se com o *Relatório Lalonde*, em 1974, cujo marco é o questionamento da política pública de saúde canadense de investir seus recursos prioritariamente em serviços assistenciais aos agravos de saúde, desconhecendo os fatores sociais que causam estes agravos.

Marc Lalonde, então ministro de Saúde e Bem-Estar do Canadá, publica o documento de trabalho *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*, (Canadá, 1974), no qual reconhece que a análise do campo da saúde apresentava um problema fundamental – a carência de um quadro conceitual comum que permitisse separar seus componentes principais. Essa carência tornava difícil comunicar-se adequadamente ou desagregar o campo da saúde em segmentos flexíveis que se prestassem à análise e à avaliação.

⁴ Acessibilidade, segundo Andersen e Aday (1992), é o meio através do qual o paciente consegue ingressar no sistema de ‘atenção à saúde’ e continuar frequentando de acordo com suas necessidades de atenção; cobertura global é a capacidade do pessoal de saúde para atender a maior parte dos casos que se apresentam na população a qual servem. Responsabilidade é a possibilidade de prever os efeitos do próprio comportamento e de corrigi-lo com base em tal previsão (Brasil, 1988; Abbagnano, 1999). Coordenação é o processo de ordenação metódica no uso de todos os recursos demandados pelas atividades da área da saúde e suas áreas correlatas (Sonis, 1983). Continuidade social é a permanência de certos elementos, motivos ou fatores entre as várias fases do processo social (Abbagnano, 1999).

⁵ Epidemiologia é a especialidade de saúde que estuda a ocorrência dos agravos nas populações. Este tipo de análise da atenção primária à saúde está em textos de Navarro (1984), neste caso se estaria percebendo a atenção primária como primeira e não como a mais simplificada.

Para Marc Lalonde, existia uma necessidade premente de organizar os mi-lhares de fragmentos em uma estrutura ordenada, intelectualmente aceitável e suficientemente simples, de modo que permitisse rapidamente localizar todas as ideias, problemas ou atividades relacionadas com a saúde: necessitava-se de uma espécie de ‘mapa do território da saúde’. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro componentes amplos: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (Lalonde, 1996: 3-6).

A aplicação da proposta de Marc Lalonde mostrou-se polêmica, porque colocou foco na transformação dos estilos de vida. Desse modo, recebeu críticas sobre a possibilidade de estar ‘culpando’ os próprios pacientes (*victim blaming*) de suas enfermidades. Nesse sentido, o enfoque adotado foi essencialmente behaviorista, associado à educação para a saúde, levando à criação do Departamento de Promoção da Saúde no Ministério da Saúde e Bem-Estar. O ministro Jack Epp, que substituiu Lalonde, acata as críticas, extingue esse Departamento e convoca a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no que é apoiado pela OMS. Esta conferência, realizada em Ottawa, tinha como objetivo ajustar a política de saúde canadense à prática dos preceitos de Alma-Ata. Dessa forma, a Carta de Ottawa, produto dessa conferência, redefine a ‘promoção da saúde’ no âmbito ampliado anteriormente referido, pois incorpora a estratégia da ‘atenção primária à saúde’, a intersetorialidade, a participação social, o *empowerment* e a reorientação dos serviços assistenciais (Ferreira, 2002).

No início da década de 1980 (Kickbusch, 1996a), o Canadá era o único país que dispunha de uma Direção Geral de Promoção da Saúde com relatos de que projetos com participação da sociedade teriam tido êxito. Isso possibilitou um trabalho de cooperação com a OMS, através da Oficina Regional da Europa, que postulou que a ‘promoção da saúde’ era muito mais abrangente do que a educação em saúde, culminando com a criação, em 1984, de um Programa denominado Promoção da Saúde.

Foi produzido um documento de discussão sobre o conceito e os princípios da ‘promoção da saúde’, que a definiu como o processo que permite às pessoas adquirir maior controle sobre sua própria saúde (Kickbusch, 1996a). Essa perspectiva deriva de um conceito de saúde significando a magnitude em que um indivíduo ou grupo podem, por um lado, realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, por outro, mudar seu entorno ou enfrentá-lo. A saúde é, portanto, considerada recurso aplicável à vida cotidiana e não

objetivo dessa vida; é um conceito positivo⁶ que se apoia nos recursos sociais e pessoais e também na capacidade física.

Nesse documento da OMS, foram propostos cinco princípios fundamentais para a ‘promoção da saúde’:

1. A ‘promoção da saúde’ afeta a população em seu conjunto no contexto de sua vida diária e não se centra nas pessoas que correm o risco de sofrer determinadas enfermidades;
2. A ‘promoção da saúde’ pretende influir nos determinantes causais ou causas das doenças;
3. A ‘promoção da saúde’ combina métodos ou enfoques distintos, porém complementares;
4. A ‘promoção da saúde’ orienta-se claramente a conseguir a participação concreta e específica da população;
5. Os profissionais de saúde, particularmente no campo da atenção primária, devem desempenhar um papel de grande importância na defesa e facilitação da ‘promoção da saúde’.

Foram também propostas cinco áreas temáticas, quais sejam:

1. Acesso à saúde, ingresso e permanência no sistema de saúde;
2. Desenvolvimento de entorno facilitador da saúde, o ambiente das pessoas propiciando saúde, desde o mais restrito até o meio ambiente propriamente dito;
3. Reforço das redes e apoios sociais, comunicação entre as pessoas e organizações com vistas à saúde;
4. Promoção dos comportamentos positivos para a saúde e das estratégias de enfrentamento adequadas, um objetivo essencial para a ‘promoção da saúde’, estilos de vida saudáveis;
5. Aumento dos conhecimentos e difusão da informação relacionada com a saúde, em condições de entendimento para todos os interessados.

Dois anos depois, foi elaborado um documento, ratificado pelos representantes dos países presentes à Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, realizada no Canadá, chamado a Carta de Ottawa, já referida. Esta carta coloca a promoção da saúde como um campo da saúde

⁶ Um estado positivo de saúde está mais relacionado com o progresso pessoal do que com a simples resolução de problemas. O estudo do estado positivo de saúde transcende de modo claro a preocupação tradicional da medicina em preservar e restaurar a saúde (Nutbeam, 1996).

pública, estabelecendo as bases para seu desenvolvimento conceitual e para o surgimento de experiências políticas e de intervenções no mundo inteiro.

A conferência representa o marco da promoção da saúde como possibilidade de política pública para todos os países no âmbito da OMS/Opas. A meta de ‘Saúde para Todos no ano 2000’, adotada na conferência de Alma-Ata, passa a ser chamada apenas de ‘Saúde para Todos’ sem um período de tempo determinado. Essa meta torna-se ao longo de todos esses anos um imperativo ético, social e político (Franco, 2000). A partir dessa formulação pode-se levantar o questionamento sobre como colocar em prática este desafio.

A meta ‘Saúde para Todos no ano 2000’ foi política de saúde predominante no último quartel do século XX (Cohen, 2001). Tal meta, em determinados momentos, foi concebida como estratégia; em outros, como objetivo que se circunscreveu a compromissos pontuais, sendo parte de uma política mundial da saúde, em que pese os diferentes entendimentos e utilizações do conceito pelos países. Como essa meta não se cumpriu no prazo inicialmente proposto, o ano 2000, a OMS, observando a boa aceitação pelos países da Carta de Ottawa, adota a ‘promoção da saúde’ considerando que ela ajustava a ideia de promoção aos preceitos da atenção primária à saúde, principalmente os de políticas intersetoriais e de participação social. Assim, pôde ser desenvolvida uma continuidade da Declaração de Alma-Ata sem no entanto haver um retorno ao ‘criticismo’ inicial do não cumprimento da meta ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, como se pode concluir a partir de análise de todos os documentos elaborados nas conferências que se seguiram (Ferreira, 2002).

São muitas as análises sobre a meta ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, inclusive as que se referem às metas especificadas no documento-base, ainda que centradas nos aspectos mínimos e quantitativos. Uma delas defende que o não cumprimento da proposta no prazo estipulado fundamentalmente se deu porque as políticas intersetoriais e a participação social foram tomadas como retórica e pouco desenvolvidas, pois os dirigentes da saúde, por influência do pensamento médico flexeneriano, fixaram-se nos pontos da Declaração de Alma-Ata mais ajustados ao processo usual do trabalho médico (Ferreira, 2002). Pode-se dizer que ocorreu o cumprimento técnico de muitos dos indicadores propostos, muitas vezes por inércia das tendências anteriores, mas também pelo compromisso com “um modelo alternativo mais justo para a humanidade” (Franco, 2000: 220-232).

Como referido, ‘a promoção da saúde’ foi adotada majoritariamente nos países desenvolvidos. A partir de 1994, começa a ser incluída na agenda da

saúde pública dos países da América Latina, ampliando as possibilidades dos serviços públicos de responder aos problemas de saúde em toda sua complexidade. A formulação de políticas, a implementação de intervenções e os debates acadêmicos evidenciam o potencial de construção de uma proposta de promoção da saúde nos países da América Latina, a partir de suas próprias condições, problemas e potencialidades.

Estas novas incorporações implicam considerar que a crise dos modelos de atenção à saúde é parte de uma crise global, a crise da modernidade. Segundo Anthony Giddens (2002), a modernidade pode ser entendida como aproximadamente equivalente ao ‘mundo industrializado’ desde que se reconheça que o industrialismo não é sua única dimensão institucional. Trata-se de relações sociais implicadas no uso generalizado da força material e do maquinário no processo de produção. Em um sentido geral, refere-se às instituições e aos modos de comportamento estabelecidos pela primeira vez na Europa depois do feudalismo, mas que somente no século XX tornaram-se mundiais em seu impacto.

A perspectiva dessa crise de modernidade remete a outro ponto: as diferentes formas de olhar e de explicar a realidade social. Para Marcel Mauss,⁷ a sociologia é uma disciplina que tanto pode abarcar uma visão geral da realidade coletiva quanto uma análise profunda, tão completa quanto possível. Neste caso, obrigaria-se a estudar o detalhe com uma fonte de exatidão tão grande quanto àquela do historiador.

Assim, pode-se dizer que toda explicação sociológica está contida dentro de uma dessas três situações seguintes: liga uma representação coletiva a outra representação coletiva; liga uma representação coletiva a um fato da estrutura social como a sua causa; ou liga fatos da estrutura social a fatos das representações coletivas que lhes são determinadas. Consubstanciada por este autor, assume-se que a explicação sociológica é independente de toda metafísica. Deve-se levar em consideração, porém, as representações coletivas na dimensão de crenças e valores da população.

Considerando-se a saúde, e, em particular a construção social da ‘promoção da saúde’, a orientação sociológica requer uma clara distinção conceitual entre a compreensão de doença como um fenômeno natural e doença em termos da configuração da vida humana em uma dada sociedade. Esta última muda com o tempo e as circunstâncias.

⁷ Mauss (1985).

Segundo Philippe Adam e Claudine Herzlich (2001: 10), “a primeira análise sociológica sobre a doença e a medicina na sociedade contemporânea, definindo o papel social do médico e do doente” ocorreu em 1948, pelo sociólogo americano Talcott Parsons. Depois dele, vários outros sociólogos trataram do tema, tais como: Robert King Merton, August Hollingshead, Renée Fox, Howard Becker, Erving Goffman, Elliot Freidson, Anselm Strauss e outros. Os resultados alcançados são considerados importantes “para a compreensão de problemas e processos sociais mais gerais” (2001: 10).

Seguindo a argumentação dos autores, no sentido de que a doença e a morte não são exclusividades da biologia, é referido um texto de Marcel Mauss, de 1926, no qual este afirma que o efeito físico provocado no indivíduo pela ideia da morte é construído coletivamente. Mauss estudou sociedades tradicionais da Austrália e Nova Zelândia, demonstrando que “o desrespeito às regras sociais pode levar um indivíduo à morte” (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 10). Apesar de esse exemplo ter sido verificado em ‘sociedades ditas tradicionais’, a “interação entre o orgânico e o social não deixa de ser menos marcante nas sociedades ocidentais modernas” (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 10-11). Não somente as doenças variam de acordo com as épocas e as condições sociais como também podem ser definidas em termos sociais. A natureza e a distribuição da doença, as interações entre processos orgânicos e sociais, o reconhecimento das sociedades sobre o estar doente e/ou saudável divergem socialmente.

Nesse sentido, saúde e doença não são apenas estatísticas, pois trazem em si julgamentos de valor, considerando-se que em qualquer sociedade, a doença é indesejável. Para Georges Canguilhem (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 11): “é necessário olhar além do corpo para determinar o que é normal para este mesmo corpo”. O filósofo entende que a saúde é definida pela capacidade humana de coexistir em seu ambiente, não somente físico, mas também social: “O ser vivo não vive em meio a leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis” (*apud* Adam & Herzlich, 2001: 11). Sob essa análise, saúde e doença responderão às transformações do meio ambiente; às inserções das pessoas socialmente, tanto em suas famílias como nas atividades de trabalho, constituindo estados sociais. Da mesma forma, responderão às ações das políticas públicas, do saber e da prática médicos, por sua vez calcados nas configurações do Estado (Adam & Herzlich, 2001).

A partir dessa perspectiva, podemos dizer que a saúde é uma categoria resultante da interação do homem como ser biológico, social e espiritual no contexto das organizações sociais, em cada momento histórico dado, expressando o nível de bem-estar físico, mental, social e espiritual do indivíduo, da família, do coletivo de trabalho e da comunidade. Assume-se então que a saúde é um valor universal, de defesa da vida, da cidadania, e por isso não pode ser tratada como mercadoria, não sendo um valor que possa depender de políticas de mercado (Lewis, 1987). Tampouco é um setor isolado da realidade dos países, sofrendo, portanto, todos os efeitos das políticas governamentais.

Apesar disso, o conceito de saúde como oposição à doença ainda está enraizado na sociedade ocidental e na prática médica/da saúde. No entanto, esta contraposição saúde-doença pode ser problemática, uma vez que não existe saúde como sinônimo de cura definitiva, pois à luz de um sistema de diagnóstico moderno e científico sempre será possível que se encontre alguma espécie de desequilíbrio no corpo humano.

Essa concepção de saúde como ausência de doenças prepondera no mundo ocidental nos últimos cem anos, em consequência principalmente dos avanços tecnológicos, do conhecimento médico, pensamento este considerado como ‘referência paradigmática biotecnológica’, o paradigma flexneriano. A prevenção baseia-se na concepção de risco ou de probabilidade de se tornar doente. Desse modo, ocupa-se de estudos clínicos e intervenções que visam a grupos restritos, sejam eles quais forem, sendo componentes desse paradigma. Em 1910, Abraham Flexner elaborou um relatório que reorientou o ensino médico nos Estados Unidos da América do Norte e influenciou toda sua evolução mundial.

Seis anos depois, em 1916, decidiu-se sobre a criação da primeira Escola de Saúde Pública na Região das Américas. Três propostas foram apresentadas: uma centrada na engenharia sanitária e higiene industrial; outra que propugnava a influência social e das políticas econômicas sobre os problemas de saúde; uma terceira que defendia a abordagem biomédica, calcada na pesquisa científica, com utilização importante da estatística e da bacteriologia, baseada na prática hospitalar, especialmente do hospital universitário (Ferreira, 2002).

A proposta escolhida foi a última, apresentada pela Universidade de Johns Hopkins. Segundo José Roberto Ferreira, é provável que Flexner tenha exercido sua influência, haja vista ter sido o presidente da comissão que decidiu sobre o modelo a ser adotado. Nesse contexto, a saúde pública recebe a mesma

influência definida para a medicina científica. Nessa perspectiva, perdeu-se a oportunidade de considerar que a complexidade da saúde necessitaria da reunião daqueles três enfoques, que propiciaria uma abordagem integral da saúde pública diferenciada da abordagem biomédica, que prevaleceu.

Nas últimas décadas, a saúde passa a ser relacionada com as noções de qualidade de vida, e não a um oposto ao negativo representado pela doença. Nesse sentido, em oposição ao paradigma anterior, surge um novo movimento em direção a um estágio em que uma perspectiva global revela também um novo paradigma sócio-ecológico-político. Tal paradigma integra, porém, o anterior. Estamos vivendo sua emergência, na qual a qualidade de vida ocupa uma posição de destaque, por ser tal paradigma mais social e integrador da vida dos sujeitos.

Enquanto a ‘promoção da saúde’ refere-se a aspectos globais comunitários, com maior expressividade fora da prática médica, a prevenção de doenças é ainda uma atividade predominantemente médica. A ‘promoção da saúde’ relaciona-se mais fortemente aos múltiplos aspectos de modos de vida, porque estes definem melhor as condutas coletivas ou individuais que geram fatores protetores para uma vida saudável, transcendendo mudanças de hábitos individuais, como o uso de álcool e do cigarro, a alimentação saudável, os exercícios e o controle do *stress*, entre outros. Ademais sua relação com os processos da realidade social.

De acordo com Anthony Giddens (1991), os modos de vida produzidos pela modernidade causaram uma ruptura com a ordem social tradicional, do ponto de vista da extensão – estabelecimento de interconexões sociais globais; e da intenção alterações das características íntimas e pessoais da vida cotidiana, num breve período histórico –, ainda que persistam algumas continuidades com o tradicional.

Novas respostas são esperadas e certamente o papel do Estado torna-se mais proeminente haja vista a impossibilidade de o mercado lidar sozinho e de forma resolutiva com tamanha complexidade. Isso também implica que o campo do conhecimento da saúde precisa ser permeado pelos conhecimentos próprios das ciências sociais, no sentido de ampliar suas possibilidades de análise e de criar uma intervenção mais resolutiva. Uma reflexão importante a ser considerada é até que ponto esta nova concepção não estaria a exigir um desenho de Estado voltado ao bem-estar social para realmente afirmar-se no cotidiano das pessoas, a fim de que se traduza em concretude de ações por meio dos serviços de saúde.

Nos últimos anos, a questão da globalização econômica⁸ traz consequências por seu impacto sobre o social, em todos os países do mundo, gerando diferentes respostas de acordo com suas realidades sociais. O fato de a meta ‘Saúde para todos no ano 2000’ não ter alcançado os efeitos e compromissos pactuados (Cohen, 2001), quando da Conferência de Alma-Ata, levou a que outras propostas fossem acrescentadas às iniciais e gerou processos diferenciados nos países de acordo com os compromissos dos dirigentes organizacionais e de governo interessados na área da saúde.

Nesse sentido, a ‘promoção da saúde’ propõe que se aceite a saúde como um dos objetivos sociais fundamentais dos governos, um dos componentes-chave do bem público, e que se busquem formas de propiciar aos cidadãos do mundo vidas produtivas, social e economicamente.

Após a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (17-21 de novembro de 1986), que afirma o compromisso da ‘promoção à saúde’ e sua especificação, ocorreram várias outras, tais como:

1. Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988, que resultou nos compromissos assumidos na Declaração de Adelaide;
2. Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991, cujo resultado foi a elaboração da Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde e Desenvolvimento Sustentável à Qualidade de Vida;
3. Conferência Internacional de Promoção da Saúde na Região das Américas, ocorrida em Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992, que gerou o documento, Declaração de Santafé de Bogotá, voltado para a Promoção da Saúde na América Latina;
4. I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trindade e Tobago), realizada em Porto Espanha, 1-4 de junho de 1993, que produziu o documento Carta do Caribe, sobre a ‘promoção da saúde’ para a região caribenha;
5. Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta/Indonésia, 21-25 de julho de 1997, que gerou a formulação

⁸ Conceito muito amplo e com várias interpretações. “Globalização é, com toda a certeza, a palavra mais usada - e abusada - e a menos definida dos últimos e dos próximos anos; é também a mais nebulosa e mal compreendida, e a de maior eficácia política” (Beck, Giddens & Lash 1995: 44). A referência à globalização econômica não suscita discussão teórica neste livro porque é tomada como um dado da realidade social que impacta sobre todos os processos sociais seja do Estado, seja da sociedade civil.

da Declaração de Jacarta sobre Promoção de Saúde do Século XXI em diante;

6. Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México, 5-9 de junho de 2000, Promoção da Saúde: rumo a uma maior equidade, cujo resultado foi a Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde, assinada pelos ministros da Saúde presentes à Conferência;
7. Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, Tailândia, 7-11 de agosto de 2005, tratando da saúde como um direito humano e de ações para mudar os determinantes da saúde num mundo globalizado.

Teorizar sobre saúde pública é uma tarefa necessária. Atualmente, na área da atenção à saúde, a explicação biologista coexiste com explicações que enfatizam os aspectos econômico-sociais na etiologia das enfermidades, embora mantenha ainda seu caráter proeminente. Desse modo, a medicina social com trabalhos de Michel Foucault, de Giovanni Berlinguer e de Milton Terris, entre outros, propõe uma importante redução do poder da medicina científica, centrada no paradigma flexeneriano. Outros autores fundamentais para esta discussão, na América Latina, são Juan César Garcia, Mário Testa, Asa Cristina Laurell, Guilherme Rodrigues da Silva, Jaime Breilh, Edmundo Granda, Antônio Sergio Arouca, Cecília Donnângelo, Sonia Fleury, Jairnilson Paim, Naomar de Almeida-Filho, Madel Terezinha Luz, Pedro Luís Castelhanos, entre outros (Ferreira, 2002).

A ‘promoção da saúde’ é parte da saúde pública, e como esta, ainda não possui um corpo teórico que lhe seja próprio, específico. Os autores da ‘promoção da saúde’ são profissionais de governo, dos organismos internacionais e dos núcleos de estudos sobre saúde pública; tem sido também tema de algumas teses de mestrado e doutorado. O processo de elaboração teórica sobre a ‘promoção da saúde’ é algo em construção.

Um dos elementos subjacentes às discussões conceituais é a necessidade de explicar um conjunto de práticas de atenção à saúde, exigida por uma realidade de restrição de recursos para suas atualizações. Isso decorre do avanço sempre crescente das descobertas da biotecnologia e de sua aplicação na melhoria da conservação e preservação da qualidade de vida *stricto sensu*.

Nesse sentido, essas práticas desconectam-se do conjunto de relações que compõem os significados da vida, sejam eles sociais, políticos, econômicos,

psicológicos, restringindo-se ao funcionamento do corpo e a uma ciência limitada para representar a realidade. Por isso é importante relacionar e compreender como a proposta de ‘promoção da saúde’ foi incorporada nos países que a adotaram, além dos contextos relacionados aos países-objeto da comparação: Brasil e Canadá.

Assim, a promoção da saúde foi redefinida como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”.⁹ A proposta considera ainda, como condições e pré-requisitos para a promoção da saúde, a paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Está fundamentada em conceitos, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, desenvolvimento, cidadania, participação e parceria. A Carta de Ottawa também integra temas relacionados ao papel do Estado e da sociedade civil.

Tais categorias, condições e pré-requisitos, tanto quanto os conceitos anteriormente citados, presentes na Carta de Ottawa, são os elementos norteadores para as análises das propostas de ‘promoção da saúde’ no Brasil e no Canadá. Na Carta, há a delimitação de áreas de atuação; norteadores para elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a descrição de ambientes favoráveis à saúde; o incremento do poder técnico e político das comunidades; o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, *empowerment*, *advocacy* e a reorientação dos serviços de saúde.

Alguns modelos de ‘promoção da saúde’ com base em estilos de vida saudáveis, comportamentos de vida saudáveis voluntários a partir de escolhas individuais, têm sido criticados quanto à individualização da responsabilidade sobre a saúde. Ainda mais em países com desigualdades sociais, nos quais o acesso à informação qualificada é limitado por diversos fatores, tais como o baixo nível de escolaridade. Essas descrições têm sido interpretadas como se a ‘promoção da saúde’ fosse de responsabilidade única do indivíduo, eximindo o Estado de suas responsabilidades.

Para Anthony Giddens (2002), estilo de vida implica uma escolha dentro de uma pluralidade de opções possíveis e é adotado mais do que outorgado. São práticas rotineiras, incorporadas em hábitos de vestir, comer, modos de agir e lugares preferidos de encontrar os outros; mas as rotinas seguidas estão

⁹ Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá, 21 de novembro de 1986. (OMS, 1986).

reflexivamente abertas à mudança, à luz da natureza móvel da autoidentidade. Diz respeito ao próprio centro da autoidentidade.

Ressalte-se ainda que o modo em que a sociedade se organiza e estrutura o trabalho deve contribuir para a criação de uma sociedade saudável, e por isso a promoção da saúde exige a “ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação” (OMS, 1986).

O campo da promoção articula o conceito de saúde com o de qualidade de vida:

A vida com qualidade para todos, promessa da modernidade e simbolizada nos valores apregoados pela civilização ocidental de liberdade, igualdade e fraternidade, foi sendo atropelada pela perspectiva do desenvolvimento baseado no crescimento econômico e na valorização do consumo de produtos que levam à utilização irresponsável dos recursos naturais; hegemonia de conhecimento e tecnologias; apagamento de culturas; desigualdades entre os povos e as nações. (Serrano & Lemos, 2003: 49)

A promoção da saúde, portanto, insere-se no debate de transformação social e no desenho de políticas e ações sociais integrais que possibilitem alternativas de desenvolvimento, o que enfatiza a importância do Estado e da sociedade civil na consecução de suas propostas.

Um dos questionamentos pertinentes é em que medida a ‘promoção da saúde’ não seria uma imagem-objetivo a ser sempre buscada, por ser antagônica aos modos de vida da sociedade ocidental. Sociedade caracterizada por suas contradições, no que se relaciona ao consumo estimulado continuamente, ao *stress* da alta competição entre as pessoas no mercado de trabalho e em suas vidas cotidianas, entre outros problemas.

Outro questionamento é sobre em que medida não seria necessário enfatizar que todo conhecimento médico disponibilizado e em construção é importante para a promoção da saúde (Cohen, 2001), porque esta necessita prevenir o que se anuncia na conjuntura, onde alcança ser promoção *stricto sensu*. É promoção *lato sensu* quando na presença da patologia pode efetivamente atender e usar a sofisticação tecnológica disponibilizada e a ser disponibilizada por meio dos avanços da biotecnologia. É parte da reabilitação porque os portadores de sequelas também necessitam ter sua saúde promovida para o ganho da qualidade de vida.

Nesse contexto, a promoção da saúde é um conceito estritamente relacionado à qualidade de vida, portanto dinâmico e impermanente, elaborado continuamente, a partir do referencial que as pessoas e/ou os grupos trazem

e não do referencial estático da medicina flexeneriana que não incorpora o conceito de instituição social que a medicina expressa.

Identificam-se qualitativamente as formas de gestão dos enunciados das políticas públicas de promoção da saúde no Brasil e no Canadá; a intersectorialidade; a qualidade de vida e a participação social. Com base na definição dessas variáveis, bem como dos componentes conceituais da promoção da saúde, expõe-se como estes são trabalhados no Brasil e no Canadá.

A partir dos documentos analisados, elaboram-se a construção teórica e empírica, pertinentes à promoção da saúde, que foram contextualizadas no saber médico, na saúde pública e na cooperação técnica internacional em saúde, relacionando as formulações dos documentos acordados sobre sua proposição, tomando-os como referência analítica.

É importante ressaltar a influência direta das agências multilaterais, fora do setor saúde, tais como Banco Mundial (Bird), Fundo Monetário Internacional (FMI), Organização Mundial do Comércio (OMC), nessa área e na proposta de promoção da saúde, conforme revelado pela pesquisa realizada. A ideia da apresentação do estado da arte da promoção da saúde em países desenvolvidos visa a demonstrar como esta proposta espalhou-se nestes países, em uma aparente contradição: por que adotar uma proposta de promoção da saúde em países com sistemas de saúde tão estruturados?

O fato de a saúde pública não delimitar uma disciplina e/ou um campo distinto das outras instâncias da realidade social, submete-a tanto teórica quanto metodologicamente aos componentes da complexidade sociológica da qual é parte. Sua especificidade constitui-se das “inflexões sócio-econômicas, políticas, ideológicas relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde” (Minayo, 1996: 13). Essa constatação implica a necessidade de compreendê-la como uma instância multidisciplinar, estratégica, e de reconhecer sua demanda por conhecimentos diferenciados, mas integrados, e “que coloca de imediato o problema da intervenção” (Minayo, 1996: 13). Assim, esta área do conhecimento está remetida à imbricação da teoria com a prática, o que significa “dificuldades de aproximação ao objeto, de vencer dicotomias analíticas, de se mover no campo da totalidade das dimensões que o fenômeno saúde-doença revela e oculta” (Minayo, 1996: 14), sendo estes os desafios mais significativos da pesquisa em saúde pública/promoção da saúde. A interação permanente do processo de trabalho em saúde pública é a regra mais importante de seu campo de ação.