

O conceito de Promoção da Saúde (PS) tem se modificado desde 1920, quando Winslow<sup>(1)</sup>, pela primeira vez, definiu saúde coletiva e relacionou a PS a condições de vida do indivíduo. A história registra uma seqüência encadeada de acontecimentos internacionais e nacionais discursivos, documentais e intencionais sobre Promoção em Saúde. Em 1974, o termo promoção da saúde foi alcunhado e colocado no contexto de planejamento estratégico no Informe de *Lalonde*<sup>(2)</sup>. Este documento exhibe quatro determinantes de saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, que passaram a ser os pilares para o trabalho epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis.

Um dos marcos destes movimentos ocorreu em Alma-Ata, na URSS, em 1978, sobre cuidados primários de saúde, e ficou conhecido com o nome de *Declaração Alma-Ata*. O documento identifica cinco campos de ação: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades individuais; reforço à ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde<sup>(3)</sup>.

Data de 1986 a Conferência Internacional dos Países Industrializados, que presenteou a *Carta de Ottawa*<sup>(4)</sup> dirigida à execução de “Saúde para Todos no Ano 2000”. Este documento ampliou os horizontes da saúde e apresentou como pré-requisitos à saúde: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade. O *empowerment* (empoderamento), ou seja, proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre ela, tornou-se a pedra fundamental da Promoção da Saúde. Essa estratégia pode ser entendida como um processo de capacitação da comunidade que conduz a ações para a melhoria de sua qualidade de vida, incluindo maior participação comunitária. Os cinco amplos campos de ação contemplados foram a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, a capacitação da comunidade, o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e a reorientação de serviços de saúde.

Na cidade de Adelaide (Austrália), em 1988, ocorreu a segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, a Conferência da Austrália<sup>(5)</sup>, que enfatizou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, destacando a responsabilidade das decisões políticas, especialmente as de caráter econômico para a saúde, a necessidade de informatização e de respostas governamentais ao avanço tecnológico. A Conferência identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher, a alimentação e nutrição, o tabaco e álcool e a criação de ambientes saudáveis.

Coincidindo com os movimentos mundiais, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber

Querubina Bringel Olinda<sup>(1)</sup>  
Carlos Antonio Bruno da Silva<sup>(2)</sup>

1) Enfermeira, advogada, professora mestre da Universidade de Fortaleza

2) Médico, Professor titular do Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza

os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais a saúde (BRASIL, 1988)<sup>(6)</sup>.

Em 1991, acontece a Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, com a temática: Ambientes Favoráveis à Saúde, que ficou conhecida como – *Conferência de Sundsvall* (Suécia)<sup>(7)</sup>. Este evento associa-se aos anteriores sintetizados e faz parte integrante do compromisso da Organização Mundial de Saúde - OMS para atingir a meta de Saúde para Todos. Ele examina a situação de pobreza e privação, em ambiente altamente degradado, que ameaça cada vez mais a saúde. Mostra que, doravante, o caminho deve ser o de tornar o ambiente - físico, social, econômico ou político – cada vez mais propício à saúde. É uma convocação para a ação.

Nessa perspectiva de avanço discursivo, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Santa Fé de Bogotá, Colômbia, com a participação de 550 representantes de 21 países, dentre eles o Brasil. Gerou propostas teóricas e práticas, definindo os elementos componentes da Promoção da Saúde e os mecanismos a serem utilizados. Compromissos foram assumidos pelos países signatários do evento com estratégias definidas em observância ao seguinte princípio: “O direito e o respeito à vida e à paz são valores éticos fundamentais da cultura e da saúde”. Dentre as estratégias basilares encontra-se incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis<sup>(8)</sup>.

Em 1997, ocorreu, na Indonésia, a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, tendo como tema central a Promoção da Saúde no Século XXI. Foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ressaltou em seu produto final, *Declaração de Jacarta*<sup>(9)</sup>, a paz, o abrigo, a instrução, a segurança social, as relações sociais, o alimento, a renda, o direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, o uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade com os elementos necessários e indispensáveis para a saúde. A pobreza passou a ser evidenciada como a maior ameaça à saúde.

No ano seguinte, em 1998, há a constatação de que, no ano de 2000, onze países (Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América) teriam uma população igual ou superior a 100 milhões, o equivalente a 60% da população mundial. Desta forma, no mesmo ano, em Genebra, Suíça, ocorre a reunião da Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde. A missão da Rede consistiu na priorização de promoção da saúde tanto para as populações destes países, como também para a população mundial<sup>(10)</sup>.

Todas essas discussões internacionais levaram a um pensar complexo e multissetorial, com responsabilidades bilaterais; a institucional, de prover políticas públicas

sociais, e a outra de natureza individual. Nesta última, encontra-se o dever que têm as pessoas de cuidarem de si mesmas e também da comunidade, através de controle social nos serviços de saúde. A construção do conceito de saúde e de promoção de saúde vem se desenvolvendo no decorrer do tempo, através das discussões técnicas, dos documentos institucionais, da atuação na melhoria da qualidade de vida e na participação comunitária.

Verifica-se que o discurso sobre a Promoção da Saúde influenciou vários movimentos sanitaristas brasileiros e que este conceito não constitui apenas um nível de atenção em saúde porque ressurgiu na re-estrutura de intervenção social com repercussões na área da saúde. Na essência, é uma estratégia multifacetada, que se apóia em diversas áreas na busca do bem-estar e da saúde. O ano de 2007 é de grande relevância para a saúde brasileira e mais diretamente para a promoção da saúde. Este é o ano final do Plano Plurianual da Saúde (2004-2007), bem como o de Política Nacional de Promoção da Saúde delineado para o período de 2006 a 2007. Este é o momento ideal para repensar sobre os acertos e erros e traçarmos uma perspectiva para trajetórias exitosas<sup>(11,12)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Winslow CEA. The untilled fields of public health. *Science* 1920; 51(1306):23-33.
2. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians o working document. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services; 1974. 77p.
3. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 1978 Sep 6-12. [Acesso 01.06.2007]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
4. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 1986 Nov 17-21; Ottawa, Ca. [Acesso 01.06.2007] Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
5. Declaração de Adelaide. Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 1988 Abr 5-9. [Acesso 01.06.2007]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>
6. BRASIL. Constituição, 1988. Constituição: República Federativa do Brasil, 1988. Brasília, Ministério da Educação 1988.
7. Declaração de Sundsvall. Terceira Conferência Internacional de promoção da saúde; 9-1991 Jun 9-15; Sundsvall, Suécia. [Acesso 01.06.2007]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>

8. Declaração de Santafé de Bogotá. Conferência Internacional de promoção da saúde; 1992 Nov 9-12; Santafé de Bogotá; Co. [Acesso 01.06.2007]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Santafe.pdf>
9. Declaração de Jacarta, Indonésia. Conferência Internacional de promoção da saúde; 1992 Nov 9-12; Santafé de Bogotá; Co. [Acesso 01.06.2007]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/jacarta.pdf>.
10. Rede de Megapaises. Rede de Megapaises para a Promoção da Saúde. 1988 Mar 18-20; Genebra, Suíça. [Acesso 01.06.2007]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mgpaises.pdf>.
11. Ministério da Saúde(BR). Portaria nº 687 (Mar 30, 2006). Política nacional de saúde. [Acesso 01.06.2007]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687\\_2006\\_anexo1.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf)
12. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil. Portaria Nº 2.607 (Dez 10, 2004). [Acesso 01.06.2007]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano\\_Nacional\\_de\\_Saude.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf)