



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Buss Heidmann, Ivonete T. S.; Puntel de Almeida, Maria Cecília; Eggert Boehs, Astrid; de Miranda Wosny, Antonio; Monticelli, Marisa

Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 15, núm. 2, abril-junho, 2006, pp. 352-358

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71415221>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PROMOÇÃO À SAÚDE: TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE SUAS CONCEPÇÕES

HEALTH PROMOTION: HISTORIC TRAJECTORY OF ITS CONCEPTIONS

LA PROMOCIÓN PARA SALUD: HISTÓRICO DE SUS CONCEPCIONES

Ivonete T.S. Buss Heidmann¹, Maria Cecília Puntel de Almeida², Astrid Eggert Boehs³, Antonio de Miranda Wosny⁴, Marisa Monticelli⁵

¹ Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

² Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO).

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Educação Popular e Saúde (NEPEPS).

⁴ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Vice-líder do NEPEPS.

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro Pesquisador do NEPEPS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública. Serviços de saúde. História.

RESUMO: Este artigo aborda uma revisão da literatura das cartas e declarações sobre a estratégia da promoção à saúde a partir da Carta de Ottawa, em 1986, e busca um resgate histórico das suas correntes e concepções a fim de trazer subsídios para compreendê-la no momento atual. Conclui-se que a Carta de Ottawa ainda permanece como peça central de direcionamento da estratégia de promoção à saúde em todo o mundo. Ela tem orientado as demais conferências, principalmente quando enfatiza a dimensão social e a importância de cinco estratégias fundamentais para se alcançar plena saúde: política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde.

KEYWORDS: Public health. Health service. History.

ABSTRACT: This article is a literature review of the letters and declarations about the strategy of health promotion, since the Ottawa letter of 1986. Its objective is search for a historical restoration of their currents and conceptions in order to offer subsidies for understanding the present reality. This article concludes that the Ottawa letter continues to remain a central piece of direction for the health promotion strategy all over the world. It has oriented other conferences, principally when they emphasize social dimensions and the importance of five essential strategies for achieving full health: public policies, healthy environments, reinforcement of communitarian action, creation of personal abilities, and reorientation of health services.

PALABRAS CLAVE: Salud pública. Servicios de salud. Historia.

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo revisar la literatura de las cartas y las declaraciones sobre las estrategias de la promoción para la salud, a partir de la Carta de Ottawa-Ginebra en el año de 1986, se elabora un rescate histórico de sus corrientes y concepciones objetivando subsidios para poder comprenderlos actualmente. Se concluye que la Carta de Ottawa todavía permanece como una pieza fundamental en la estrategia de la promoción en la salud a nivel mundial. Ésta ha orientado todas las otras conferencias, principalmente, cuando se destaca la dimensión social y la importancia de las cinco estrategias fundamentales para poder alcanzarse una salud plena tales como: la política pública, el ambiente saludable, el refuerzo de la acción comunitaria, la creación de habilidades personales y la reorientación de los servicios de la salud.

INTRODUÇÃO

A Carta de Ottawa de 1986 reafirma a importância da promoção à saúde e aponta, principalmente, a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, caracterizando-se como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.^{1:1} A saúde passou a ser “construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros”.^{1:2} Na carta de Ottawa, a educação em saúde integra parcela do entendimento de promoção à saúde, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Isto é reforçado com a divulgação e contribuição das Conferências Internacionais e Regionais que sucederam a Conferência de Ottawa, em 1986, tais como: a de Adelaide, em 1988,² a de Sundsval, em 1991,² a de Santa Fé de Bogotá, em 1992,² a de Port of Spain, em 1993,³ a do Canadá, em 1996,⁴ a de Jacarta, em 1997,² a conferência da Rede de Megapaíses, em 1998,² a do México, em 2000,² e a de Bangkok, em 2005.⁵ Entretanto, apesar dos avanços advindos destes eventos, ainda permanece uma visão simplificada de promoção à saúde. Prioriza-se a mudança de estilos de vida, do modelo tradicional da educação e da compreensão de que prevenção da doença é sinônimo de promoção à saúde.

Este artigo analisa o contexto histórico que confebeu a promoção à saúde de forma mais ampla, a partir da revisão da literatura, propondo contribuir ao cotidiano dos serviços de saúde.

PROMOÇÃO À SAÚDE: RESGATE HISTÓRICO DAS CONCEPÇÕES ATÉ A CARTA DE OTTAWA - 1986

A revalorização da promoção à saúde foi considerada, na tradição sanitária do pensamento médico social do século XIX, focada na existência da relação da saúde com as condições de vida e,^{6:7} no início do século XX, em resposta a acentuada medicalização da saúde.^{8:9} O conceito de promoção à saúde tradicional foi definido, inicialmente, a partir do modelo de Leavell & Clark, na década de 40, no esquema da História Natural da doença, como um dos elementos do nível

primário de atenção em medicina preventiva.^{7,9,10} Este conceito modificou-se nos últimos 25 anos, surgindo novas correntes de promoção, sobretudo no Canadá, nos EUA e nos países da Europa Ocidental.

A promoção à saúde desponta como “nova concepção de saúde” internacional em meados dos anos 70, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença. Nesse sentido, apontam-se dois acontecimentos importantes: a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com duas missões de observação de especialistas ocidentais da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1973-1974, e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde: uma nova perspectiva na saúde dos canadenses em 1974, posteriormente reforçado com o “Epp Report” – *Health and Welfare Canadá*, 1986, documento elaborado sob os auspícios do ministro da saúde de então, Jackie Epp.¹¹⁻¹²

Na missão à China, observou-se que esses povos desenvolviam cuidados de saúde, não convencionais à abordagem médica, essencialmente no ambiente rural. Estas atividades, aparentemente bem sucedidas, tinham como pano de fundo a atenção primária de saúde, sendo suas idéias depois utilizadas e formalizadas na Declaração de Alma Ata, em 1978.²

O moderno movimento de promoção à saúde surge no Canadá em maio de 1974, com a divulgação do conhecido “Informe Lalonde” que teve motivação política, técnica e econômica para enfrentar os aumentos do custo da saúde.¹³ Foi o primeiro documento oficial a receber a denominação de promoção à saúde. Os fundamentos deste informe se encontravam no conceito de “campo da saúde” e introduzem os chamados “determinantes de saúde”. Este conceito contempla a decomposição do campo da saúde em quatro amplos componentes da saúde: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde.^{9,11,14,15}

Apesar dessa evolução, esta abordagem tinha o enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental, preventivista. Houve inúmeras críticas,^{4,14} principalmente por negligenciarem o contexto político, econômico e social, “culpabilizando as vítimas” e responsabilizando determinados grupos sociais por seus problemas de saúde, cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade.

O Informe Lalonde influenciou as políticas saudáveis de outros países como da Inglaterra e Estados Unidos e estabeleceu as bases para a conformação de um novo paradigma formalizado na URSS, na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978, com a proposta de “Saúde para Todos no ano 2000” e a “Estratégia de Atenção Primária de Saúde”.^{2,9,12,15}

Assim, em meados dos anos 80, começa a surgir um discurso alternativo de promoção e, em 1984, a OMS/Europa produziu um documento preliminar contendo os elementos-chave da nova promoção à saúde, reforçando a noção da determinação social da saúde.^{2,11} Neste ano é realizada, ainda na cidade de Toronto, no Canadá, a Conferência *Beyond Health Care*, que divulga as bases do movimento das cidades saudáveis.^{9,11,16} Em 1985, a OMS/Europa divulga as 38 metas para a saúde na região européia e,⁷ em 1986, torna público o documento *Health City Movement*, sendo que este discurso encontrará expressão no Canadá, com a divulgação do *EPP Report*, neste mesmo ano.^{7,8}

Este documento propõe um marco de referência para a promoção à saúde, o qual busca manter uma estreita ligação com a Carta de Ottawa, mas avança em relação à mesma.¹ A partir disto, a saúde passou a ser reconhecida como resultante da determinação social, a saber: pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais. Como estratégias principais, recomenda: o fortalecimento dos serviços comunitários, políticas públicas saudáveis e o favorecimento da participação popular. Emprega os conceitos de desenvolvimento comunitário e *empowerment* como elementos-chave para alcançar saúde.^{1,4}

Com esta motivação, foi planejada a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em novembro de 1986.¹ Teve a participação de trinta e cinco países e resultou na Carta de Ottawa, a qual passou a ser referência ao desenvolvimento das idéias de promoção à saúde em todo o mundo.^{1,11,12} Confirma um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros,¹ e como resultado de diversas estratégias, nas quais a melhoria da qualidade de vida e saúde se insere.

Descrevem-se a seguir, de forma sucinta, as estratégias de promoção à saúde, segundo a Carta de Ottawa.

1) Implementação de políticas públicas saudáveis: a promoção à saúde inclui, além dos cuidados de saúde, outros determinantes como: renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura. A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades.¹ A Carta de Ottawa sugere ações legislativas, fiscais e organizacionais visando à diminuição das desigualdades sociais e à melhoria da qualidade de vida da população. Sugere, também, a adoção de uma postura intersetorial para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde.

2) Criação de ambientes favoráveis à saúde: propõe a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais como parte da estratégia de promoção à saúde. Para que isto ocorra, sugere ações que objetivem o monitoramento de mudanças das áreas tecnológicas, do trabalho, produção de energia e urbanização, que interferem na saúde da população.¹

3) Reorientação dos serviços de saúde: recomendada que a reorientação dos serviços de saúde deva voltar-se na direção de um enfoque na saúde e não na doença, que apontem para a integralidade das ações de saúde. Propõe, para isto, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde.¹

4) Reforçando a ação comunitária: implementação de ações e recursos existentes na comunidade e que possam intensificar a auto-ajuda e o apoio social necessários ao desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde, o *empowerment* comunitário.¹

5) Desenvolvimento de habilidades pessoais: capacitar as pessoas para “aprenderem através da vida” e se “prepararem para todos os estágios”^{14,6} é uma das estratégias prioritárias da nova promoção à saúde. Apóia, também, o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais.

Estas estratégias da Carta de Ottawa são o principal marco de referência da promoção à saúde em todo o mundo, como reconheceram as outras conferências internacionais de promoção: 1988, 1991, 1997, 2000 e 2005; as conferências regionais: 1992, 1993, incluindo-se também nesta relação a corrente de “saúde populacional”, de 1996 a Rede de Megapiíses, de 1998, que trouxeram contribuições importantes para a corrente moderna da promoção à saúde. Descrevem-se a seguir os principais conceitos e estratégias e suas

contribuições com o tema da promoção à saúde defendidos nestas conferências.

OUTRAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS E REGIONAIS DE PROMOÇÃO À SAÚDE

1) II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde e a Declaração de Adelaide – políticas públicas saudáveis: foi realizada em abril de 1988² e teve como tema central às políticas públicas voltadas para a saúde, reafirmando as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma Ata. Enuncia que as políticas “caracterizam-se 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”.²⁵ 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.

2) III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Sundsvall – criação de ambientes favoráveis à saúde: este conclave evidencia a situação de extrema pobreza e privação, em um ambiente de risco a milhares de pessoas no planeta. Propõe a ação de diversos segmentos da sociedade a se engajarem no desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde.² Reconhece, assim, que outros setores, oriundos das comunidades, dos governos, das ONGs e organizações internacionais, têm um papel fundamental na criação de ambientes favoráveis e de promoção da saúde.^{2,18} Ressalta que, para promover este ambiente favorável à saúde, é preciso englobar quatro aspectos importantes: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico.

3) IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Jacarta: realizada em Jacarta, em 1997,² sendo a primeira a convidar representantes do setor privado. Resgata e atualiza a discussão sobre o “reforço da ação comunitária” definido na Carta de Ottawa. Destaca que a promoção à saúde deve ser realizada em conjunto com a população, e que para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, é necessário que as pessoas tenham direito de voz e mais acesso ao processo de tomada de

decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança.

4) V Declaração do México – Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde: foi realizada na cidade do México, de 05 a 09 de junho de 2000.² Reforça a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Confirma o valor das ações intersetoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde.

5) VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde – A Carta de Bangkok: foi realizada na cidade de Bangkok (Tailândia), em agosto de 2005. Reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Levanta a necessidade de nomear e controlar os efeitos da globalização na saúde como o aumento das iniquidades, a rápida urbanização e a degradação do meio ambiente. Procura dar uma nova direção para a Promoção à Saúde, buscando alcançar saúde para todos através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática.⁵

As Conferências Regionais, Sub-regionais e Específicas de Promoção à Saúde, enfatizadas a seguir, foram elaboradas para discutir problemas específicos dos países latino-americanos e/ou determinados países, sempre incorporando as tendências e experiências internacionais da promoção à saúde de outras regiões do mundo.

1) Declaração de Santa-Fé de Bogotá – Conferência Internacional de Promoção da Saúde: realizada em novembro de 1992, evidencia estratégias para recriar a promoção à saúde na América Latina. Discute a transformação da cultura e do setor saúde a fim de garantir acesso universal e estimula o compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.²

2) Carta do Caribe – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe:³ realizada no ano de 1993, em Trinidad y Tobago, reforça a importância da promoção à saúde, propõe seis estratégias fundamentais: elaboração de políticas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; “empoderamento” das comunidades para alcançar o bem estar; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento/implemen-

tação de habilidades pessoais para a saúde; construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação.

3) Promoção à Saúde da População no Canadá – CPHA, 1996: caracterizou-se como a emergência de um novo discurso na saúde, intitulado de “saúde da população”, o que iria substituir a nova promoção à saúde como eixo orientador das estratégias de promoção no Canadá.^{4,6}

4) Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde – Genebra, Suíça, 1998: a Rede de Megapaíses pode se constituir em uma arma poderosa na agenda mundial das políticas de promoção à saúde, pois se estima que, a partir do ano 2000, 11 países terão uma população de 100 milhões ou mais e juntos constituirão mais de 60% de pessoas no mundo.² Como meta, sugere: melhorar a base de informações da promoção, desenvolvimento da saúde, aumento da intersectorialidade e parcerias para melhorar a distribuição dos recursos para a saúde.

PROMOÇÃO À SAÚDE E MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA – PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

A promoção à saúde tem exercido uma crescente influência na organização do sistema de saúde de diversos países e regiões do mundo. A partir da realização das conferências internacionais e regionais, tem-se observado uma evolução progressiva, mas também contraditória, com relação às suas premissas e estratégias. Essas contradições originam-se das diversas concepções de promoção à saúde que podem ser reunidas em dois grandes grupos: o comportamental, de mudanças de estilo de vida e aquela que busca articular o tema da saúde com a temática das condições e qualidade de vida.⁹

Na realidade é importante compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo.

Neste sentido, adotamos como enfoque de promoção à saúde a tendência que defende ações intersectoriais e valorizam a saúde como qualidade de

vida da população. Destaca-se, ainda a importância de se trabalhar em conjunto com as cinco estratégias de promoção à saúde: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A articulação entre estes campos de ação representa uma força maior que poderá impulsionar transformações na realidade de saúde da população.

O grande desafio da promoção à saúde, principalmente no contexto latino americano é a de mudança de cenário, no qual ainda prevalece uma enorme desigualdade social com deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los. A luta por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida (renda, educação, transporte, lazer, habitação e outros) e deve estar presente nas principais estratégias de promoção à saúde.

Diante disto, gostaríamos de ressaltar algumas indagações com respeito à estratégia da política pública e do empowerment, fortalecimento da população, que almejam no conjunto com as demais estratégias, a implantação da promoção à saúde.

Com relação à elaboração da política pública saudável para promover a saúde, deve-se pensar em uma abordagem complexa e compreendê-la a partir da reformulação do conceito de saúde como do conceito de Estado e seu papel perante a sociedade. Compreender saúde a partir da determinação de diversos fatores e não somente a ausência de doenças. O Estado deve ser visto não como centralizador de seu caráter público, mas tendo compromisso com o interesse público e o bem comum.

No entanto, é importante perceber os riscos a que estão sujeitas estas políticas, no sentido de serem construídas de modo reducionista, transformando problemas sanitários complexos em desvios de conduta individuais, deslocando-se do tema do corpo social para o corpo biológico ou físico, quanto à responsabilidade da produção de respostas efetivas do nível do Estado para o próprio indivíduo.¹⁷

Assim, para que a estratégia de política pública tenha coerência e efetivação prática para a promoção à saúde, não pode ser pensada como uma iniciativa exclusiva do Estado. Deve ser elaborada com os diversos segmentos da sociedade, envolvendo a sociedade civil, os setores públicos e privados. A participação da sociedade neste processo implica a luta pela saúde com diminuição das iniquidades existentes no acesso a bens

e serviços, principalmente no contexto latino-americano cujas evidências são ainda maiores.

Alcançar eqüidade se constitui como um dos recursos fundamentais para a saúde, sendo um dos focos da promoção à saúde, em que as ações permitem a capacitação das pessoas para exercerem o controle dos fatores determinantes da sua saúde. Assim, a noção do *empowerment*, entendido como o fortalecimento das populações,¹¹ constitui-se numa estratégia importante de promoção que pode ajudar a transformar a realidade de saúde, através do fortalecimento do *empowerment* econômico, político, social e cultural dos múltiplos atores sociais que, em conjunto, possam compreender a determinação do processo saúde e doença e conquistar o direito à vida com ética e dignidade humana.

A criação de espaços saudáveis, como cidades, comunidades, territórios, famílias dependem dos projetos e ações da promoção à saúde. Neste cenário que confluem múltiplos atores é relevante destacar ainda, a importância da relação de diálogo, do *empowerment* entre os profissionais e usuários do sistema de saúde. Os profissionais neste processo têm o importante papel de conhecer o conjunto das premissas e promover o diálogo com a comunidade, resgatando e valorizando sua cultura, seus valores, sua condição de vida. Além disso, devem estar preparados para intervir e ajudar a compreender a realidade de saúde da população, estimulando a sua participação e elaborando estratégias que visam melhorar as suas condições de vida e saúde. Devem buscar ações intersetoriais para atuar nos diversos fatores que interferem na saúde como educação, saneamento, habitação, emprego, renda e outros.

Entretanto, é importante reconhecer ainda que a maioria dos profissionais desconhece o verdadeiro significado do tema da promoção à saúde. Há confusões entre os conceitos de promoção e prevenção. Predomina o enfoque comportamental de mudanças de estilo de vida, sendo a saúde ainda compreendida como ausência de doença. Diante disto, para que os serviços de saúde promovam a saúde é necessário que os profissionais compreendam e ampliem sua visão de promoção à saúde, incluindo-se como atores críticos e participantes do processo de construção e reformulação deste sistema.

Assim, a incorporação das premissas e estratégias de promoção à saúde, principalmente no contexto latino-americano, deve caminhar para a busca da superação das iniquidades sociais e de saúde, e isto requer autonomia e respeito dos sujeitos que através de

uma relação de diálogo entre os diversos atores sociais possam melhorar o acesso dos serviços de saúde e adquirir o direito à saúde e à cidadania.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.
- 2 Ministério da Saúde (BR). As cartas de promoção à saúde. Brasília: O Ministério; 2002.
- 3 Organização Panamericana de Saúde. Caribbean charter for health promotion: Port-of-Spain, Trinidad. Washington: OPS; 1993.
- 4 Robertson A. Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health. *Health Promotion Internat*. 1998 Fev; 13 (2): 156-66.
- 5 World Health Organization. Bangkok charter for health promotion in the a globalized world. Geneve: WHO; 2005 [cited 2005 Sept 2]. Available from: <http://www.worldhealthorganization/html>
- 6 Merhy EE. O capitalismo e a saúde pública. Campinas: Papirus; 1985.
- 7 Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.
- 8 Buss P. Enfoques prioritários em saúde pública. In: Organización Panamericana de la Salud. *Desafíos para educación en salud pública, la reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública*. Washington: OPS; 2000. p.7-26.
- 9 Buss P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.
- 10 Leavell H, Clark GG. Medicina preventiva. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Ltda do Brasil; 1978.
- 11 Carvalho RS. Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança [tese]. Campinas (SP): Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas/Unicamp; 2002.
- 12 Ferreira JR, Buss P. Atenção primária e promoção da saúde. In: Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília: O Ministério; 2002. p.7-18.
- 13 Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare; 1974.
- 14 Labonte R. Centre for health promotion. Toronto: University of Toronto; 1993.

- 15 Macdonald TH. Rethinking health promotion. A global approach. New York: Routledge; 1998.
- 16 Organização Panamericana de Saúde - OPS. Indicadores para el movimiento de municipios por la salud. Washington: OPS; 1995.
- 17 Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.* 2005 Jan-Mar; 14 (1): 82-8.