

HISTÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Antonio Ivo de Carvalho¹
Marcia Faria Westphal²
Vera Lucia Pereira Lima³

RESUMO:

Brasil, país da América Latina de dimensões continentais, pleno de contrastes, desigualdades demográficas e iniquidades sociais, enfrenta, concomitantemente, o desafio de prevenir, controlar as doenças infecciosas e os agravos e doenças não transmissíveis. O esgotamento do paradigma biomédico, a mudança do perfil epidemiológico e os desafios sociopolíticos culturais das últimas décadas têm ensejado, o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários. Entre estas merecem relevância os paradigmas da Saúde Coletiva no Brasil e a Promoção da Saúde, sendo o primeiro aquele que dá sustentação filosófica ao Sistema único de Saúde (SUS). O objetivo deste artigo foi o de retomar os aspectos da história do país focalizando nesta o desenvolvimento da Saúde Pública. Foram analisados os pressupostos teóricos da Promoção da Saúde e comparados com os da Saúde Coletiva. Concluímos que a Promoção da Saúde baseada nos princípios e valores disseminados pelas Cartas Internacionais, e preocupada com os sujeitos e a determinação social do processo saúde-doença é a que tem maior potencial para promover melhoria nas condições de vida e saúde da população. Este referencial orientou a formulação da Política Nacional na sua recente inserção no Sistema Único de Saúde, institucionalizada através de portaria ministerial.

A importância da avaliação da efetividade da Promoção de Saúde no Brasil, os processos e metodologias que têm sido utilizadas para sua implementação têm se orientado por vários referenciais, que clarificamos neste artigo ao descrever o processo histórico vivido.

¹ Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública, professor do Departamento de Ciências Sociais.

² Professora Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública, área de Promoção da Saúde. Pesquisadora do Centro de Estudos Pesquisa e Documentação Cidades Saudáveis

³ Professora Titular da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

1. Brasil e suas características sócio – econômico demográficas

Brasil é o maior país da América Latina e o quinto do mundo em extensão territorial, ocupando uma área de 8 511 965 Km². Tem uma população de 169 799 000 de habitantes, da qual três quartos residem em áreas urbanas. Até os anos de 1980 a estrutura etária da população era caracteristicamente jovem, mas nos últimos anos a relação - idosos/criança vem revelando seu lento envelhecimento. A expectativa de vida ao nascer hoje é de 68,3 anos, sendo maior para o sexo feminino (72,3 anos) que do masculino (64,5 anos). (IBGE, 2000)⁴

O país está dividido em cinco regiões geográficas, 26 estados e um Distrito Federal. Entre as regiões e estados há contrastes, desigualdades demográficas e de estágios de desenvolvimento, mas apesar disto sua economia é a mais diversificada e de maior potencial da América do Sul. O intenso crescimento econômico experimentado entre as décadas de 30 e 90 assentou-se sobre um modelo excludente, que gerou desigualdades sociais acentuadas e criou várias ilhas de riqueza e/ou bolsões de pobreza.

As estruturas administrativas tradicionais, burocráticas e corporativas, resistentes aos sistemas matriciais e a ações intersetoriais impedem a redução da pobreza crônica da maioria da população brasileira e a melhoria da qualidade de vida da população.

As doenças infecciosas que foram os maiores problemas de saúde pública no país, hoje têm sua importância diminuída. Hoje as doenças do aparelho circulatório estão entre as maiores causas de morte, sendo responsáveis por 32,4% da mortalidade geral seguida pelas causas externas (14,9% das mortes) e neoplasias (14,0% das mortes).

A mortalidade infantil vem diminuindo e os estudos têm apontado que a queda está associada não só aos avanços tecnológicos, mas também e principalmente ao aumento do

⁴ IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística é a organização estatal federal responsável pela realização dos censos demográficos, sua análise e publicação. Realiza também outros estudos que o governo federal considera necessários para o esclarecimento de questões relativas a população.

produto interno bruto (PIB) e as políticas de expansão de serviços públicos essenciais - saneamento básico, saúde e educação. (SIM/MS)⁵

O esgotamento do paradigma biomédico, a mudança do perfil epidemiológico e os desafios sociopolítico-culturais das últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários. Entre estas merecem relevância os paradigmas da Saúde Coletiva no Brasil e a Promoção da Saúde, nos países desenvolvidos. Ambos os modelos teóricos conceituais influenciaram, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde, adotado pela Constituição Federal de 1988 e normalizado pelas leis 8080 e 8142 de 1990, e que foi gestado por um grupo de sanitaristas que afirmava a importância do social na determinação do processo saúde e doença.

Colocando-nos como parte deste grupo, vamos neste capítulo, retomar a história da saúde pública no Brasil, relacionando-a ao desenvolvimento socioeconômico e político do país e a emergência de enfermidades epidêmicas ou endêmicas que interferiram ou surgiram em consequência deste processo de desenvolvimento.

Vamos então retomar aspectos da história do país identificando na mesma, a história da Saúde Pública no Brasil, para relacionar Saúde Coletiva com a Promoção da Saúde e a recente inserção desta última no Sistema Único de Saúde. A importância da avaliação da efetividade da Promoção de Saúde no Brasil, os processos e metodologias que têm sido utilizadas para sua implementação têm se orientado por vários referenciais, que pretendemos clarificar neste artigo ao descrever o processo histórico vivido.

2. Fatos históricos transcendentais na evolução do Sistema de Saúde, da Educação em Saúde e da Promoção da Saúde no Brasil.

Desde 1500 quando as naves portuguesas aportaram o território brasileiro começou a história da saúde pública neste país. O Brasil colônia de Portugal foi administrado por

⁵ O SIM/MS é o Sistema de Informação de mortalidade do Ministério da saúde. É um sistema de coleta de dados imperfeitos, pois o registro do que ocorre no serviço de saúde não é enviado diretamente ao Ministério, passando antes pelo IBGE. Apesar das imperfeições detectadas, os dados do SIM/MS foram utilizados aqui a partir do pressuposto que os resultados obtidos, apesar de representar parte da totalidade, traduzem a situação do todo.

Portugal até 1822 e naquele período e durante o transcurso do Brasil Império o Estado brasileiro não intervinha diretamente nas questões de saúde, a não ser em casos de emergência, como na ocorrência de epidemias e através dos núcleos educacionais onde se transmitiam normas higiênicas em meio a outras atividades educacionais.

Até o final do século XIX e início do século XX as políticas de saúde se caracterizaram por articular-se com os interesses econômicos e políticos das classes dominantes nacionais. Em função da abolição da escravatura e do desenvolvimento do comércio e da indústria, contingentes populacionais migraram para as cidades ainda sem a infraestrutura básica necessária para a sobrevivência. A necessidade de ampliar o comércio externo e abrir fronteiras para a entrada de trabalhadores europeus que vinham substituir os escravos negros recém libertados, exigiu soluções rápidas para as doenças que assolavam as cidades e começavam a ameaçar a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades capitalistas nas cidades e no campo.

Para doenças como a febre amarela e a varíola as ciências biológicas já dispunham de explicações baseadas em descobrimentos científicos recentes e já desenvolviam estratégias de controle. A prosperidade alcançada começava a mudar a fisionomia das cidades. Áreas centrais foram remodeladas e saneadas, particularmente a cidade do Rio de Janeiro, então capital do país no início do século. Nessa época a medicina liberal atendia às demandas de atenção à saúde da classe média urbana e setores dominantes da sociedade. Concomitantemente, medidas saneadoras coletivas de identificação de enfermos e prisão dos mesmos em desinfetórios com base na “polícia sanitária” foram sendo desencadeadas ao mesmo tempo em que se iniciava a vacinação coletiva compulsória com grande reação contrária da população.

Essa forma de intervenção foi reforçada por concepções da educação essencialmente tradicionais, que objetivavam conter a população, eliminando a ignorância, segundo as autoridades, determinante importante das doenças e pestes. Nesse momento as autoridades sanitárias articulavam atividades de controle e policiaiscas.

A partir de 1920, o modelo médico sanitário americano passou a influir decisivamente na estrutura sanitária brasileira. Dois brasileiros eminentes, Geraldo de Paula Souza e Borges Viera que foram alunos do primeiro curso de Saúde Pública da Escola de John

Hopkins nos Estados Unidos, reorganizaram o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Neste período foi reduzido ao máximo o poder coercitivo da polícia sanitária e enfatizada como base logística a educação sanitária..

Em 1930 se organizou um golpe no país e foi iniciado um período de ditadura que durou 7 anos. Neste período uma legislação trabalhista foi instituída, os Centros de Saúde extintos e em substituição foram criados os Institutos de Pensão, que além de outras funções deveria prestar atenção à saúde aos trabalhadores dos diferentes setores produtivos da sociedade, cidadãos únicos de direito à saúde.

Na década de 40, com o fim desse período ditatorial começa a ampliar-se a discussão de uma nova concepção de processo saúde doença baseado na história natural desse mesmo processo . Foi a época do sanitarismo desenvolvimentista, que coexistia com um movimento político populista e que permitiu a criação de novas propostas de trabalho em saúde. A necessidade de exploração de matérias primas durante a II Guerra Mundial conseqüente movimenta de interiorização das ações de saúde inspirou a criação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP financiada pela Fundação Rockefeller - americana - para atender as populações do interior, pobres e desamparadas. Era objetivo desses Serviços favorecerem a percepção pela população de obstáculos sociais e econômicos ao desenvolvimento comunitário, através de novos recursos metodológicos de conscientização (Mello, 1987).

Nas regiões urbanas havia assistência técnica de responsabilidade da Previdência Social, campanhas sanitárias verticalizadas para controle das grandes epidemias, assistência médica suplementar nos Centros de Saúde e nos Hospitais das Santas Casas, dirigidas aos incipientes setores marginalizados, que se aglomeravam na periferia, constituindo um enorme exército de reserva de mão de obra. A educação sanitária, situada também como uma das ações de saúde, se configurava como meio, complemento e apoio às ações médico sanitárias, buscando sua maior eficiência. A educação era considerada como um processo individual de mudança de comportamentos de características indesejáveis tais como: ignorância, falta de higiene, desobediência das normas e prescrições baseadas em valores culturalmente dominantes. Neste período, portanto foram adotadas concepções e estratégias que privilegiavam campanhas educativas dirigidas a problemas específicos,

configurando a chamada “biologização da saúde”, despolitizando o social, no dizer de Cardoso de Mello e depois a “psicologização da saúde”, decorrente do desenvolvimento da psicologia, que recomendava a adoção de rotinas disciplinadas visando bons hábitos de vida, em uma perspectiva conservadora e reprodutiva, traduzida em ações de higienização, normalização e domesticação. As raízes estruturais e econômicas dos problemas de saúde nem sequer faziam parte do universo de pensamento dos profissionais de saúde da época e muito menos eram incluídas nas ações desenvolvidas por eles. (Mello, 1987; Oshiro, 1988).

No período de 1964 a 1985 durante outro período ditatorial controlado pelo governo militar, foram evidenciados resultados positivos em termos de desenvolvimento econômico, continuando um grande contingente de população marginalizada. A face perversa destes acontecimentos revelava-se pelo aprofundamento das iniquidades sociais e pelas condições de vida subumanas de amplos setores sociais, repercutindo na situação sanitária caracterizada por uma situação em que as “doenças da riqueza” vinham somar-se à alta prevalência das doenças vinculadas à pobreza. Ainda, as populações excluídas do compartilhamento dos resultados do desenvolvimento conviviam com um modelo de atenção à saúde privatista curativo, baseado no modelo hospitalocêntrico, sustentado pelo paradigma da biomedicina e orientado por mecanismos gerenciais e financeiros que dificultavam iniciativas de racionalização. Este sistema, com suas práticas médico centradas e curativas, de baixa eficácia, não atendia às necessidades de atenção médica, de prevenção de doenças e de promoção da saúde. (Laurell, 1986, apud: Nunes, 1994, p 12 e Carvalho, 2005, pág. 97)

Resolvida a crise do sistema social da década de 70, com o fim da ditadura, iniciou o processo de redemocratização do país. Grupos profissionais progressistas da saúde, insatisfeitos com os avanços conseguidos com as mudanças propostas pelas correntes preventivistas, e influenciados por profissionais que haviam se engajado com ações relacionadas à pedagogia problematizadora, intensificaram a discussão em busca de novos paradigmas para nortear as programações de saúde e educação e procuraram dar uma nova dimensão às políticas públicas do setor saúde, focalizando os determinantes sócio-históricos do processo saúde/doença.

É importante ressaltar as contribuições que ilustram a vitalidade de iniciativas que, no Brasil, repercutiram neste período, nas áreas de educação e educação em saúde e pesquisa social aplicadas às áreas de saúde e educação. São elas: abordagem político pedagógica de Freire, as propostas metodológicas de educação em saúde de Hortência de Holanda, os princípios e procedimentos da pesquisa participante de Carlos Brandão e outros. Tais inovações viriam favorecer mudanças nas concepções e procedimentos da Medicina Comunitária, alimentando uma postura transformadora e emancipatória, sobrepondo-se à visão mais conservadora de caráter higienista e moralista. Estas concepções foram sendo apropriadas não só por alguns técnicos da saúde que faziam críticas ferrenhas à educação higienista e comportamentalista, como também foram sendo adotadas pelos movimentos de educação popular em saúde, que apoiavam o movimento sanitário em processo de organização. (Freire, 1975; Hollanda, 1959, Brandão, 1988)

O movimento sanitário, orientado pelo modelo teórico conceitual da Saúde Coletiva, que vinha se constituindo no país desde os anos de 1940, se articulou em torno da Reforma Sanitária Brasileira ampliando o movimento que aos poucos cresceu na sociedade civil. O modelo teórico formulado pelas lideranças do movimento incorporou criticamente elementos da produção internacional entre as quais cabe destacar a de países como Inglaterra, Cuba, Itália e Canadá. No processo de elaboração teórico – epistemológico, procurou romper com a orientação da sociologia funcionalista norte-americana mediante o diálogo com a produção da Medicina Social inglesa, com o estruturalismo francês e com a Sociologia Política italiana. (Carvalho, 2005)

Enquanto campo de saber, a Saúde Coletiva contribui ao estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social, investigando a produção e distribuição das doenças na sociedade, como processo de produção e reprodução social. Analisou práticas sociais procurando compreender, enfim, como a sociedade identificava suas necessidades e problemas de saúde, tentando explicá-las e oferecer elementos para o seu enfrentamento. (Paim & Almeida, 1998, p.310).

A Saúde Coletiva elege como objeto de intervenção “*a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações*”. Por meio do paradigma histórico – estrutural busca incorporar a “dimensão histórico – social à análise

epidemiológica, e ao mesmo tempo aportar novas categorias de análise” ((Paim & Almeida, 1998, p.61; Arredondo, 1992, p.258, apud Carvalho, 2005 pg., 95).

Hoje, o arcabouço teórico da Saúde Coletiva orienta as atividades de distintos Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Universidades brasileiras, assumindo função relevante na sustentação político ideológica da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) .

O reconhecimento legal deste referencial está na Constituição Federal de 1988, onde saúde aparece como uma concepção ampla, como um direito universal de cidadania, resultante de condições de vida e trabalho e inserida no plano das políticas sociais com formato de “*direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício através de políticas sociais e econômicas e do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (Brasil, 1988).

Está ainda definido que estas políticas devem garantir entre outras coisas: alimentação, transporte, trabalho, a renda e o lazer a todos os brasileiros. A inclusão da determinação social do processo saúde - doença, demarca um campo teórico e prático para a Saúde Coletiva, diferente dos movimentos que o precederam. (Berlinguer, 1988; Brasil, 1988; Westphal, 1992, Carvalho, 2005).

O texto constitucional garantindo o direito a saúde como um componente da Seguridade Social, favoreceu uma abordagem mais ampla, garantindo para o âmbito da saúde ações não só de recuperação da saúde mas também de prevenção de doenças e proteção e promoção da saúde. A partir da década de 90, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser responsável pelo atendimento de saúde de 70% dos brasileiros que dependem essencialmente dos seus serviços e pela normalização e fiscalização de todo o sistema privado.

No início dos anos de 1990, o governo mudou e foi assumido por um presidente que imprimiu ao seu governo características neoliberais e reforçou o modelo biomédico via ações do Ministério da Saúde, impedindo a integração dos ministérios que dariam conta dos determinantes sociais da saúde. O conceito e a prática da saúde continuaram a ser interpretadas, principalmente pelos planejadores e executores das políticas de saúde como

intervenções médicas de natureza preventiva e curativa. A política continuou sendo a arte de integrar ações preventivas e de massa, com ênfase em ações curativas individuais. (Westphal, e col, 2004)

Passaram dez anos da data em que se realizou a 8ª Conferencia Nacional de Saúde, oito anos que a Saúde integrou a Constituição Federal. Conquistamos a lei, mas não o total cumprimento da mesma nem de seus objetivos. (Brasil, 1988)

3. A Filosofia e a prática da Promoção da Saúde no Brasil

Desde meados da década de 1980, vários acontecimentos que se deram no âmbito nacional contribuíram para que a Promoção da Saúde fosse incorporada como uma nova filosofia e prática nas políticas de saúde.

A já mencionada Reforma Sanitária Brasileira passou a ser amplamente discutida a partir de 1986, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs para a sociedade brasileira conceitos e objetivos, muito semelhantes aos apresentados na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, no mesmo ano. Em ambos os documentos - relatório e Carta de Ottawa – foi definido que a Saúde não se reduzia a ausência de doença, mas significava a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento. Profissionais de saúde envolvidos com o movimento sanitário ocupavam-se naquele momento, com a implementação da Reforma Sanitária Brasileira, ou, mais concretamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), idealmente entendido como uma política pública, que deveria envolver os vários setores da sociedade. (Westphal e col, 2004).

Na prática os esforços para a implementação do SUS, restringiram-se a uma luta do setor saúde para a cura das doenças e, nos últimos tempos, voltada sobretudo, à resolução do financiamento das ações de saúde. Entretanto, se a Reforma não concretizou suas propostas iniciais, permitiram uma série de mudanças. Vários progressos foram feitos na perspectiva do SUS: descentralizaram-se as decisões de saúde, favorecendo o desenvolvimento de um Movimento Municipalista de saúde liderado pelos Secretários Municipais de Saúde, fortalecendo a participação e controle social da população nas questões de saúde e ampliando conceitos e práticas de saúde.

Outro acontecimento importante deste período foi a Conferência Latino-americana de Promoção da Saúde, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), realizada na Colômbia, em Bogotá, com participação de 550 representantes de 21 países latino americanos entre eles o Brasil, com a intenção de discutir o significado da Promoção da Saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos para a melhoria da saúde das populações da região, com vistas a equidade. (BUSS, 1997).

No ano de 1995, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) se reuniu no Congresso dos Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Fortaleza, Ceará. A Carta de Fortaleza, elaborada ao final, nos termos que foi redigida, expressou publicamente o interesse da sociedade representativa dos Secretários Municipais de Saúde, nas propostas da Promoção da Saúde. Mencionaram na Carta as experiências canadenses de Cidades Saudáveis, chamando a atenção que seria possível *“transferir progressivamente a ênfase que o Sistema vinha dando na doença para a produção social da qualidade de vida, onde o principal ator deveria ser o cidadão referido ao seu ecossistema”* e que a municipalização da saúde poderia se fortalecer a partir de uma experiência integradora, participativa e criativa buscando a construção de “Cidades Saudáveis”. (Westphal e col, 2004)

A partir deste momento, várias propostas de implementação do Projetos Cidades Saudáveis começaram a ser incentivadas pela Organização Pan-americana de Saúde e por alguns técnicos canadenses e colocadas em prática em vários estados do país: Paraná, São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Alagoas e outros, com apoio de importantes segmentos da sociedade especialmente o CONASEMS. Também a realização do “I Fórum Brasileiro de Cidades Saudáveis” no Ceará em Agosto de 1998, foi um apoio a estas iniciativas, chegando mesmo a ser lançada a proposta da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis. (Westphal, Motta e Bogus, 1998).

Com um objetivo semelhante foi formado, no início de 1998, na Faculdade de Saúde Pública da USP, um grupo interestadual e intersetorial para promover estudos, programas experimentais e intercâmbio de experiências entre cidades que vinham desenvolvendo projetos municipais. Este grupo deu origem ao Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC).

Em 1998, o Ministério da Saúde brasileiro passou por uma reformulação estrutural, sendo as ações de Promoção da Saúde pela primeira vez, oficialmente inseridas na estrutura, alocadas na recém- criada o Secretaria de Políticas de Saúde, que possuía departamentos correspondentes a áreas de formulação, de gestão de políticas e avaliação de políticas de saúde. Neste momento e nesta localização na estrutura foi elaborado um Programa – “Assistência Preparatória: O novo modelo de atenção e a Promoção da Saúde” – através do qual se firmou uma cooperação internacional do Ministério da Saúde com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD – com a ajuda da Agência Brasileira de Cooperação - ABC - para o financiamento do programa.(Nilson e Westphal, 1998).

Havia um grande estranhamento, e muita resistência dos profissionais de saúde, especialmente os mais ligados ao movimento sanitário e à Saúde Coletiva, que confundiam a Nova Promoção da Saúde, apoiada nos princípios da participação dos sujeitos individuais e coletivos nos processos de tomada de decisão, à busca da equidade, à articulação intersetorial para resolver o problema da ampla determinação do processo saúde- doença, à Promoção da Saúde funcionalista, primeiro nível da prevenção primária da História Natural do processo saúde e doença de Leavell & Clark ou à Promoção da Saúde Behaviorista. (Buss, 2003, Carvalho, 2005)

Esta inserção na Secretaria de Políticas colaborou positivamente para a divulgação e esclarecimento de propostas e na articulação de ações de Promoção da Saúde a outras Políticas e programas de saúde, ampliando as oportunidades de seus princípios, valores e estratégias serem inseridos na formulação destas políticas e programas, na sua implementação e avaliação. Neste período faziam parte da Secretaria de Políticas, instâncias importantes de negociação de pactos entre as esferas de governo com relação à saúde: Comissão Intergestora Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Conselho de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e instâncias de participação de associações profissionais e científicas, que abriram espaço para o esclarecimento do significado da Promoção da Saúde, as possibilidades que teria de colaborar na implantação do SUS.

Dois anos depois, quando muitas experiências e debates haviam sido feitos em muitas oportunidades, foi pela primeira vez elaborado um documento básico que propunha a

criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde. Esse documento teve o mérito de refletir todo o processo que foi sendo construído e articulado entre os diversos atores envolvidos com o tema no país, na última década. (Brasil, 2002) .

Outro evento importante da história da Promoção da Saúde no Brasil ocorreu em Novembro de 2002, com a realização, em São Paulo, da III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, uma iniciativa conjunta da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-americana de Saúde e da Universidade de São Paulo. A mesma contou com 1500 participantes que apresentaram 600 trabalhos, registrados em Anais, sendo a maior parte dos participantes brasileiros. A grande participação no evento foi uma evidência de que a Promoção da Saúde já havia formado uma massa crítica significativa no país. (Westphal e col, 2004)

Em Janeiro de 2003 iniciou um novo governo no país e novamente a estrutura do Ministério da Saúde foi reformulada. Os novos dirigentes, muitos deles do movimento da Saúde Coletiva novamente mostraram-se resistentes à Promoção da Saúde, mas como havia um compromisso internacional de implementar “Um novo modelo de atenção na perspectiva da Promoção da Saúde“, resolveram verticalizá-la, como uma filosofia de atenção, realocando-a na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

4. A consolidação da Promoção da Saúde como Política Nacional de Promoção da Saúde.

O grupo brasileiro ligado à Promoção da Saúde, constituído por professores de universidades, gestores de programas de alguns estados, continuou se reunindo, sob os auspícios da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a maior e mais forte entidade de classe, responsável por estudar e oferecer diretrizes ao governo sobre saúde.

Várias oficinas envolveram vários participantes, precedendo ou no interior de outros eventos: Fórum social Mundial; Congressos da ABRASCO, sendo produzidas importantes contribuições para a construção conceitual do campo, compreensão das práticas orientadas pela estratégia de Promoção da Saúde e para a construção de uma base programática mais consistente e operacional.

Os participantes do Grupo Temático (GT) de Promoção da Saúde da ABRASCO, gradativamente foram reafirmando seus conceitos e valores. Em relatório consolidado os resultados da discussão realizada em Fortaleza, no pré- Congresso de Epidemiologia de 2004 ficaram definidas alguns acordos conceituais de seus participantes. “- *Saúde é qualidade de vida, que resulta da satisfação de necessidades vitais de indivíduos e coletividades;*

- *As necessidades vitais não são normativamente definidas, mas socialmente estabelecidas, através de pactos intersubjetivos em contextos econômicos, sociais e culturais, historicamente definidos, e que se cristalizam em contratos sociais definidores de direitos e deveres;*

- *para além do direito social, toma saúde como direito humano fundamental, sendo portanto objeto de um imperativo ético;*

- *saúde é meio e capacidade para a vida com qualidade (não um fim normativo). ABRASCO, 2004).”*

A Promoção da Saúde, segundo o relatório, “*é uma nova referência paradigmática que, retomando e atualizando a agenda interdisciplinar e intersetorial da Reforma Sanitária, inspira e impulsiona o movimento social orientado para mudanças no campo da saúde, em pelo menos três planos da determinação social do processo saúde e doença:*

- *plano da atenção à saúde, envolvendo esforços de mudança na lógica assistencial e dos modelos de gestão, na direção de neutralizar a hegemonia medicalizante e favorecer a autonomia dos sujeitos;*

- *plano da gestão social de políticas públicas, sobre tudo no nível local, envolvendo ações intersetoriais nas ações e programas, o combate à fragmentação de políticas, motivando o empoderamento dos indivíduos e grupos, assim como a mobilização e integração de organizações governamentais e não governamentais;*

- *plano do desenvolvimento geral da sociedade - envolvendo a defesa do social como precedente e impulsionador do econômico, combatendo a primazia do crescimento econômico em detrimento da distribuição equitativa de bem estar na sociedade; advocacy da saúde como componente relevante do complexo produtivo, numa concepção*

avançada de desenvolvimento social e não como consumidor insaciável de recursos públicos.“ (ABRASCO, 2004)

O GT sugeriu, neste mesmo evento, que todas as instituições de ensino presentes devessem considerar como sua responsabilidade impulsionar a pesquisa e a formação em PS, tanto nas instituições acadêmicas como nas organizações de gestão em saúde, para fazer avançar os conhecimentos e práticas desta disciplina, na sua inserção na realidade brasileira. Esta mesma sugestão reaparece permeando posteriormente em entrevista de Carvalho, após a participação em reunião do Comitê Gestor da Política Nacional de Saúde.(Carvalho, 2006)

Concomitantemente e por força das pressões do grupo de professores e profissionais ligados ao GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentado da ABRASCO, o Ministério da Saúde não abandonou o tema, promovendo reuniões que focalizaram basicamente Promoção da Saúde na atenção à saúde. Em 2004, a Promoção da Saúde passou a integrar a Secretaria de Vigilância à Saúde, em função em função de algumas mudanças ministeriais, e também dos apelos globais e nacionais à sua contribuição na Prevenção e Controle dos Agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, responsáveis pelos maiores índices de mortalidade no país. Inicialmente a Promoção da Saúde mais aceita entre os profissionais de saúde, tinha um teor mais comportamentalista e voltada para o controle dos riscos comportamentais, tais como alimentação, uso do tabaco, álcool e drogas e sedentarismo, sem considerar as condições que interferem nas opções pessoais.

Discussões freqüentes para a definição da Política Nacional de Promoção da Saúde, o Seminário de avaliação da Efetividade da Promoção da Saúde realizado no Rio de Janeiro em Abril de 2005, sob os auspícios da UIPES – ORLA, sub-região Brasil e várias entidades parceiras inclusive a ABRASCO, fez com que outro perfil fosse se delineando, aproximando as concepções dos atores do Ministério da Saúde às das cartas Internacionais de Promoção da Saúde e do que vinha sendo definido pelos participantes do GT de Promoção da Saúde e DLIS da ABRASCO.

Em 30 de Março de 2006, quando foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria 687 MS/GM, já estava ratificado o compromisso da atual

Gestão do Ministério da Saúde com a Promoção da Saúde e reconhecida a concordância entre os princípios e diretrizes de ambos.

Saúde, no referido documento é *“resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico”*. Há o reconhecimento de que o processo saúde-doença está associado à determinantes e condicionantes mais amplos impossíveis de serem modificados somente pelo aparato biomédico. Essa abordagem pode *“favorecer a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham”*.

O objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde foi deixar claro que desejo do governo é melhorar a qualidade de vida da população e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modo de vida, condições de trabalho, habitação ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

A Promoção da Saúde foi considerada como *“um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário e outros setores do governo, o setor privado e não governamental, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida”*. Pressupõe, portanto que o setor saúde, via ações de promoção da saúde, se responsabilize pela execução de ações intersetoriais, uma vez que para dar conta das determinações sociais dos problemas, são necessárias ações para ampliação dos recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o setor saúde.

Para a consecução dos objetivos da política de acordo com as diretrizes expressas na política, pudemos identificar dois planos de ação que correspondem aos indicados pelo GT da ABRASCO, já mencionados a pouco, para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde: o da atenção à saúde, o da gestão social de políticas. O plano denominado *“da sociedade de modo geral”*, não foi mencionado, demonstrando a dificuldade do setor saúde em assumir um papel protagônico na definição das políticas econômicas de governo. Foram consideradas ações específicas de promoção da saúde alimentação saudável, práticas corporais e ou atividades físicas, prevenção e controle do

tabagismo, redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e a promoção do desenvolvimento sustentável.

Para a implementação da política foi instituído pelo Ministério da Saúde um Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, do qual fazem parte: representantes de todas as Secretarias do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional do Câncer e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, não havendo nenhum membro externo ao setor saúde. Cabe ao Comitê Gestor articular dentro do Ministério da Saúde todos os procedimentos voltados para produzir saúde. Para o biênio 2006-2007 foram priorizadas ações voltadas para a divulgação da Política e o estabelecimento de estratégias para o desenvolvimento das ações específicas já mencionadas. O comitê deverá interagir e integrar as três esferas de governo para que as estratégias propostas sejam incluídas no Pacto em defesa da vida e que se constituam em ações intersetoriais nos estados e municípios, tarefa esta bastante difícil. Programas de educação continuada para os profissionais de saúde serão uma das estratégias prioritárias incentivadas pelo Comitê Gestor, para facilitar a implementação da Política.

5. Conclusões:

Como já mencionamos, saúde é um direito garantido ao cidadão brasileiro pelo Constituição Federal de 1988, que apresenta no capítulo de saúde um conceito amplo, diferente de ausência de doença e sugerindo estratégias de ação de recuperação, promoção e proteção da saúde. Apesar da explicitação legal da importância de que o sistema se ocupe desta trilogia de ações, promoção da saúde continua sendo tratada de forma incipiente no país, tanto dentro do setor saúde como fora dele e até nos meios acadêmicos.

A história da Saúde Pública brasileira, apresentada aqui permite compreender alguns dos motivos para uma resistência à adoção da Promoção da Saúde, como um paradigma orientador, como uma estratégia de ação, como princípios orientadores de processos de produção social da saúde, conforme definida pela Carta de Ottawa e apresentada no documento da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006.

Há realmente, disseminados na sociedade, várias concepções de Promoção da Saúde, de caráter comportamentalista ou relacionadas ao modelo explicativo da história natural do processo saúde doença, que não têm conexão com as concepções e princípios discutidos e assumidos, por exemplo, pelos participantes do GT de Promoção da saúde e DLIS da ABRASCO ou que perpassam as Cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e ainda os coerentes com os princípios do SUS.

É fundamental para que se possa discutir uma Política Nacional como a da Promoção da Saúde e sua avaliação, que esteja claro qual o referencial teórico no qual o avaliador vai se apoiar para acompanhar, analisar e sugerir modificações nas práticas sob as quais estará realizando seu estudo.

Em relação à avaliação, os que introduzem a política comentam que até o momento, o desenvolvimento de estudos para identificar evidências da efetividade da Promoção da Saúde estiveram vinculados à comportamentos e aos hábitos dos sujeitos e portanto vinculados à concepção comportamentalista da Promoção da Saúde. As metodologias utilizadas para avaliação da mudança de comportamentos foram estudos epidemiológicos, demonstrativos de associações convincentes entre exposição e doença ou ainda estudos observacionais prospectivos e até ensaios clínicos randomizados.

Persiste, portanto, o desafio de realizar estudos e pesquisas para avaliar os resultados da Política Nacional de Promoção da Saúde, as ações que propõe, tão amplas, referenciadas nos conceitos e princípios estabelecidos pelo SUS e também indicados na Carta de Ottawa tais como: integralidade, equidade, co-responsabilidade, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, sustentabilidade e outros. Persiste o desafio de monitorar e avaliar programas e mais ainda de implantar esta Política em um país de dimensões continentais e com tantas iniquidades sociais. Para demonstrar que a Promoção é efetiva na consecução dos objetivos a que se propõe, é necessário criar estratégias de avaliação que identifiquem resultados apesar da complexidade desta nova proposta, do uso que faz de multi-métodos para atuar e para verificar efeitos líquidos de cada uma dos métodos e estratégias utilizadas.

Só assim será possível colaborar para a formação de sujeitos autônomos capazes de promover mudanças no statu quo, interferindo na determinação social do processo saúde-doença.

6. Referências Bibliográficas.

1. Arredondo, A. Modelos teóricos del proceso salud enfermedad. **Cadernos de Saúde Pública**, 8(3):254-261, 1992.
2. Berlinguer, G. et al **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo, HUCITEC, 1988.
3. Brandão C.R. **Pesquisa Participante**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.
4. Brasil, Constituição, 1988. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.
5. Brasil, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**– documento para discussão. Brasília, 2002.
6. Brasil, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – Portaria 687 MS/GM, de 30 de Março de 2006, Brasília, 2006. (www.saude.org.br)
7. Buss, P. M. **A Promoção da Saúde no Desenvolvimento sustentável**, trabalho apresentado no I Seminário Institucional de Promoção de Saúde- SESC/RJ, 2 a 5 de Dezembro de 1997.
8. Buss, P.M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: D. Czeresnia & Freitas, C.M.F. (org.). **Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 176pp., 2003.
9. Carvalho, S.R. **Saúde coletiva e promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.
10. Carvalho, A.I. Promoção da Saúde: novos rumos da Saúde Pública. Portal click Saúde – <http://www.ensp.fiocruz.br/informe/INDEX.cfm>, 7/11/2006.
11. Freire, P., **A Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 3ª ed. 1975.
12. GT-PROMOÇÃO DA SAÚDE/DLIS/ABRASCO – Promoção da Saúde consolida-se como Grupo Temático da ABRASCO e propõe articulação com os demais GTS –

documento elaborado durante reunião no pré- Congresso de epidemiologia - Recife, Junho de 2004.(<http://www.abrasco.org.br>)

13. Hollanda, H. H., Educação Sanitária. In: **Revista Brasileira de Malarilogia e doenças Tropicais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, abril/junho. 1959.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Contagem da população**, 1996. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.
15. Mello, J.A.C., Educação Sanitária: uma visão crítica. São Paulo: Cortez Editora, **Caderno CEDES** (4), p 28-43, 1987
16. Nilson, E.A.F. e Westphal, M.F. Country report of Brazil: priorities and major Health Promotion efforts in 1998-1999. In: **World Health Organization. Megacountry Health Promotion Network**, Geneva, Switzerland, 1998. Annex E: Countries Reports.
17. Nunes, E.D. A questão da interdisciplinaridade no Estudo da Saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: Dilemas e Desafios das ciências sociais em Saúde coletiva (A.M.Canesqui, org.), pp.95-114. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995
18. Oshiro, J.H. **Educação para a saúde nas instituições de Saúde Pública**, São Paulo, 1998 [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo] .
19. Paim, J.S., Almeida Filho, N. Saúde coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, **32**(4):299-316, 1998.
20. 17. Westphal, M.F, Motta, R.M.M., Bogus, C. M. Contribuição para Formação de uma Rede brasileira de Municípios Saludables **Jornal do Conasems**, Agosto de 1998.
21. Westphal, M.F; Bogus, CM; Mendes, R. Akerman, M e Lemos, MS A Promoción de Salud em Brasil In: Arroyo, H, V. **La promoción de la salud em América Latina: modelos, estructuras y vision crítica**, 1ª ed, Universidad de Puerto Rico, 2004.