



PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE. SAÚDE CIDADÃ

Luciana Calabro
Doutora em Educação em Ciências (UFRGS); professora da UFRGS

1 INTRODUÇÃO

Na maioria dos países, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e amparada. Com o avanço da medicina e da saúde pública, no último século, os progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais foram, sem dúvida, fatores essenciais. Relatório da região das Américas (OPAS, 1998) e estudos de diferentes autores sobre a saúde mundial (WHO, 1998) são indiscutíveis a respeito.

Depois da II Guerra Mundial, na América Latina, por exemplo, a expectativa de vida cresceu de 50 anos para 67 anos, em 1990, e para 69 anos, em 1995. Entretanto, a permanência de profundas desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países é incontestável. Nas diversas regiões do mundo e em diversos países, a promoção à saúde tem exercido uma crescente influência na organização do sistema de saúde. Tem se observado, a partir da realização das conferências internacionais e regionais, uma evolução progressiva, mas também contraditória, com relação às suas premissas e estratégias. Dando origem a essas contradições, originaram-se dois grandes grupos, que podem ser reunidos: aquele que busca articular o tema da saúde com a temática das condições e qualidade de vida, e o comportamental, relacionado a mudanças de estilo de vida.

É importante compreender que a promoção à saúde se constitui num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a superioridade do modelo biomédico. No cotidiano, é necessário intensificar as ações das estratégias de promoção 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 proporcionar um desenvolvimento social mais justo.

2 SIGNIFICADO DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE

Muitos profissionais da área desconhecem o real significado desses termos conceituais de prevenção e promoção à saúde e ainda geram controvérsias e confusões. (HEIDMANN et al., 2006; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Ao demarcar os fundamentos de prevenção e promoção à saúde, é relevante considerar aspectos históricos que marcaram os seus princípios e formas de intervenção.

No decorrer dos anos, o conceito de prevenção vem sendo revisto. (ABREU, 2012). Caplan fez a primeira definição de prevenção: em 1964, a conceituou como modelos primário, secundário e terciário. (DALTON, ELIAS, WANDERSMAN, 2007). O conceito primário objetiva a redução da ocorrência de novos casos e é destinada à população exposta a fatores de risco, mas que ainda não contém a doença. No secundário, é focado nos sujeitos que já apresentam sinais iniciais da doença. Já na prevenção terciária o objetivo é reduzir prejuízos e consequências, sendo direcionada aos que possuem um diagnóstico de uma doença. (ABREU, 2012).

Com o passar dos anos, o conceito de prevenção em saúde foi reorganizado em três níveis de intervenção: universal, seletiva e indicada. A prevenção universal refere-se às ações direcionadas a toda população, sem um alvo específico; a prevenção seletiva tem como alvo a população avaliada como de risco acentuado, mas ainda sem sintomas; já a prevenção indicada está focada em indivíduos que apresentam sinais ou sintomas iniciais de algum transtorno, sem diagnóstico definido. (MUÑOZ et al., 2010).

Contudo, uma nova revisão foi proposta, embora esse novo modelo de prevenção seja bastante reconhecido pela literatura especializada. Nesse novo modelo, essas áreas se complementam em suas atribuições, tendo como atual conceito de prevenção, a promoção à saúde, como uma área específica, ressaltando a integração entre tratamento, prevenção e promoção. (ABREU, 2012). O foco da promoção à saúde é no desenvolvimento de capacidades e recursos para o enfrentamento de vulnerabilidades individuais e ambientais. A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez, em 1945, pelo canadense Henry Sigerist. (PEREIRA et al., 2000). O médico e historiador definiu

quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação, afirmando que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y descanso”. (SINGERIST *apud* TERRIS, 1992, p. 38).

Em meados do século XIX e XX, no que se menciona a promoção à saúde, os conceitos sobre essa temática estavam associados a um modelo biomédico, que relacionava a saúde com as condições higiênico-sanitárias de vida. Com base nas discussões sociais e econômicas de saúde, na década de 70 surge uma nova concepção sobre promoção, com foco não apenas na doença. Um documento intitulado “Informe Lalonde”, no Canadá, em 1974, introduziu os determinantes da saúde, com destaque para o fator “estilo de vida”, que propõe uma visão comportamental preventiva da saúde, com foco na ação pessoal. (HEIDMANN et al., 2006; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, que resultou na “Carta de Ottawa”, que ocorreu em 1986, foi outro marco na história da promoção à saúde. Nesse documento, constam orientações que fundamentam ações de promoção à saúde em todo o mundo, tais como: (1) implementação de políticas públicas saudáveis; (2) criação de ambientes favoráveis à saúde, com foco na proteção do meio ambiente e conservação dos recursos naturais; (3) implantação de serviços de saúde, com foco na saúde e não na doença; (4) desenvolvimento de ações de saúde com a participação da comunidade, de forma a promover o empoderamento comunitário por meio de suporte pessoal e social; e (5) fortalecimento das habilidades pessoais, com uso de estratégias que promovam o aprendizado de novas competências que ajudem o indivíduo a lidar com as adversidades do ciclo da vida. (WHO, 2009).

O campo da promoção da saúde tem evoluído de forma gradual e contínua, por meio de conferências anuais que discutem questões importantes, amparadas em dois pilares: mudança comportamental e de estilo de vida e saúde, condições e qualidade de vida. (HEIDMANN et al., 2006). A articulação entre as cinco estratégias previstas na Carta de Ottawa pode promover a saúde mental da população. Entretanto, isso é um grande desafio, principalmente para

países latino-americanos, tendo em vista as diferenças sociais, precariedade nas condições de vida e a ausência de recursos. (HEIDMANN et al., 2006).

Ao longo da década de 70, as repercussões do Relatório Lalonde podem ser identificadas na concepção orientadora das práticas de promoção de saúde que, em sua maioria, tiveram seu foco restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, entre os quais o fumo, a obesidade, a promiscuidade sexual e o abuso de substâncias psicoativas. Tal abordagem centrava-se na prevenção de doenças crônico-degenerativas, problema prioritário nos países desenvolvidos. Inspirada por estas novas perspectivas, a promoção da saúde ampliou seu marco referencial e assumiu a saúde como produção social, passando a valorizar mais intensamente determinantes socioeconômicos, a instigar o compromisso político e a fomentar as transformações sociais.

A OMS, a partir da década de 1980, passou a destacar oficialmente a promoção de saúde, que ganhou notoriedade no campo da saúde pública. (WHO, 1984). Realizada em 1988, em Adelaide, na Austrália, a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde enfatizou a elaboração de políticas públicas saudáveis, caracterizadas “pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população”. (BRASIL, 2001, p. 26). Em 1991, na 3ª Conferência Internacional, realizada em Sundsvall (Suíça), o encontro firmou o compromisso das organizações do Sistema das Nações Unidas com o desenvolvimento sustentável e procurou explicitar e enfatizar a interdependência entre ambiente e saúde. Realizada na Indonésia, em 1997, a Declaração de Jacarta, fruto da 4ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, reitera a concepção e os princípios referidos nas conferências anteriores e explicita que a “saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico”. (BRASIL, 2001, p. 43). Já a 5ª Conferência Mundial, realizada no México, em 2000, procurou avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção de saúde para o século XXI identificadas em Jacarta e confirmadas pela Assembleia Mundial da Saúde de 1998: a) ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; b) promover a responsabilidade social em matéria de saúde; c)

assegurar a infraestrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica; d) aumentar a “inversão” no desenvolvimento da saúde; e) reorientar os sistemas e serviços de saúde.

Muito tem se falado sobre a promoção de saúde. A promoção é diretamente referida no Artigo 196 da Constituição Federal. (BRASIL, 1988). Na seção II, capítulo II do título VIII, encontram-se as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, o Artigo 196 expressa uma importante conquista da reforma sanitária brasileira. (BRASIL, 1988).

Uma das diretrizes do SUS, prevista na Constituição de 1988, ao estimular o desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde, a descentralização da saúde, criou condições para ampliar a participação social (outra diretriz do SUS) e fortalecer a democracia. São objetivos da política de promoção da saúde:

1. Agir para que as condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e de conduta sejam favoráveis à saúde dos indivíduos e de suas comunidades no pressuposto ético de defesa da vida e do desenvolvimento humano.
2. Através da melhor efetividade na abordagem dos problemas de saúde e redirecionamento de recursos, qualificar o Sistema Único de Saúde na perspectiva da promoção da saúde como enfoque que permeie suas políticas e ações e favoreça sua sustentabilidade.
3. Contribuir para reduzir as desigualdades sociais quanto ao acesso às oportunidades para o desenvolvimento máximo do potencial de saúde.

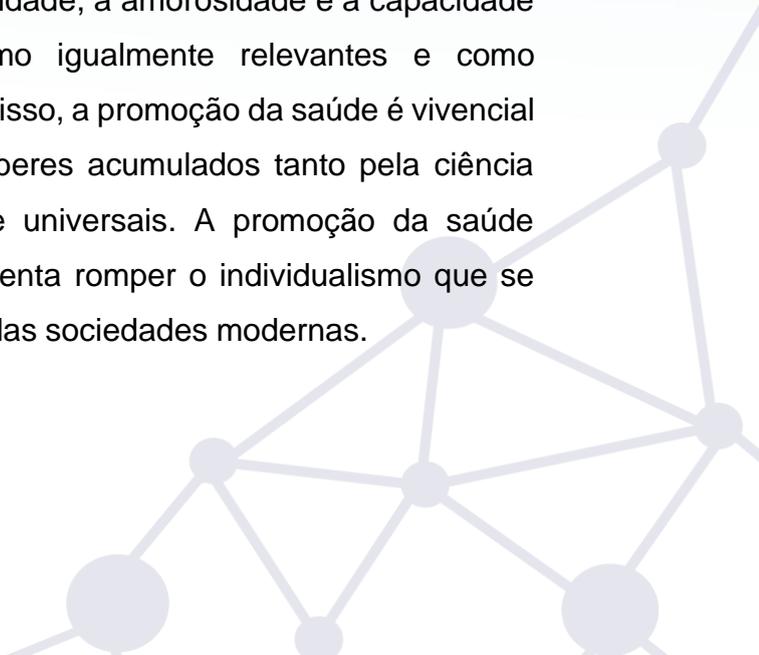
2 POR QUE PROMOVER A SAÚDE?

A promoção da saúde leva a pensar sobre o objeto saúde. A saúde é um conceito em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. Vários aspectos nos fazem viver com qualidade:

quando buscamos uma relação harmoniosa e que nos permita ter um melhor conhecimento e aceitação de nós mesmos, de relações mais solidárias, tolerantes com os outros, relações cidadãs com o Estado e de extremo respeito à natureza, em uma atitude de responsabilidade ecológica com a vida na Terra e com o futuro. Em seu sentido mais amplo, estas relações significam edificar saúde, participar da construção de cidadania e da constituição de sujeitos e radicalizar na luta contra as desigualdades. Pessoas que sofrem, amam, adoecem, buscam suas curas, necessitam de cuidados, lutam por seus direitos e anseios. Neste sentido, a promoção da saúde está atrelada à complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária, em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis, a violência e as novas epidemias. A promoção da saúde enfrenta esta realidade sanitária na medida em que oferece condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar, que inclui as diferentes dimensões da experiência humana, social, política, econômica e cultural, e coloca a serviço da saúde os saberes e ações produzidos nos diferentes campos do conhecimento e das atividades.

Promover a saúde é um processo amplo, que inclui a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular, sendo um imenso desafio. Envolve otimizar os recursos disponíveis, garantir sua aplicação em políticas que respondam mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade, responsabilizar-se no nível da legislação e execução com políticas que favoreçam a vida, sem que isso implique, necessariamente, o desenvolvimento de ações originais, mas o redirecionamento do enfoque das políticas públicas.

Promover saúde é educar para a autonomia, é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Por isso, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais. A promoção da saúde trabalha a mobilização comunitária, que tenta romper o individualismo que se tornou uma das principais características das sociedades modernas.



A participação cidadã ou a prática participativa dos cidadãos tem marcado muitos dos debates da contemporaneidade social e política no mundo. A sua definição mais simples converge no sentido de inovação na gestão do bem comum e, conseqüentemente, não prescinde de um debate envolvente em torno da questão das práticas democráticas do modelo representativo de democracia tal como as conhecemos hoje.

A participação não é, portanto, um assunto novo e muito menos diz respeito a um fenômeno simples e fácil de implementar. Muitos dos debates que enquadram a questão da participação cidadã na vida coletiva assentam, no entanto, em abordagens da ciência política, designadamente na teoria da deliberação democrática ou em abordagens que enquadram a proposta de uma democracia participativa. Um dos elementos unificadores dessa perspectiva, independentemente da abordagem que se considere, pressupõe que as decisões, sendo participadas, se dariam com mais qualidade, podendo corrigir ou nivelar vários tipos de desigualdades experienciadas pelos cidadãos.

Sobretudo nos países em desenvolvimento, a participação comunitária na área da saúde nasceu da preocupação, entre outras, de contribuir para a melhoria das condições de vida de milhões de pessoas desfavorecidas. Para a definição dos programas de desenvolvimento, o envolvimento das comunidades era considerado de extrema importância para o seu sucesso. Entretanto, há a exceção de algumas experiências realizadas na América Latina, no âmbito do Programa Aliança para o Progresso, em meados de 1960, em que se tentou envolver as comunidades nos programas de saúde. A ideia da participação da comunidade em saúde apenas se difundiu nos países em desenvolvimento no início da década de 1970. A participação das comunidades locais em questões de saúde era considerada a principal estratégia para disponibilizar serviços de baixo custo aos setores mais pobres da população.

Em 1978, a UNICEF chegou a reconhecer a participação comunitária como a chave do desenvolvimento e como estratégia para resolver as necessidades básicas das populações desfavorecidas do mundo. Também em 1978 a participação comunitária apenas chegou a ser legitimada pela

Organização Mundial da Saúde (OMS), mais concretamente durante a Conferência de Alma-Ata, a conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, afirmando a participação não só como um direito, mas como um dever, a ser exercido individual ou coletivamente, no âmbito do planejamento e implementação dos seus cuidados de saúde.

Em 1979, a OMS reiterou a importância da participação da população como uma das estratégias fundamentais para alcançar a “Saúde para Todos até o ano 2000”, e, no final de 1980, publicou uma versão revista da Estratégia Global, que incluía uma série de indicadores para avaliar as políticas de saúde a nível mundial. Em 1986, a maioria dos países do mundo deveria ter esboçadas as formas de participação comunitária na área da saúde. Em 1989, deveriam estar já implantadas estruturas para a participação da comunidade no âmbito dos cuidados de saúde primários. Em 1998, a OMS-Europa, com o objetivo de aumentar o potencial de saúde das pessoas, lançou a política “Saúde para todos no século XXI”, norteada por quatro estratégias de ação, uma das quais, a participação dos parceiros mais relevantes e da comunidade nos processos de decisão.

A OMS, em 2002, publicou o volume “*Community participation in local health and sustainable development: approaches and techniques*”, em que tentou implementar uma ferramenta capaz de apresentar o que era e para que servia a participação comunitária em saúde, explorando as técnicas e os métodos mais frequentemente usados nesta área.

Na década de 80, a abordagem à qualidade entra nos serviços de saúde, graças ao trabalho pioneiro de Donadedian, assumindo uma relevância de uma linha de investigação sobre a satisfação dos doentes, legitimando, dessa forma, a necessidade de inserir os usuários no centro do sistema de saúde. Tudo isso serviu para contribuir para a importância de envolver os cidadãos e a crescente preocupação para reequilibrar a relação entre serviços de saúde e seus favorecidos.

A palavra “cidadania” provém do latim, *civitas*, e significa cidade, estando associada ao desenvolvimento das polis gregas, entre os séculos VIII e VII a.C. Nessa época, considerava-se cidadão o indivíduo nascido em terras gregas, para o qual eram garantidos todos os direitos políticos. Aos estrangeiros, era

vetada a participação política, bem como às mulheres e escravos, o que demonstrava a desigualdade social existente. Nesse sentido, cidadania era sinônimo de status. Com o passar dos séculos, aconteceram movimentos revolucionários, com a finalidade de amenizar as desigualdades sociais advindas de governos autoritários e opressores, promovendo maior grau de cidadania entre as pessoas. Nos países ocidentais, a cidadania moderna constituiu-se por etapas. T. H. Marshall afirma que a cidadania só é plena se dotada de todos os três tipos de direito:

- a. Civil: correspondem aos direitos individuais de liberdade de ir e vir, propriedade, direito à vida, segurança, dentre outros.
- b. Política: dizem respeito à liberdade de associação e reunião, de organização política e sindical e à participação política e eleitoral.
- c. Social: envolvem os direitos sociais, econômicos ou de créditos e reportam-se aos direitos de trabalho, saúde, educação, aposentadoria e seguro-desemprego. Podem ser representados pela garantia ao acesso aos meios necessários à vida e ao bem-estar social, por meio do Estado. Os direitos que correspondem à terceira geração são aqueles que apresentam como titular os grupos humanos, ou seja, o povo, a nação, coletividades étnicas ou a própria humanidade. Referem-se ao direito à paz, ao meio ambiente, à autodeterminação dos povos, dentre outros.

Ampliando-se o conceito de saúde para além da ausência de doenças, entendemos que o direito à saúde não se restringe à conquista do acesso aos serviços e à assistência médica, mas incorpora também a necessidade de obter seus determinantes. Dessa forma, a inter-relação entre cidadania e saúde implica exercer o direito a essas condições, com a finalidade maior de alcançar o bem-estar biopsicossocioespiritual.

Associada à justiça social, a cidadania, hoje, perpassa a condição de igualdade civil e política, chegando à questão dos direitos humanos. No entanto, a consciência dos direitos iguais está diretamente relacionada ao sentir-se igual aos outros. Significa tomar decisões, opinar sobre sua vida, reivindicar seus direitos, fazer-se sujeito, ser protagonista da própria existência dentro de uma sociedade e, sobretudo, significa manejar o conhecimento, apropriar-se dele e

reconstruí-lo. Quem não exerce sua cidadania está à margem de sua vida social, adquirindo uma posição de inferioridade dentro da sociedade.

Seguindo por essa perspectiva, torna-se mais fácil compreender os motivos que levam a sociedade a vivenciar situações que “ferem” os determinantes e condicionantes da sua saúde. O status de cidadão consiste em uma construção social, que vem sendo modificada no decorrer da história. Na sociedade moderna, os cidadãos são visualizados como integrantes de uma sociedade política fundamentada no apoio universal, na qual todas as pessoas são consideradas iguais perante a legislação. Isso, porém, nem sempre ocorre na prática. No caso do Brasil e de diversos países latino-americanos, direitos como a educação, a propriedade e a saúde vêm sendo negligenciados. Impedindo de ter acesso aos condicionantes de saúde, a sociedade permite que seja violada a sua cidadania, muitas vezes por desconhecimento, ingenuidade ou não saber valer os seus direitos enquanto indivíduo/coletividade. Embora a coletividade perceba que a condição social na qual está inserida não é justa, ela se encontra inserida em uma normatização em que essa situação é considerada “normal”. O próprio termo “normal” passou para a língua popular e nela se naturalizou, acordando para um conformismo diante daquilo que é o descrito e/ou pregado como habitual.

Assim, reitera-se a importância da conscientização dos sujeitos como atores principais do seu viver e detentores de direitos, a fim de que possam usufruí-los com o propósito de apoderar-se da melhoria de sua qualidade de vida. Desta forma, entendemos a necessidade do indivíduo/coletividade ter noção de sua cidadania, a fim de construir uma nova normalidade social, mais harmônica com suas prioridades. A conscientização para a cidadania, por meio de um processo crítico e dinâmico, busca o entendimento e a utilização da práxis para alcançar a autonomia do indivíduo e da coletividade, permitindo a obtenção de uma saúde consciente. É imprescindível que o homem se envolva permanentemente no domínio político, interferindo em sua realidade. Estar consciente de seus direitos, dentre eles o de ter saúde, disponibiliza ao indivíduo condições para buscá-lo, exigindo do Estado a elaboração e implantação de políticas sociais e econômicas que propiciem o bem-estar da população. Para transformarmos a situação vigente, torna-se imprescindível a iniciativa política e

reflexiva de todos os sujeitos, num movimento mútuo de respeito aos direitos e deveres inerentes à cidadania.

REFERÊNCIAS

ABREU, S. **Prevenção em Saúde Mental no Brasil na Perspectiva da Literatura e Especialistas da Área**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília: Senado, 1988.

DALTON, J. H.; ELIAS, M. J.; WANDERSMAN, A. **Community Psychology**: linking individuals and communities. Thomsom Wadsworth: Belmont, California, 2007.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, 15(2), p. 352-358, 2006.

MUÑOZ, R.; CUIJPERS, P.; SMIT, F.; BARRERA, A.; LEYKIN, Y. Prevention of Major Depression. **Annual Review of Clinical Psychology**, 6, p. 181-212, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A Saúde no Brasil**. Brasília: OPAS/OMS, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Evaluacion de los Programas de la Salud**. Normas Fundamentales, 1981.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde**, ano 24, v. 24, n. 1, p. 39-44, 2000.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 7(12), 91-112, 2003.

TERRIS, M. Conceptos de la Promoción de la Salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud**: una antología. Washington: OPAS, 1992. P. 37-44.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Discussion Document on the Concept and Principles. In: **Health Promotion: concepts and principles**, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984. P. 20-23.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. Geneve: WHO, 1998.

