

Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas

Concepts and movements in health promotion to guide educational practices

Italla Maria Pinheiro Bezerra¹, Isabel Cristina Esposito Sorpreso²

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>

Resumo

Introdução: Nas práticas de promoção da saúde está sendo necessário acionar mecanismos que visem à criação ou recriação de um novo modelo de produzir saúde, a fim de superar as ações orientadas ainda pelo enfoque biológico. As ações de cunho preventivista que prevalecem, embora importantes para o setor, não avançam para uma concepção positiva de saúde”.

Objetivo: Analisar o processo histórico do conceito de saúde e dos modelos assistenciais na busca de um novo modelo de promoção da saúde.

Método: Trata-se de um estudo de revisão reflexiva tendo como fontes para compreensão e aproximação da temática “artigos internacionais e nacionais das bases de dados” Medline/Pubmed, Lilacs e a Scientific Eletronic Library – Scielo. Para organização dos dados, separou-se os artigos por temas e foi realizado o processo de categorização com base na análise de conteúdo.

Resultados: O conhecimento de ações condizentes com os pressupostos da promoção da saúde são de grande importância para o alcance da qualidade de vida e a equidade em saúde, implementá-las ainda é um desafio, visto a predominância de características de práticas curativistas e individualistas. Estas práticas, por sua vez, revelam-se como reflexo do conceito de saúde que perpassou desde a ausência de doença a um processo relacionado a fatores sócio, político, econômico e cultural.

Conclusão: O conceito de saúde veio sendo transformado a partir dos momentos histórico vivenciado, refletindo no aparecimento de novas formulações sobre o pensar e fazer sanitário e, por consequência, novas propostas de mudanças nos modelos assistenciais em saúde. Assim, embora o novo modelo de atenção a saúde esteja estruturado em uma perspectiva da promoção da saúde, ainda existem características de modelos hegemônicos que implicam em práticas curativistas.

Palavras-chave: saúde, modelos de saúde, promoção da saúde.

■ INTRODUÇÃO

A saúde é o maior recurso para desenvolvimento social, econômico, pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Na atenção primária, destacam-se as ações de promoção da saúde que visam ao empoderamento e autonomia do usuário para o alcance de melhores condições de vida e saúde.

Nesse contexto, no intuito de romper com práticas predominantemente curativistas, várias discussões vêm acontecendo em torno da promoção da saúde. A Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, ocorrida em 1986, em Ottawa, é o marco referencial. O

ideário da Promoção é concebido nesta como a expressão de uma ação coordenada entre sociedade civil e o estado, a fim de implementar políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde para efetivação dessa última¹.

Norteados por um conceito de saúde ampliado, envolvendo condicionantes e determinantes do processo saúde/doenças e não a saúde como ausência de doença, o documento sustenta indissolubilidade dos ajuntamentos entre população e meio com base em uma abordagem socioecológica da saúde, entendida como um princípio

1 Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. Laboratório de Delinamento e Escrita Científica da FMABC.

2 Docente da Atenção Primária à Saúde pela Disciplina de Ginecologia ; Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Corresponding author: Italla Maria Pinheiro Bezerra - Email: itallamaria@usp.br

Suggested citation: Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *J Hum Growth Dev.* 26(1): 11-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>

Manuscript submitted: Nov 22 2015, **accepted for publication** Dec 19 2015.

orientador e estimulante da efetiva contemplação de questões relacionadas aos agravos que as injustiças sociais e os problemas ambientais produzem na saúde, assim como a criação de ambientes favoráveis à saúde^{1,2}.

No cenário brasileiro, frente à predominância de modelos hegemônicos como o privatista (suplementar) e sanitarista, movimentos foram realizados para mudança dos modelos de saúde. Assim, com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao longo da década de 1980, a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e sua implantação nas duas últimas décadas, o sistema de saúde no Brasil chegou ao século XXI organizado em torno da promoção da saúde^{3,4}.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde implanta a Estratégia Saúde da Família (ESF), no sentido de reorientar as práticas de saúde. Ao se responsabilizar pela saúde da população territorializada, as equipes devem ampliar a prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover, também, a qualidade de vida. Nisto reside um dos principais fundamentos da mudança do modelo assistencial em saúde^{5,6}.

A promoção da saúde é considerada como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde⁷. Dentro desta lógica é que se dá à organização da ESF, valorizando e incorporando a proposta promoção da saúde nas ações desenvolvidas territoriais e buscando compreender sua dimensão para a qualidade de vida da população.

Embora a reorientação do modelo assistencial na qual se insere a ESF seja uma proposta formalmente con-

creta, no campo das práticas, permanece em construção e, em virtude disso, co-existem elementos de ambos os modelos de atenção à saúde⁸.

Nas práticas de promoção da saúde está sendo necessário acionar mecanismos que visem à criação de um novo *modus operandi*, a fim de superar as ações orientadas ainda pelo enfoque biológico. Ainda estão prevalecendo as ações de cunho preventivista que, embora importantes para o setor, não avançam para uma concepção positiva de saúde. Essa situação é referida tanto em relação aos espaços de formação quanto aos espaços de atuação profissional, o que contribui para a permanência de um ciclo vicioso em que teoria e prática reiteram modelos tradicionais de atuação⁹.

Deste modo, sinaliza-se neste estudo um arcabouço teórico com vistas a uma reflexão acerca das concepções de saúde e os diferentes modelos assistenciais. Assim, o objetivo foi analisar o processo histórico do conceito de saúde e dos modelos assistenciais no modelo de promoção da saúde.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão reflexiva tendo como fontes para compreensão e aproximação da temática artigos internacionais e nacionais das bases de dados Medline/Pubmed, Lilacs e a Scientific Electronic Library – Scielo.

Para organização dos dados, separou-se os artigos por temas e foi realizado o processo de categorização com base na análise de conteúdo segundo Bardin¹⁰, seguindo os passos abaixo:

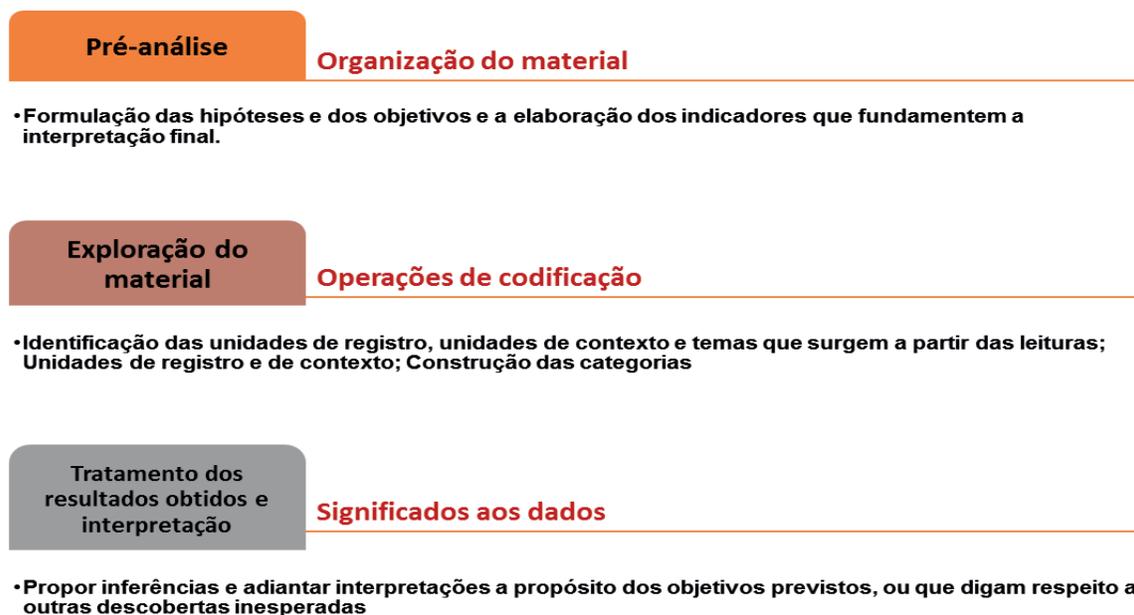


Figura 1: Técnica de análise de conteúdo para organização dos dados. Bardin 2009.

RESULTADOS

A partir da técnica de organização dos dados, foram construídas duas categorias empíricas, sendo estas evidenciadas a partir das unidades de registro e de contexto, como propõem os passos da técnica de análise de conteúdo:

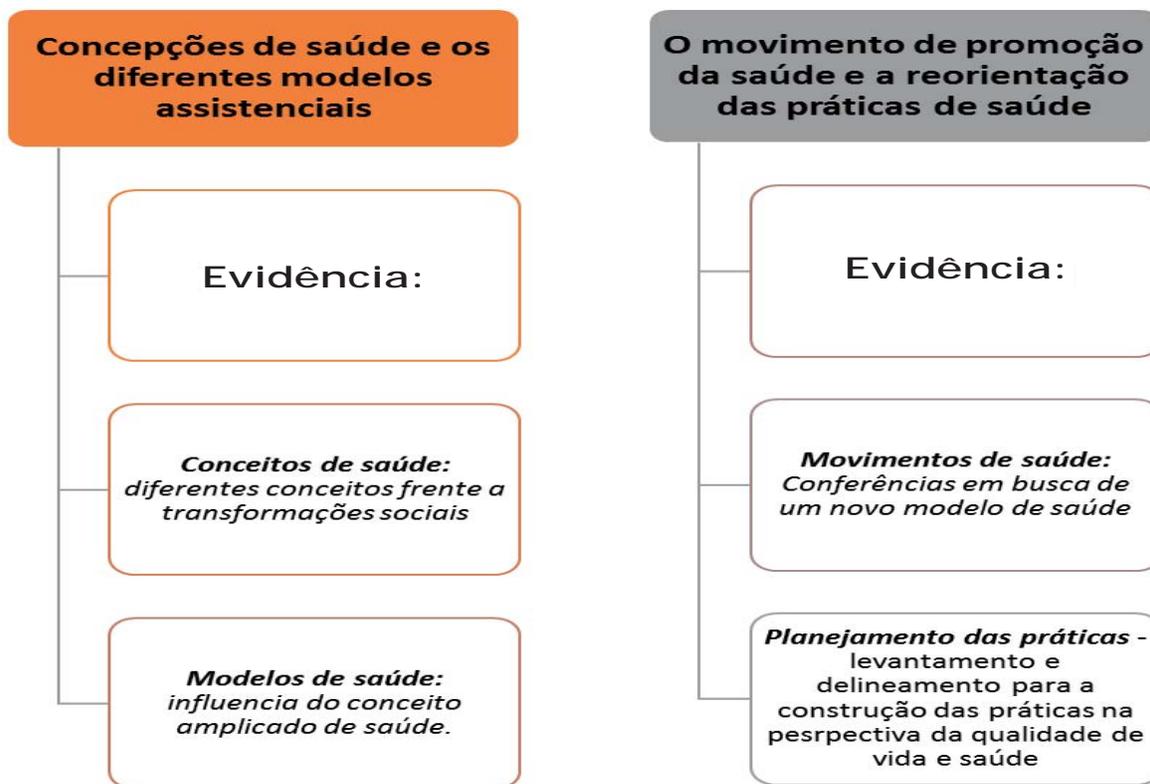


Figura 2: Descrição das categorias e das evidências do estudo.

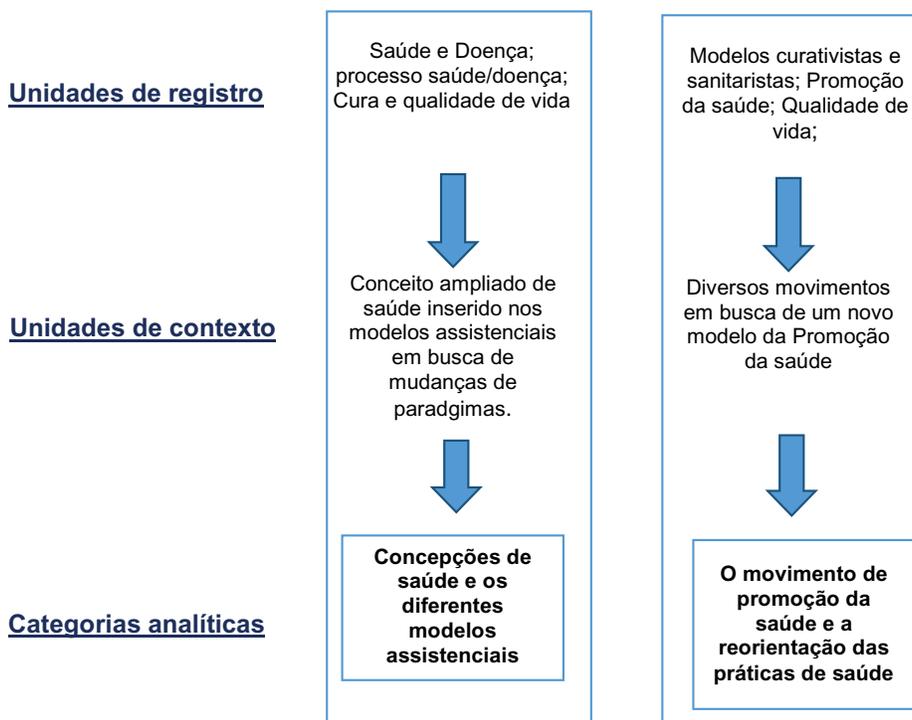


Figura 3: Categorias e evidências que orientaram o processo de organização desta fase do estudo.

■ DISCUSSÃO

O processo de categorização encontrou duas categorias de análise: Concepções de saúde e os diferentes modelos assistenciais e; o movimento de promoção da saúde e a reorientação das práticas.

Evidenciou-se que embora se tenha o conhecimento que ações condizentes com os pressupostos da promoção da saúde são de grande importância para o alcance da qualidade de vida e a equidade em saúde, implementá-las ainda é um desafio, visto a predominância de características de práticas curativistas e individualistas.

Estas práticas, por sua vez, revelam-se como reflexo do conceito de saúde que perpassou desde a ausência de doença a um processo relacionado a fatores socio, político, econômico e cultural, evidenciando, deste modo, ações ora voltadas para promoção da saúde ora voltada para cura da doença.

Concepções de saúde e os diferentes modelos assistenciais

As transformações sociais advindas do capitalismo fizeram com que o corpo humano passasse a ser visto como uma fonte de lucro, tanto para quem cuida como para quem é cuidado, pois se constituiu em uma força de trabalho. Esta realidade, onde o controle a esta força aparece como necessário, utiliza-se da saúde como um dos mecanismos capazes de possibilitar essa tarefa. Em consequência a essas transformações, ressalta-se o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e fazer sanitário, emergindo propostas de mudanças nos modelos assistenciais em saúde^{11,12}.

Essas mudanças de modelos assistenciais estão e são condicionadas ao que se entende pelo conceito saúde, uma vez que é um conceito que traz características singulares conforme contexto histórico. Para Czeresnia, Maciel e Oviedo¹³ não há uma definição do que seja saúde como algo que poderia ser generalizado, sendo um conceito que pode depender de valores, expectativas e posturas diante da vida. Deste modo, a depender do contexto histórico e/ou visão de mundo o conceito de saúde foi sendo discutido e vem acompanhando mudanças sociais, políticas e econômicas que, direta e indiretamente, influenciam na formulação desse conceito.

Buscando a compreensão da saúde, tem-se um reflexo de muitos teóricos médicos, entre eles Galeno, médico grego, que trouxe o conceito de saúde como equilíbrio entre as partes primárias do corpo. Ainda na Antiguidade, acreditava-se que as doenças poderiam ser causadas por elementos naturais ou sobrenaturais; uma compreensão das doenças era através da filosofia religiosa. As causas eram relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e aos animais¹⁴.

Na Idade Média, embora ainda com uma visão da doença relacionada ao caráter religioso, no final desse período, com as crescentes epidemias, retoma-se a ideia de contágio entre os homens, sendo as causas a conjugação dos astros, o envenenamento das águas pelos leprosos, judeus ou por bruxarias. No Renascimento, os estudos empíricos originam a formação das ciências básicas e com isto surge a necessidade de descobrir a origem das matérias

que causavam os contágios. Assim, surge a teoria miasmática¹⁵.

Do fim do século XVIII ao início do século XX, abriu-se espaço para que a prática médica individual viesse gradativamente a ocupar o lugar central nas práticas de saúde, revelando a medicina social. No século XIX, aparece a bacteriologia e a concepção de que para cada doença há um agente etiológico que poderia ser combatido com produtos químicos ou vacinas. O empirismo influenciou e ainda influencia a medicina¹⁶.

No entanto, no século XIX aflora a patologia celular, a fisiologia, a bacteriologia e o desenvolvimento de pesquisas, dando lugar, deste modo, a medicina de ciência empírica para ciência experimental¹⁶. A medicina moderna direciona sua atuação para o corpo, a doença, na busca de um estado biológico normal¹⁷.

Deste modo, a concepção de saúde que orienta a biomedicina originou-se na ciência moderna e caracterizou-se por explicar os fenômenos da vida com visão reducionista sob a influência da epistemologia cartesiana. A saúde era compreendida a partir do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas e biológicas sofridas durante a doença¹⁸. Com o Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos, essa visão foi assumindo papel significativo, refletindo na organização dos serviços de saúde no mundo ocidental. As bases do Relatório eram de que o estudo da medicina era centrado na doença, não sendo consideradas áreas sociais e o coletivo, intensificando as críticas a esse modelo¹⁹.

Frente as discussões acerca do conceito de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 7 de abril de 1948, divulga o conceito de saúde, considerando ser o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e, não apenas a ausência de enfermidade²⁰. Esse conceito gerou múltiplas críticas pela amplitude, caráter subjetivo e idealização de perfeito bem-estar, aproximando-se de uma utopia.

Em 1978, em decorrência dessas críticas, na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde (Alma-Ata), promovida pela OMS, foi aprovado um conceito ampliado. Enfatizaram-se as desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; a responsabilidade governamental na provisão da saúde; e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde²¹.

A partir de então o conceito de saúde veio se transformando ao longo dos anos, caracterizando-se como um processo que envolve aspecto social, político e econômico, estando sob influência de mudanças significativas a depender do contexto inserido. Sendo uma esfera da vida de homens e mulheres, percebe-se que a saúde, em sua diversidade e singularidade, não ficou fora do desenrolar das mudanças da sociedade nos últimos séculos. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários⁷.

Para Bezerra et al²², as mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais, que vêm se intensificando nos últimos séculos repercutem de forma significativa no processo saúde/doença, influenciando na prestação dos serviços de saúde, assim como também na qualidade de vida da população. No Brasil, mediada por interesses po-

líticos e econômicos, a história da saúde sempre sofreu muitas alterações até a criação do sistema de saúde atual. De acordo com cada época vivida, surgiam novas necessidades e interesses e com isso as mudanças vêm acontecendo gradativamente para consolidação de um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS)²³.

Deste modo, todo movimento de reorganização do sistema de saúde do Brasil traz, até os dias de hoje, a construção de novos paradigmas dentro do contexto de políticas e serviços de saúde²⁴, refletindo o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras.

Considerando o contexto histórico, as políticas de saúde no país estruturaram um sistema de saúde, inicialmente mediante um Sanitarismo Campanhista e a implementação da previdência social, que estabeleceram a separação entre saúde pública, medicina previdenciária e medicina liberal (1920-1950). Na segunda metade do século XX, instalou-se o modelo Médico-Assistencial Privatista com a privatização, a crise da saúde e a procura de alternativas (1960-1970). Buscou-se a estruturação do sistema de saúde mediante algumas estratégias e, após a Constituição de 1988, seguiu a construção social do SUS, com a finalidade de organizar os serviços de saúde de acordo com princípios e diretrizes estabelecidos pela Constituição da República²⁵.

A essência do modelo assistencial “sanitarista” está no enfrentamento de problemas de saúde selecionados e no atendimento de necessidades específicas de determinados grupos mediante campanhas e programas especiais (tuberculose, hanseníase, gestantes, dentre outros). Remete, portanto, às iniciativas higienistas, de caráter coletivo e massivo, típicas da Saúde Pública institucionalizada no Brasil durante o século XX²⁵.

Já no modelo médico-assistencial privatista, também identificado como modelo médico hegemônico, hospitalocêntrico ou biomédico, a concepção de prática assenta-se na assistência ao indivíduo doente e opera com uma compreensão biológica do fenômeno saúde-doença, centrada no profissional da saúde²⁵. Nos meados da década de 1970, a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Toda essa efervescência democrática intensifica-se na década de 1980 com o surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário²⁶.

Para Silva²⁷, na década de 80 do século passado, o espectro político por meio da mobilização de parte da sociedade civil brasileira, bem como a organização de movimento pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos e um dever do Estado, foi consolidado. Assim, visa conceber dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e assistenciais em saúde. Com estas ações, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse

novo objeto de estudo e atuação, incluindo a prevenção no contexto de Saúde.

As opções pelo fortalecimento das políticas públicas e construção das bases de um Estado do Bem-estar Social foram vistas como prioritárias, unificando as demandas dos setores mais progressistas. A construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social²⁶.

No contexto da saúde brasileira, mais especificamente no que diz respeito as suas políticas norteadoras, observou-se uma proposta de mudança de paradigma relacionada aos modelos assistenciais, com o advento da Reforma Sanitária, que propôs novos conceitos que foram firmados na Constituição Federal de 1988, através do SUS, em seus princípios de integralidade, universalidade e equidade¹².

Destaca-se o conceito de saúde segundo a Constituição Brasileira de 1988, sendo esta considerada como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, acesso e posse da terra e dos serviços de saúde²⁸.

Os fundamentais legais do SUS estão explicitados no texto da Constituição de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do País. No entanto, sua regulamentação só foi estabelecida no final de 1990, com as Leis 8.080 e 8.142, nas quais se destacam os princípios organizativos e operacionais do sistema, tais como a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, um sistema regionalizado com base municipal e o controle social e, por sucessivas leis, que desde então, têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde²⁹.

Ressalta-se que são incorporados, além de princípios de organização do sistema (descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado), os princípios doutrinários de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; de integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; de equidade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e de participação da comunidade³⁰.

Percebe-se que o SUS foi idealizado para que houvesse uma reestruturação no modelo de assistência até então efetivado, de modo que fosse distinta a avassaladora dicotomia entre práticas curativas e preventivas. A mudança deveria contemplar uma reestruturação organizacional das equipes e serviços de saúde, com objetivo de maior aproximação com a clientela, com capacidade de resolução de problemas apresentados³¹.

Para Ermel e Fraccolli³², com a implantação do SUS, no final da década de 1980, os serviços públicos de saúde passaram por um processo de revisão do modelo assistencial, de maneira que novas práticas se instituíram e outras foram abandonadas. Deste modo, com as críticas ao modelo assistencial hegemônico geraram-se propostas al-

ternativas, destacando o Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família (ESF) implantado em 1994, adotando concepção ampliada de saúde inspirada no que foi definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, no direito universal à saúde, como definido na Constituição Federal de 1988²⁷ e nas diretrizes da política de Atenção Primária de Saúde, formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, em 1978. A ESF se propõe a implementar um novo modelo assistencial baseado na integralidade, com foco na família e na comunidade, na vigilância em saúde e na visão de saúde como multideterminada³³.

Pode-se dizer que a ESF é uma alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, uma vez que propõe mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença e investe, também, em ações que articulam a saúde com condições de vida e qualidade de vida, as ações de promoção da saúde³⁴.

O movimento de promoção da saúde a reorientação das práticas de saúde

A promoção à saúde desponta como nova concepção de saúde internacional em meados dos anos 1970, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença³⁵.

Desse modo, surgem dois acontecimentos: a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior - com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1973-1974 - e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974), posteriormente reforçado com o Relatório Epp - Alcançando Saúde Para Todos (1986)³⁶.

Estes dois acontecimentos estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata em 1978, com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema³⁶.

A Conferência de Alma-Ata, que implanta a Atenção Primária e tem como objetivo reafirmar a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde³⁶.

A primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, realizada em Ottawa (Canadá - 1986), conhecida como Carta de Ottawa, apresenta-se como uma resposta às crescentes expectativas, reestruturando a saúde pública. Nesse contexto, a Carta de Ottawa define o que é promoção saúde como um processo de capacitação

da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Além de afirmar que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente³⁶.

Para se alcançar a saúde, segundo a Carta, é necessários pré-requisitos de condições e recursos fundamentais que são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Estes requerem uma base sólida para que haja o incremento nas condições de saúde que são: defesa de causa, capacitação e mediação. Nesta aborda também os cinco eixos de ações da promoção da saúde que são: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde³⁶.

A partir de então, surgem novas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, constituindo a segunda no ano de 1988, na cidade de Adelaide, na Austrália, intitulada de Declaração de Adelaide. Nela, há a reafirmação das cinco ações da Carta de Ottawa, sendo priorizada a primeira ação, que são as políticas públicas saudáveis, pois alegam que esta é prioritária para a efetivação das demais ações. Assim sendo, caracterizam políticas públicas saudáveis como 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, tendo como principal propósito a criação de um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis³⁶.

A Terceira Conferência Internacional originou-se em Sundsvall, na Suécia, em 1991 tendo como objetivos a formação de ambientes favoráveis e promotores da saúde. Destarte, no ano de 1997, em Jacarta ocorre a discussão sobre a promoção da saúde do século XXI e assim, determinou-se a quarta conferência internacional. Nesta ocorre a reiteração das ações e concepções das demais conferências, tem como destaque em afirmar que a saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico, sendo a promoção da saúde elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde³⁶.

Na cidade do México, no ano de 2000, é consolidada a V Conferência Internacional da Promoção da saúde, tendo como algumas de suas ações: colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde; formação de planos de ação nacionais para a promoção da saúde; estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde³⁶.

A VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde, nominada de 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. Procurar 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 prática³⁷.

A VII Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde foi realizada na cidade de Nairobi (Kenia), no ano de 2009. Constituiu uma oportunidade para a partilha de experiências sobre este componente importante dos cuidados primários de saúde³⁸.

Por fim, a VIII Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde foi realizada em Helsínque, na Finlândia, em 2013. O Encontro teve como base uma rica herança de ideias, ações e evidências originalmente inspiradas na Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) e na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). Afirmou-se o compromisso com o mais alto padrão de saúde para todos e se reconheceu que os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos. Discutiu-se sobre a Saúde em Todas as Políticas como parte integrante da contribuição dos países para que sejam alcançadas as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas³⁹.

No cenário brasileiro, ao longo dos anos, vivenciou-se modelos assistenciais de saúde diversos, sendo iniciado pelo médico-assistencial privatista e após o sanitarista, a fim de resolver problemas e atender necessidades de saúde, baseados no assistencialismo individual, hospitalocêntrico e curativo, voltados principalmente para doença do indivíduo, que consequentemente não foram eficazes na resolução dos problemas de saúde da população⁴⁰.

Paim²⁵ revela que no país, movimentos políticos contra a ditadura se expressaram no que se conhece como Reforma Sanitária, resultando, pois, no SUS constitucional. Sua formalização foi definida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, cujo relatório final identifica a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações.

Nesse cenário, o Programa Saúde da Família foi implantado em 1994, hoje, atual Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo de atenção surge no sentido de reorganização do modelo assistência ligado aos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se por ser um espaço para construção da cidadania. Os profissionais de saúde envolvidos devem desenvolver ações educativas, em uma perspectiva família/comunidade⁴¹.

No entanto, para que essas ações educativas sejam implementadas com ênfase em promoção da saúde, o Ministério da Saúde inicia discussões acerca da promoção da saúde e após muitas experiências e debates realizados no mundo e no Brasil, foi pela primeira vez elaborado um documento básico que propunha a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde³⁵.

A partir de 2004, a promoção da saúde passou a integrar a Secretaria de Vigilância à Saúde, vindo a contribuir na Prevenção e Controle dos Agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, responsáveis pelos maiores índices de mortalidade no país. Inserido nesse contexto, a

ações de 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 pessoais⁴².

Várias discussões aconteceram para definição da Política Nacional de Promoção da Saúde, propiciando o delineamento da Política, 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 Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva¹¹.

Em 30 de Março de 2006, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria 687 MS/GM, com objetivo de 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 essenciais⁷.

Há o reconhecimento de que o processo saúde-doença está associado a determinantes e condicionantes mais amplos, impossíveis de serem modificados somente pelo aparato biomédico, favorecendo, assim, a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham⁷.

Nessa perspectiva, com a implantação da ESF, pensou-se na mudança do foco de atenção, deixando de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação, com uma prática pautada nos princípios éticos e morais, levando a uma maior autonomia dos usuários, com vista à promoção da saúde⁴³.

Deste modo, após a implantação da ESF, a atuação dos profissionais de saúde voltou-se não apenas para o indivíduo e sua doença, mas a promoção da saúde de toda a família e comunidade⁴¹. Nessa direção, a promoção da saúde é considerada como uma estratégia de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de atuar articulado às outras políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde do Brasil, colaborando na elaboração de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde⁷.

A assistência implementada pela ESF distancia-se do modelo tradicional uma vez que propõe mudanças na concepção do processo saúde-doença e investe, também, em ações que articulam a saúde com condições de vida e qualidade de vida, as ações de promoção da saúde³³.

A equipe de Saúde da Família, composta por uma equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros, é responsável pela adstrição da clientela realizando o cadastramento e acompanhamento da população, no intuito de atuar na efetivação dessas ações de saúde da Atenção Básica⁷.

Estas equipes ampliam suas abordagens de saúde e se tornam colaboradoras e responsáveis na construção da cidadania adotando a prática da educação em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde. Esta visão cria uma aproximação democrática entre cidadão e órgão público,

fortalecendo no discurso da saúde conceitos de educação e também de controle social e participação popular. Ainda estes profissionais de saúde devem desenvolver as suas competências e habilidades, de forma integrada, para operacionalizar as ações de saúde e resultar na melhoria da qualidade de vida⁴⁴.

Vale destacar que embora várias discussões sobre a promoção da saúde e a reorientação das práticas de saúde, ainda se discute sobre a não mudança de práticas em uma perspectiva promotora da saúde, podendo esta realidade estar relacionada à formação dos profissionais.

Assim, para Chiesa et al.³, a formação do profissional de saúde nesta perspectiva de promoção da saúde, requer a inserção precoce do acadêmico no mundo do trabalho, além da construção de uma visão crítica e reflexiva da saúde, tendo como eixo central a promoção da saúde. Deste modo, currículos orientados para o desenvolvimento das competências requeridas para o trabalho em saúde no SUS devem prever oportunidades pedagógicas que assegurem aos estudantes aplicar os conhecimentos

teóricos e desenvolver habilidades não apenas técnicas, mas também políticas e relacionais. Essa formação inicial dos profissionais preparando-os para atuar no campo da promoção à saúde, devido ao enfoque ainda predominantemente biológico, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde³. Contudo, ainda que se tenha o conhecimento que ações condizentes com os pressupostos da promoção da saúde, estas parecem ainda estar em processo de construção, uma vez que no processo de trabalho em saúde ainda existem práticas com características de modelos hegemônicos.

Os resultados evidenciaram que o conceito de saúde veio sendo transformado a partir dos momentos histórico vivenciado, refletindo no aparecimento de novas formulações sobre o pensar e fazer sanitário e, por consequência, novas propostas de mudanças nos modelos assistenciais em saúde. Assim, embora o novo modelo de atenção à saúde esteja estruturado em uma perspectiva da promoção da saúde, ainda existem características de modelos hegemônicos que implicam em práticas curativistas.

■ REFERÊNCIAS

1. Buss PM, Pellgrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais *Physis*. 2007;17(1):77-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
2. Porto MFS, Pivetta F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009; p.207-229.
3. Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007;12(2):236-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i2.9829>
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1778-97. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
5. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81. DOI: 10.1056/NEJMp1501140
6. Freitas MLA, Mandú ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(2):200-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200008>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Secretaria da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Silva CP, Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):1453-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800018>
9. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):368-76.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
11. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):669-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300018>
12. Lucena ADF, Paskulin LMG, Souza MFD, Gutiérrez MGRD. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):292-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200020>
13. Silva AC, Ferreira J, Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. Os sentidos da saúde e da doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):957-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.00212014>
14. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2003; p.431.
15. Barata RCB. A historicidade do conceito de causa. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Escola Nacional de Saúde Pública. *Textos de apoio: epidemiologia*. Escola Nacional de Saúde Coletiva. 1985; p.13-27.
16. Gonçalves RBM. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. OPAS; 1988; p.68.
17. Backes MTS, Backes DS, Meirelles BHS, Erdmann AL. Notions of nature and derivations for health: an incursion in literature. *Physis*. 2010;20(3):729-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300003>

18. Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1982.
19. Kemp A, Edler FC. Medical reform in Brazil and the US: a comparison of two rhetorics. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2004;11(3):569-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702004000300003>
20. World Health Organization (WHO). *Officials Records of the World Health Organization*. New York: WHO; 1948.
21. Fertoni HP, Pires D. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. *Enfermagem Foco*. 2010;1(2):51-4.
22. Bezerra IMP, Alves SAA, Machado MFAS, Zioni F, Antão JYFL, Martins AAA, et al. Health Education For Seniors: An Anal In Light Of Paulo Freire's Perspective. *Int Archiv Med*. 2015;8(28):1-9 DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/1627>
23. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. Ease of access revealed by users of the Single Health System. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):574-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400012>
24. Cardoso JP, Vilela ABA, Souza NR, Vasconcelos CCO, Caricchio GMN. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2007;20(4):252-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2007.p252>
25. Paim JS. *Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde*. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. 6 ed. São Paulo: Medsi; 2003.
26. Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Ed UFBA; 2006; p.236.
27. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(3):743-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>
28. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
29. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2008; p45-67.
30. Brasil. Presidência da República. Lei 8.080, de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990.
31. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2): 569-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>
32. Andrade FR, Narvai PC. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(suppl. 3):154-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004447>
33. Tesser CD, Garcia AV, Argenta CE, Vendruscolo C. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. *Rev Saúde Públ Santa Cat*. 2010;3(1):42-56.
34. Puttini RF, Pereira Junior A, Oliveira LR. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*. 2010;20(3): 753-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300004>
35. Brasil. Ministério da saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
36. World Health Organization (WHO). *Bangkok charter for health promotion in the a globalized world*. Geneve: WHO; 2005. [Cited 2014 sep 02] Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
37. World Health Organization (WHO). *The Nairobi Call to Action for Closing Implementation*. 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi Kenya: Who; 2009.
38. World Health Organization (WHO). *8th Global Conference on Health Promotion: the Helsinki Statement on Health in All Policies*. Geneva: 2013. [Cited 2014 02 sep 02] Available from: <http://www.who.int/health-promotion/conferences/8gchp/en/index.html>
39. Silva JL. *A prática educativa como expressão da prática profissional no contexto saúde da família do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2010.
40. Akerman M. *Delineando um marco conceitual para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida*. Abrasco-Pró-GT de Promoção da Saúde e DLIS. Rio de Janeiro-Porto Alegre; 2003.
41. Vanderlei MIG, Almeida MCPD. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(2):443-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200021>
42. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde: relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. *Investig Educ Enferm*. 2011;29(3):381-9.
43. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):567-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400011>

44. Coelho RFN, Leite ES, Oliveira FB, Farias MCAD, Abreu RMSX, Torquato JA. Impact of the actions of an interdisciplinary team in the elderly quality of life. *Int Arch Med.* 2015;8(175):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/1774>

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Abstract

Introduction: in health promotion, practices are necessary to trigger mechanisms aimed at the creation or recreation of a new mode of enhancing health, in order to overcome the still-oriented actions of the biological approach. Prevailing actions on health care, although important to the sector, do not advance toward a positive concept.

Objective: to analyse the historical process of health as a concept and care models in the search for a new model of health promotion.

Methods: This is a reflective review designed to understand and appraise the international and national literature from Medline/PubMed, Lilacs and the Scientific Electronic Library (SciELO). For the organisation of data, articles were separated by themes, and the process of categorisation was conducted based on content analysis.

Results: Despite having the knowledge that consistent actions with the assumptions of health promotion are of great importance to quality of life and equity in health, implementing them remains a challenge due to the predominance of curative practices and an individualistic approach. These practices, in turn, are revealed to be a reflection of the concept of health that has passed from the absence of disease to a process related to social, political, economic and cultural factors.

Conclusion: The concept of health has been transformed from historical ideas, reflecting the emergence of new formulations about thinking and doing and, consequently, new proposals for changes in welfare models of health. Therefore, although the new model of healthcare has been structured from a health promotion perspective; there are still features of hegemonic models with the predominance of curative practices.

Keywords: health; models of health; health promotion.