

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

JANINE COELHO OURIQUES

**ANÁLISE DE DOCUMENTOS INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A
EDUCAÇÃO FÍSICA BRASILEIRA**

Florianópolis
2006

JANINE COELHO OURIQUES

**ANÁLISE DE DOCUMENTOS INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A
EDUCAÇÃO FÍSICA BRASILEIRA**

Dissertação Apresentada à Coordenação de
Pós-graduação em Educação Física da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito para Obtenção do Título de
Mestre em Educação Física.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior

Florianópolis
2006

JANINE COELHO OURIQUES

**ANÁLISE DE DOCUMENTOS INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A
EDUCAÇÃO FÍSICA BRASILEIRA**

Dissertação Apresentada à Coordenação de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Título de Mestre em Educação Física.

Dissertação aprovada por todos os membros da Banca Examinadora em 29/ 03/ 2006.

Banca Examinadora

Prof^o Dr. Edgard Matiello Júnior
Orientador

Prof^o Dr. Henrique Luiz Monteiro
Membro titular

Prof. Dr. Giovani De Lorenzi Pires
Membro titular

Prof.^a Dra. Rosane Carla Rosendo da Silva
Membro suplente

“A cada um de nós que tem o seu Nascimento, a cada um de nós que tem o seu Ano Novo, independentemente do sol, da lua, das estrelas, do equador. Há um Nascimento do espírito, há um Nascimento da própria identidade pessoal. Portanto, o Nascimento é algo intrínseco ao modo de ser Em Si ôntico. Há um Nascimento exclusivo para cada um de nós, para cada Em Si ôntico. Cada momento que vivemos é Nascimento, cada momento que vivemos é Ano Novo e, contemporaneamente, cada momento que é Nascimento é também um momento do sentido de realização, ou seja, somos um suceder-se de nascimentos e mortes. Nascimento como ocasião para tornar-se, de crescimento; morte como sentido e um destino, de uma estrada concluída. Um dever cumprido é um problema resolvido, que implica, portanto, ganho de existência, de ampliação de si mesmo no coração branco da vida”.

Antonio Meneguetti

AGRADECIMENTOS

Quinze anos dedicados à educação infanto-juvenil me engrandeceram como pessoa, profissional e mãe. Mas, chegou o momento de seguir além... , e acreditar que é possível!

Esse é o momento, um momento de olhar, não o que deixou de se fazer, e sim o quanto se fez. E no início dessa estrada, estavam pessoas dispostas a me ajudar, sem elas não teria concluído o meu dever. Um dever que escolhi e depois alguém me escolheu, para que eu pudesse cumprir.

Olhei essa estrada em 2001, na qual fiz a disciplina do professor Markus Vinicius Nahas, percebi o quanto precisava aprender e me preparar, em 2002 “dei um tempo e fui trabalhar”, busquei reforços e voltei a olhá-la em 2003, fiz então a disciplina do professor Elenor Kunz, e do professor Sidney Ferreira Farias e foi então, que decidi segui-la em 2004.

Agradeço aos professores, por me darem esta oportunidade, fazer as suas disciplinas como aluna especial e ouvinte. Foram elas e vocês que me motivaram a seguir em frente. Fica a minha gratidão.

Sinto-me, imensamente, agradecida à vida, por me ensinar a enxergar as oportunidades e a abraçá-las com todo o meu querer.

De nada valeria a minha decisão, se não tivesse a imensa ajuda da professora Estela Maris Giordani, que reconheceu a minha vontade e a minha necessidade, me ajudando a desenvolver o projeto de pesquisa para concorrer à seleção do mestrado.

Estela, devo a você o início dessa estrada, muito obrigada!

Aos professores Giovani, Henrique, Rosane e Alex Fraga pelas valiosas contribuições, e principalmente ao professor/orientador e amigo Edgard Matiello Júnior, que me escolheu e me ajudou a percorrer essa estrada. Serei eternamente grata, pelo nível de formação que adquiri.

Meus agradecimentos à Universidade Federal de Santa Catarina e a Coordenação da Pós-graduação do Centro de Desportos, primeiramente na pessoa do professor Adair da Silva Lopes e atualmente na pessoa do professor Juarez Vieira do Nascimento, a atenção, que quando necessitada, foi prontamente me dada, bem como aos professores do mestrado.

À Novânia que resolvia com muito empenho todas as questões burocráticas na secretaria, e ao Paulo, da mesma forma.

Agradeço aos colegas que, juntos, em grandes ou pequenos grupos, compartilhávamos reflexões que nos faziam muitas vezes ficar atônitos, mas que em outras, faziam-nos rir muito. Nossos cafezinhos no posto... Foi muito bom estar com vocês.

Enfim, à família e os amigos, que sempre compartilham os bons e os maus momentos.

ANÁLISE DE DOCUMENTOS INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:
POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO FÍSICA BRASILEIRA

Autora: Janine Coelho Ouriques
Orientador: Edgard Matiello Júnior

RESUMO

De forma geral, na área de atuação conhecida como *Atividade Física relacionada à saúde*, tem-se apropriado de conceitos e teorias que muitas vezes não são explorados suficientemente. Neste trabalho, os objetivos foram identificar pressupostos da Promoção da Saúde e analisar como eles são veiculados por essa área. Metodologicamente, foi desenvolvida análise de conteúdo, tomando-se para estudo uma carta e seis declarações internacionais de Promoção da Saúde. Como resultados, foi possível perceber a apropriação apenas parcial e limitada dos pressupostos desses documentos, tão complexos, na constituição desse campo de conhecimento e intervenção. Isto se expressa de diferentes formas: i) nos documentos, há ênfase na politização dos conceitos e das ações em saúde, fato aparentemente não vivenciado pelas hegemonias da Atividade Física relacionada à saúde, parecendo prevalecer uma pretensa neutralidade científica para propor adoção de estilo de vida ativo; ii) menciona-se nos documentos que os condicionantes políticos, sociais e econômicos são fundamentais para se falar em saúde, enquanto que em nossa área esses contextos não são abordados efetivamente e iii) no plano internacional, recomendam-se ações comunitárias, devendo-se capacitar indivíduos e coletivos a terem maior poder e participação na tomada de decisão sobre a saúde, enquanto na nossa área ainda prevalecem as ações individuais, destacando-se as abordagens comportamental e biológica. A importância da apreciação cuidadosa desses documentos para reorientação política de nossa área mostrou-se fundamental, o que pressupõe a problematização de questões já amplamente debatidas no Campo da Saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Agências internacionais, Organização Mundial da Saúde, Educação Física, Atividade Física e Saúde.

INTERNATIONAL DOCUMENT ANALYSIS OF HEALTH PROMOTION: THE MEANING FOR BRAZILIAN PHYSICAL EDUCATION

ABSTRACT

In General, in the performance area known as *Physical Activity connected to health*, have been appropriated from concepts and theories which many times are not enough explored. In this work, the objectives were to identify the Health Promotion's presumes and to analyse how they are showed by this area. Orderliness, contest analyse was developed having a letter for study and six international declarations of Health Promotion. As a result, was possible to see just the partial and limited appropriation of these documents presumes, to complex at the constitution of this net of knowledge and intervention. This is expressed in different ways: i) in letters, and emphasis in the politics of the concepts and actions in health, fact apparently not lived by the area's hegemonies, seeming to prevail a neutral scientific purpose to suggest an adoption of an active way of life; ii) It's mentioned in documents that the conditional politic, social and economic are primary to talk about health, while in our area these contexts are not effectivity broached and iii) in the international plan, are recommended communities actions, having to be capable individual and groups with power and participation on taking decisions about health, while in our area are still taking advantages the individual actions, specially topics like comportamental and biological. The importance of a careful appreciation of these documents for the politic orientation of our area showed to be primary, which shows the problematic of questions talked about in Health Area.

Keyword: Health Promotion, International Agencies, Health World Organization, Physical Education, Physical Activity and Health.

LISTA DE QUADROS

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Quadro 1: Fatos Históricos que antecederam a criação da OMS | 24 |
| Quadro 2: Cronologia dos principais acontecimentos da Promoção da Saúde..... | 37 |
| Quadro 3: Tema central e objetivo das conferências internacionais de Promoção da Saúde..... | 72 |
| Quadro 4: Metas das conferências internacionais de Promoção da Saúde | 73 |
| Quadro 5: Em favor do quê ou de quem são as propostas da Promoção da Saúde..... | 74 |
| Quadro 6: Conceitos de Saúde e Promoção da Saúde..... | 75 |
| Quadro 7: Auto-críticas evidenciadas nas conferências internacionais de Promoção da Saúde..... | 76 |
| Quadro 8: Responsabilidades pela Promoção da Saúde | 77 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 | DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS DA PESQUISA | 10 |
| 2 | METODOLOGIA DA PESQUISA..... | 144 |
| 3 | ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU | 19 |
| 3.1 | Sobre a ONU e suas agências internacionais | 19 |
| 3.2 | Sobre a OMS..... | 23 |
| 3.3 | Sobre a OPAS | 30 |
| 4 | A EVOLUÇÃO DO CONCEITO PROMOÇÃO DA SAÚDE..... | 33 |
| 5 | SOBRE A CARTA E AS DECLARAÇÕES INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO FÍSICA BRASILEIRA | 45 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 62 |
| | REFERÊNCIAS | 67 |
| | ANEXOS | 72 |
| | CARTA E DECLARAÇÕES RESULTANTES DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE | 78 |
| | ANEXO A- Declaração de Alma-ata..... | 79 |
| | ANEXO B- Carta de Ottawa | 79 |
| | ANEXO C- Declaração de Adelaide | 79 |
| | ANEXO D- Declaração de Sundsvall | 79 |
| | ANEXO E- Declaração de SantaFé de Bogotá | 79 |
| | ANEXO F- Declaração de Jacarta..... | 79 |
| | ANEXO G- Declaração do México | 79 |

CAPÍTULO I

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS DA PESQUISA

O Programa de Pós-graduação em Educação Física do Centro de Desportos da UFSC tem atualmente três áreas de concentração: *Atividade Física relacionada à Saúde; Teoria e Prática Pedagógica em Educação Física e Cineantropometria e Desempenho Humano*. Este trabalho situa-se na primeira delas, na linha de pesquisa denominada *Ambiente, Atividade Física e Bem-estar*.

Assim, no processo de formulação desta investigação, teve-se como compromisso buscar compreender ao menos um dos conceitos anunciados na linha de pesquisa em associação com a temática geral da área de concentração do Curso, ou seja, a relação do conceito bem-estar com o de saúde.

Nesta busca nos deparamos com algumas pseudo-facilidades e dificuldades. Sem exagero, pode-se dizer que ao longo dos últimos anos a expressão bem-estar tornou-se amplamente disseminada em todas as formas de mídia, invadindo o senso comum¹, sendo fortemente utilizada para influenciar comportamentos, inclusive os de consumo. Dessa forma, aquilo que num primeiro momento poderia se transformar em fonte inesgotável de conhecimentos a serem sistematizados, passou a ser uma barreira para sua apreensão como objeto de estudo. Nesse sentido, o poder do mercado exerceu certa pressão inclusive sobre a produção de conhecimentos nos espaços acadêmicos, fato que, ao nosso ver, ao invés de promover um esclarecimento a respeito, acabou por alimentar ainda mais a confusão conceitual.

De fato, muito embora o conceito seja bastante apropriado pelas publicações e espaços científicos/acadêmicos de formação profissional da Educação Física, não se põe claro o que é bem-estar, tampouco o que lhe determina a aquisição, manutenção e mesmo sua perda. Enfim, tal como o ocorrido com outros conceitos adotados pela área – sobretudo saúde e qualidade de vida –, sua intensa veiculação pelos meios universitários parece seguir a mesma lógica: a inclusão de um termo novo em

¹ Segundo Meksenas (1994, p.45), “o senso comum visa à realização das ações cotidianas, não o seu questionamento. A criatividade, o conhecimento inquiridor, não constitui uma dimensão predominante no senso comum”.

substituição a outros que se desgastaram como possibilidade mercadológica de estimular a prática de *atividades físicas*².

Enquanto se procurava esclarecer a respeito do conceito bem-estar, fomos percebendo que nos sistemas informatizados de busca de dados (SciELO; Lilacs) essa palavra-chave trazia consigo diferentes trabalhos sobre Promoção da Saúde. Perante os limites voltados à confusão conceitual de bem-estar e por acreditarmos que a Promoção da Saúde atualiza a pauta de investigação em nosso campo de atuação, decidimos migrar nosso interesse para essa temática, até porque, numa primeira leitura, percebemos que a Promoção da Saúde envolve o conceito com o qual vínhamos lidando.

A Promoção da Saúde, por sua vez, vem se consolidando como desafio mundial, orientada por organismos internacionais, adotada em políticas públicas de muitas nações e investigada e disseminada com grande ênfase pelo universo acadêmico. Mesmo no Brasil, já são muitas discussões, produções, documentos e eventos dedicados a esta temática³.

Contudo, apesar de percebermos evolução histórica dessa concepção no campo da saúde, cujas discussões atuais sugerem a mudança do paradigma tradicional de prevenção, passando-se a enfatizar, por exemplo, a necessidade de mudança das condições de vida injustas e degradantes, nossas primeiras análises indicam que na Educação Física a despolitização do conceito ainda prevalece, pois apesar da complexidade que perpassa a Promoção da Saúde, em nossa área isso fica restrito ao

² A esse respeito ver Pires, Matiello Júnior e Gonçalves (1998); Matiello Júnior e Gonçalves (2001); Lovisolo (1995).

³ Fraga (2005) cita vários autores que trazem exemplos da discussão sobre “a ligação semântica entre atividade física e estilo de vida ativo no Brasil, que reafirmam ser a missão central da educação física a de aumentar o conhecimento geral sobre os benefícios à saúde através de uma vida ativa, bem como os riscos provenientes de uma vida sedentária, portanto, algo mais abrangente do que a prática de atividades físicas. E que são vários manifestos lançados e subscritos por diferentes entidades acadêmico-científicas ligadas à área que vêm dando retaguarda política ao processo de inseminação dessa nova mentalidade físico-sanitária” (p. 50 e 51). São vários os eventos reconhecidos nacional e internacionalmente, e divulgados em diversas mídias que também dão retaguarda, entre eles: Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde, Congresso Brasileiro Científico da Fiep e Simpósios Internacionais de Ciências do Esporte – Celafiscs, em que ocorrem lançamentos como o “Manifesto Mundial da Educação Física”, em janeiro de 2000, no Congresso Mundial de Educação Física e Desporto e Recreação, que segundo Fraga (2005), nesta versão mais recente, o “estilo de vida ativo ganha relevo, confunde-se com atividade física e passa a ser considerado elemento constituinte de uma “nova Educação Física” (Fiep, 2000; Tubino, 2000, *apud* Fraga 2005, p.51). Assim como a “Carta Brasileira de Educação Física”, “oriunda do Fórum Nacional dos Cursos de Formação Profissional em Educação Física do Brasil” (Fraga 2005, p.51). A retaguarda é tão forte que o Programa Agita São Paulo, criado em 1996, foi considerado “uma iniciativa exemplar pela OMS” (Filkelman, 2002, p. 296) e em junho de 2005 a OPAS/OMS lançou a Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.

estímulo do estilo de vida ativo. Dessa forma, praticar (ou não praticar) exercícios entra apenas como mais uma variável, um fator de risco a ser controlado.

Em busca de compreendermos a evolução histórica da Promoção da Saúde e sua adoção pela Educação Física, fomos instigados a refletir sobre o papel determinante de organismos internacionais na criação, disseminação e transformação do conceito. Nosso entendimento é que as instituições e suas propostas não são neutras, decorrendo delas a impregnação das visões de mundo de seus atores, construídas em meio a constantes disputas políticas nem sempre declaradas publicamente.

Então, buscamos informações sobre uma instituição voltada à saúde que atua em âmbito mundial: a OMS (Organização Mundial da Saúde). Na medida em que ela organizou uma série de Conferências Internacionais de Promoção da Saúde - nas quais foram geradas Cartas e Declarações de Promoção da Saúde - tomamos como **objeto de investigação** o conceito de Promoção da Saúde e sua apropriação pela Educação Física, utilizando como fontes documentos oficiais relacionados a essa temática.

Diante do exposto, como **problema de pesquisa**, formulamos a seguinte questão: “De acordo com documentos produzidos em conferências internacionais, organizadas pela OMS, quais são os objetivos e pressupostos da Promoção da Saúde e como eles são apropriados pela Educação Física?”

Como **objetivos**, buscamos identificar e avaliar objetivos e pressupostos da Promoção da Saúde apresentados em uma Carta e Declarações Internacionais de Promoção da Saúde, bem como analisar como eles são apropriados pela Educação Física. Como **questões a investigar** formulamos as seguintes:

Qual o contexto político em que foram elaborados os documentos?

Quais objetivos e metas são explicitadas?

Em favor do quê e de quem são pensadas as proposições?

Na evolução histórica das reuniões e dos documentos que as registram, quais são as auto-críticas explicitadas pelos idealizadores das propostas de Promoção da Saúde?

Qual o entendimento de saúde explicitado?

De quem é a responsabilidade pela Promoção da Saúde?

Como são abordados esses conhecimentos na Educação Física?

Como se estabelece, enfim, a relação entre a Educação Física e a Promoção da Saúde?

Enquanto **justificativa** pela escolha do objeto de investigação, consideramos que, apesar de as Declarações e a Carta de Promoção da Saúde constituírem-se como documentos oficiais de organismo internacional bastante considerado em diferentes âmbitos da vida social, inclusive o acadêmico, na Educação Física elas não são amplamente divulgadas e conhecidas. Quando mencionadas, a apresentação não costuma remeter ao seu caráter histórico⁴, e não se preserva a integralidade de seu teor político, sendo enfatizados apenas alguns fragmentos que justifiquem a utilização do que se convencionou chamar, em nossa área, de *estilo de vida ativo*.

Portanto, o presente trabalho justifica-se por se dedicar à compreensão de uma temática importante para a sociedade brasileira, mas contraditoriamente pouco aprofundada nos estudos da Educação Física em todos os níveis de formação.

A seguir, será apresentado o nosso trajeto, até aqui, percorrido, através de uma metodologia que dá liberdade ao pesquisador, que faz dele um “arqueólogo”. Trabalhamos com muitos vestígios, iniciamos pela história das agências internacionais e as políticas de saúde que nos dariam respaldo e consistência sobre quem é ou são os protagonistas dessa história. Buscamos, em seguida, contar a história da Promoção da Saúde desde o seu nascimento.

⁴ “Nos anos finais da ditadura militar as críticas que vinham se gestando em setores contra-hegemônicos começaram a se expressar de forma organizada e por meio de experiências assistenciais públicas mais próximas às reais necessidades da população. A *Conferência de Alma-Ata* em 1978, que colocou questões muito importantes relativas à promoção, a ações básicas e definiu metas para a melhoria dos padrões de saúde no mundo, coincidiu com o momento de abertura e anistia política do País, permitindo a ampliação da consciência pública sobre o modelo insustentável do INPS. Na verdade, a década de 80 foi um momento histórico privilegiado para a consolidação das expressões organizadas de cidadania. Houve grande expansão do movimento *sanitarista*, que envidou teorias, experiências e práticas voltadas para a implementação de uma política pública de saúde que saísse do aprisionamento do modelo excludente, discriminatório e ineficiente do INPS. Foi um marco essencial nesse percurso a realização da *VIII Conferência de Saúde*, que contou com a presença de 5.000 pessoas, após amplo processo de mobilização nacional de 50.000 participantes nas instâncias estaduais e municipais. O relatório final desse evento serviu de base aos constituintes que, em 1988, produziram o capítulo dedicado à definição da saúde no interior da Seguridade Social e como direito universal e como dever do Estado. A Lei Orgânica da Saúde de 1990 detalhou os princípios básicos expressos na Carta Magna” (MINAYO, 2002).

CAPÍTULO II

METODOLOGIA DA PESQUISA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, de abordagem descritiva, sendo empregada análise de conteúdo aos documentos selecionados.

Análise de conteúdo vem sendo adotada como parte de uma busca histórica da teoria e prática das investigações sociais (MINAYO, 1993). Esta metodologia já vinha sendo empregada em tempos remotos para interpretação dos livros sagrados, mas seu desenvolvimento iniciou nos Estados Unidos, em meados do século passado, aplicada à comunicação de massa. Desde então, predominou até cinquenta anos após o aspecto quantitativo de seu emprego, tal como a contagem da frequência da aparição de conteúdos de mensagens veiculadas (GOMES, 1994). Atualmente, a análise de conteúdo vem sendo aplicada a diferentes espécies de comunicação, tanto a documentos escritos (jornais, revistas, leis) quanto a entrevistas gravadas ou a programas de rádio e televisão. A utilização sobre mensagens escritas é facilitada, na medida em que estas são estáveis e “constituem um material objetivo ao qual podemos voltar todas as vezes que desejarmos”. (TRIVIÑOS, 1995, p.160)

Nesta pesquisa, o emprego da análise de conteúdo é de abordagem qualitativa, que segundo Bardin (s/d p.114) corresponde a um procedimento mais intuitivo, mas também mais maleável e mais adaptável, a índices não previstos, ou à evolução das hipóteses; e o que caracteriza a análise qualitativa é o fato de a inferência – sempre que realizada – ser fundada na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc.), e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual.

Segundo Richardson (1999, p.239) o sistema de quantificação, com enfoque qualitativo, baseia-se na presença/ausência do elemento, sem considerar a frequência. Bardin (s/d, p.115) ressalta que:

A análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação. Somente os índices é que são retidos de maneira não freqüencial,

podendo o analista recorrer a testes quantitativos: por exemplo, a aparição de índices similares em discursos semelhantes.

O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências. As respostas a questões abertas, às entrevistas (não diretivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo, de inquérito ou de psicoterapia, os protocolos de testes, as reuniões de grupos, os psicodramas, as comunicações de massa, podem ser, e são freqüentemente, analisados tendo o tema por base (Bardin, s/d, p.105).

Ainda segundo Bardin (s/d), a unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro. Isto pode, por exemplo, ser a frase para a palavra e o parágrafo para o tema. A referência ao contexto é muito importante para a análise avaliativa e para a análise de contingência. Os resultados são susceptíveis de variar sensivelmente, segundo as dimensões de uma unidade de contexto (Bardin, s/d, p.107). A esse respeito, Pires considera as unidades de contexto como “descrições mais amplas (o olhar desviado⁵), que se relacionam com aquelas [unidades de codificação], possibilitando compreender o sentido próprio dos itens destacados como unidades de codificação no interior da estrutura de significação em que se encontram inseridas” (PIRES, 2002, p.277).

Tobar e Yalour (2001) sugerem que podemos compreender como objetivo central da análise de conteúdo traduzir fatos sociais em dados suscetíveis de tratamento qualitativo ou quantitativo, organizando-os de modo que adquiram significação para a teoria, permitindo a construção de um sistema de hipóteses.

Portanto, para a coleta de dados, realizamos leitura sistemática dos Documentos Internacionais de Promoção da Saúde. Segundo Bardin (s/d, p.95) esta **primeira fase** da análise, considerada como **pré-análise**, visa operacionalizar e sistematizar as idéias. Esta etapa é a garantia para a análise posterior e nos permite conhecer a estrutura da

⁵ Segundo Bardin (s/d, p.41) “O analista tem dupla tarefa: compreender o sentido da comunicação, como um receptor normal, e principalmente, desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira”.

narrativa; ter as primeiras impressões em relação à mensagem dos documentos; reconhecer os conceitos mais utilizados; ter uma primeira impressão da concepção que o autor ou os autores têm dos fenômenos sociais e do mundo.

Na prática, recolhemos vários textos e selecionamos sete resultantes das: Conferências de Alma-Ata, Ottawa, Adelaide, Sundsvall, SantaFé de Bogotá, Jacarta, e México. Para esta amostragem, procuramos seguir os quatro princípios básicos estabelecidos pelo método quanto à escolha dos documentos, quais sejam (RICHARDSON, 1999, p.232-233):

Exaustividade: definido o tipo de documento, deve-se fazer um levantamento de todo o material susceptível de utilização. Não deixar nenhum de fora para não afetar o rigor científico;

Representatividade: a amostra selecionada deve ser um fiel reflexo dos documentos que integram o conjunto. O importante é que o pesquisador decida trabalhar apenas com aqueles documentos que representem o tema; não escolha por falta de conhecimento;

Homogeneidade: os documentos incluídos na amostra devem obedecer a critérios precisos, evitando particularidades (os documentos devem cumprir os requisitos estabelecidos);

Adequação (pertinência): os documentos selecionados devem proporcionar a informação adequada para cumprir os objetivos da pesquisa. É preciso saber se a amostra selecionada apresenta um conteúdo relevante aos objetivos da pesquisa. O pesquisador deve discutir os problemas de amostragem com um especialista ou alguém experiente na matéria.

Foram feitas leituras minuciosas. A partir da leitura de Alma-Ata, identificamos algumas questões orientadoras para leitura sistemática de todos os documentos. Mais do que conceitos nos interessamos em saber aspectos da estrutura sócio-política, explícita e/ou implícita das propostas de Promoção da Saúde. As questões que nos orientaram, previamente definidas, foram:

Qual o tema central das reuniões em que se produziram os documentos?

Quais os objetivos propostos a partir dos documentos?

Qual a meta explicitada?

Em favor do quê ou de quem são feitas as propostas?

Quais as autocríticas dos idealizadores da Promoção da Saúde?

Qual o entendimento de saúde explicitado?

De quem é a responsabilidade pela Promoção da Saúde?

Na **segunda fase** da análise, considerada **exploração do material**, procedemos à análise propriamente dita de acordo com as questões identificadas.

Assim, todos os documentos foram minuciosamente estudados tendo como orientação de leitura as questões mencionadas anteriormente, na primeira fase; o detalhe é que todas as questões foram buscadas em cada documento por vez. À medida que analisávamos todas as questões no documento seguinte, re-avaliávamos o(s) anterior(es), pois todos os documentos estavam relacionados diretamente com os dois primeiros: Alma-Ata e Carta de Ottawa.

O resultado desta busca foi sistematizado, inicialmente, em listagens; posteriormente, elaboramos sete quadros contendo cada uma das questões e as respostas específicas de cada documento (os quadros serão apresentados em anexo).

Paralelamente, aproveitamos a oportunidade das leituras e identificamos nos textos a presença de termos que julgamos ser de interesse e adoção da Educação Física. Foram nove os “termos” encontrados, obviamente sem deixar de considerar o de Promoção da Saúde, que é objeto central desta pesquisa, perfazendo, então, dez “termos”. São eles: qualidade de vida; saúde; doença; bem-estar; ambiente; estilo de vida; desenvolvimento; equidade; educação; escolhas/poder de decisão. Sublinhamos cada termo com uma cor. Este procedimento nos facilitou “o olhar” para os textos. Ao vê-los, tínhamos a noção clara de sua elevada/baixa frequência de aparição e em que contexto foram abordados.

Analisamos o contexto (principalmente o político) em que as unidades de registro selecionadas estavam inseridas, para descobrir o sentido que compunha a comunicação, não buscando somente a frequência de aparição, mas sim verificar se a presença poderia ser significativa para o nosso objetivo analítico: “como os objetivos e pressupostos da Promoção da Saúde são apropriados pela Educação física”.

Na **terceira fase** da análise, considerada como **tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, segundo Bardin (s/d, p. 101), “o analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas”.

Enquanto análise dos resultados de toda investigação, procuramos a triangulação dos dados empíricos, inicialmente dos documentos das Conferências Internacionais, com o contexto político da ONU, OMS e OPAS, e com nossas consultas à bibliografia.

CAPÍTULO III

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU

3.1 Sobre a ONU e suas agências internacionais

Neste capítulo pensamos desenvolver uma descrição sobre a ONU (Organização das Nações Unidas) e duas de suas agências internacionais, a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a OPAS (Organização Panamericana da Saúde). O intuito é trazer elementos que nos permitam compreender - a partir de aspectos principais de suas histórias de criação, do contexto político de suas formações e de sua atualidade – um pouco das condições em que se elaboraram os documentos que foram analisados nesta pesquisa.

Assim, buscamos recuperar, praticamente através de dados oficiais sobre elas, uma espécie de *as agências internacionais por elas mesmas*. Nos apoiamos em páginas oficiais da internet, um livro-texto publicado pela OPAS (Finkelman, 2002), bem como em análises de Mattos⁶ (2001) e Matta (2005). Esse é um recurso que minimamente permitirá uma visão sobre como essas agências se apresentam publicamente. Obviamente, há uma série de críticas a respeito da atuação dessas agências, que preferimos trazer apenas em capítulo posterior, no qual desejamos discutir esses dados em seu conjunto, ficando para este momento apenas algumas poucas problematizações a respeito.

Mattos (2001) explica que as agências internacionais são aquelas formadas por governos nacionais (pelo menos três) para constituição, sustentação financeira e política de uma organização, sendo denominados de países-membros.

Através de acordos, são estabelecidas as missões das agências, bem como os dispositivos pelos quais elas obterão os recursos financeiros e as regras básicas de sua atuação. Estas últimas podem ser reinterpretadas e repactuadas em qualquer tempo

⁶ Além da publicação a qual nos sustentamos desse autor, ele tem também sua tese de doutorado em saúde coletiva, Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, com o título: Desenvolvendo e ofertando idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial (Mattos, 2000).

pelos países-membros. Na avaliação do autor, os pactos entre eles expressam as relações de poder entre os diversos governos numa conjuntura internacional dada e, portanto, expressam também as estratégias de disputas pela hegemonia, representadas pela capacidade de um governo impor aos demais as regras e as medidas que melhor atendem aos seus interesses particulares.

A ONU é uma instituição internacional formada atualmente por 191 Estados soberanos, fundada após a Segunda Guerra Mundial para manter a paz e a segurança no mundo, fomentar relações cordiais entre as nações, promover progresso social, melhores padrões de vida e direitos humanos. Nasceu oficialmente em 24 de outubro de 1945, data de promulgação da Carta das Nações Unidas (que enuncia os direitos e deveres dos membros da comunidade internacional), que é uma espécie de Constituição da entidade, assinada na época por 51 países, entre eles o Brasil.

A sede da ONU, desde sua criação, é nos Estados Unidos. Na época, um empresário, John D. Rockefeller Jr., ofereceu cerca de oito milhões de dólares para a compra de parte dos terrenos na margem do East River, na ilha de Manhattan em Nova York, e a prefeitura da cidade ofereceu o restante dos terrenos para possibilitar a construção da sede da Organização.

As Nações Unidas são constituídas atualmente por seis órgãos principais: a Assembleia Geral, o Conselho de Segurança, o Conselho Econômico e Social, o Conselho de Tutela, o Tribunal Internacional de Justiça e o Secretariado. Cinco deles estão situados em Nova York, com exceção do Tribunal, que fica em Haia, na Holanda.

Já no preâmbulo da Carta das Nações Unidas⁷ – documento de fundação da Organização – expressam-se os ideais e os propósitos dos povos cujos governos se uniram para constituir as Nações Unidas:

Nós, os povos das Nações Unidas, resolvimos a preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra, que, por duas vezes no espaço da nossa vida, trouxe sofrimentos indizíveis à humanidade, e a reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, assim como das nações grandes e pequenas, e a estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes de direito internacional possam ser mantidos, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla.

⁷ Ver http://www.onu-brasil.org.br/conheca_faq.php

E para tais fins praticar a tolerância e viver em paz uns com os outros, como bons vizinhos, unir nossas forças para manter a paz e a segurança internacionais, garantir, pela aceitação de princípios e a instituição de métodos, que a força armada não será usada a não ser no interesse comum, e empregar um mecanismo internacional para promover o progresso econômico e social de todos os povos.

Os propósitos da ONU são:

Manter a paz e a segurança internacionais; Desenvolver relações amistosas entre as nações; Realizar a cooperação internacional para resolver os problemas mundiais de caráter econômico, social, cultural e humanitário, promovendo o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais; Ser um centro destinado a harmonizar a ação dos povos para a consecução desses objetivos comuns.

Para tanto, age de acordo com os seguintes princípios:

Da igualdade soberana de todos seus membros; Todos os membros se obrigam a cumprir de boa fé os compromissos da Carta; Todos deverão resolver suas controvérsias internacionais por meios pacíficos, de modo que não sejam ameaçadas a paz, a segurança e a justiça internacionais; Todos deverão abster-se em suas relações internacionais de recorrer à ameaça ou ao emprego da força contra outros Estados; Todos deverão dar assistência às Nações Unidas em qualquer medida que a Organização tomar em conformidade com os preceitos da Carta, abstendo-se de prestar auxílio a qualquer Estado contra o qual as Nações Unidas agirem de modo preventivo ou coercitivo; Cabe às Nações Unidas fazer com que os Estados que não são membros da Organização ajam de acordo com esses princípios em tudo quanto for necessário à manutenção da paz e da segurança internacionais; Nenhum preceito da Carta autoriza as Nações Unidas a intervir em assuntos que são essencialmente da alçada nacional de cada país.

Desde a criação da ONU, independentemente das dificuldades para colocar as metas em prática, foram realizadas conferências e encontros internacionais importantes. Mais do que isso: surgiram órgãos muito atuantes em suas áreas desde então. Ainda em 1945 foi criada em Londres a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), vinculada ao Conselho Econômico e Social. Trata-se de um departamento da ONU que define a própria missão como “ética”, por isso trabalha com ênfase nos direitos humanos e na criação de oportunidades para os que enfrentam dificuldades. Muitas vezes, capta recursos de países avançados e distribui em regiões mais pobres da África e da América Latina. É um órgão que promove grandes campanhas, mas não tem o poder de resolver os problemas mais arraigados de cada país.

No ano seguinte, a ONU instituiu a Organização Mundial de Saúde, que busca melhorar a eficiência dos serviços internacionais e nacionais do setor. Essa entidade serve de referência para hospitais, faculdades de medicina e centros de pesquisa de todo mundo.

Atualmente, as Nações Unidas e suas agências investem, em forma de empréstimo ou doações, cerca de US\$ 25 bilhões por ano em países em desenvolvimento. Esses recursos destinam-se a proteção de refugiados, fornecimento de auxílio alimentar, superação de efeitos causados por catástrofes naturais, combate a doenças, aumento da produção de alimentos e da longevidade, recuperação econômica e estabilização dos mercados financeiros. Além disso, segundo a própria ONU, ela se propõe a ajudar a reforçar o regime democrático em várias regiões, com apoio a mais de setenta eleições nacionais. As Nações Unidas também se apresentam como catalizadoras e promotoras de um grande movimento de descolonização, que levou à independência de mais de 80 países.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve também a criação de um amplo conjunto de agências internacionais mais envolvidas com questões de macro-economia e desenvolvimento, dentre elas o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD). No início dos anos 60, com grande apoio (e pressão) do governo norte-americano, foi criada, no âmbito do Banco Mundial (BM), a Associação Internacional de Desenvolvimento, que compartilha com o BIRD o mesmo corpo técnico, apesar de ser contabilmente outra agência.

Ainda na década de 1960, no âmbito das Nações Unidas, foi criado o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) para atender a uma crescente pressão dos países em desenvolvimento, que buscavam novas formas de obter recursos externos para os seus projetos de desenvolvimento (no final dos anos 50, já havia sido criado o Banco Interamericano de Desenvolvimento com este mesmo fim). E assim, ao longo desse período, outros bancos regionais de desenvolvimento surgiram. Em torno da ONU foram gerados alguns fundos – como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

As Instituições de Bretton Woods⁸ e as agências e fundos do sistema das Nações Unidas têm estruturas de governo distintas em pelo menos um aspecto fundamental: o peso dos diversos países-membros nos processos decisórios. Em instituições como a OMS e o UNICEF, todos os países-membros têm o mesmo poder de voto nas instâncias de governo do qual participem; nas de Bretton Woods, o poder de voto de um país é proporcional à participação do mesmo na composição dos recursos financeiros da agência. Obviamente, isso cria mais oportunidades para que os países mais desenvolvidos possam influenciar os rumos, tanto do Banco Mundial como do FMI. Mas não se deve desprezar o poder de influência desses mesmos países sobre as demais organizações internacionais. A maioria das agências ligadas às Nações Unidas utiliza recursos extra-orçamentários provenientes de doações voluntárias dos países-membros a projetos específicos. E a maioria desses recursos provêm dos países desenvolvidos, que desse modo influenciam diretamente as iniciativas dessas agências internacionais.

3.2 Sobre a OMS

Com vistas a melhor compreender as concepções hegemônicas da Promoção da Saúde, na atualidade, pensamos ser importante buscarmos dados sobre a evolução histórica das ações da instituição OMS⁹ ao longo de suas seis décadas de existência, pois, considerando ser esta uma organização permeável a interesses de Estados e mercados que estão em permanente disputa, decerto que seus trabalhos não fluíram de forma linear e consensual. Ao nosso ver, esta medida pode contribuir para compreensão do contexto político em que os documentos resultantes das conferências internacionais de Promoção da Saúde foram/são gerados.

Cronologicamente, podem ser enumerados os seguintes fatos históricos que antecederam a criação da OMS citados por Hirschfeld e Oguisso (2002):

⁸ São instituições ligadas a um conjunto de organismos internacionais criados após a Segunda Guerra (Arrighi, 1996. Apud. Mattos, 2001).

⁹ A história da OMS contou com uma forte influência de um brasileiro, Dr. Geraldo de Paula Souza (1889-1951), o eminente sanitário que ajudou a criar o Instituto de Higiene, atual Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo (Hirschfeld e Oguisso, 2002, p.453).

Quadro 1 – Fatos históricos que antecederam a criação da OMS

| ANO | FATO HISTÓRICO |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1830 | A epidemia de cólera que avassalou a Europa |
| 1851 | A tentativa frustrada de realizar uma conferência sanitária, em Paris |
| 1892 | Aprovação de uma Convenção Sanitária Internacional sobre cólera |
| 1897 | Convenção Sanitária Internacional sobre Peste |
| 1902 | Criação da Oficina Sanitária Internacional, posteriormente Oficina Sanitária Panamericana |
| 1907 | Estabelecimento de um Escritório Internacional de Higiene Pública, em Paris |
| 1919 | Criação da Liga das Nações, ao fim da Primeira Guerra Mundial, e que tinha entre suas tarefas a prevenção e controle de doenças, através de uma Organização de Saúde da Liga das Nações, sediada, em Genebra, Suíça. O fato da atual OMS estar sediada em Genebra tem também esta raiz histórica |
| 1926 | Revisão da Convenção Sanitária Internacional para inclusão do combate à varíola e febre tifóide |
| 1935 | Aprovação da Convenção Sanitária Internacional sobre navegação |
| 1938 | Última Conferência Sanitária Internacional em Paris. O Conselho Sanitário, Marítimo e de Quarentenas de Alexandria é entregue ao Egito, onde se encontra atualmente o Escritório Regional do Leste Mediterrâneo |
| 1945 | Conferência das Nações Unidas, em São Francisco, aprova por unanimidade a proposta brasileira e chinesa para o estabelecimento de uma nova e autônoma organização internacional de saúde |
| 1946 | Conferência Internacional de Saúde, em Nova York, aprova a Constituição da Organização Mundial da Saúde |
| 1947 | Comissão Intermediária da OMS organiza a assistência ao Egito para combater a epidemia de cólera |
| 1948 | A Constituição da OMS entra em vigor no dia 7 de abril, com a assinatura de 61 países membros. |

Fonte: OMS (*Apud* Hirschfeld e Oguisso 2002, p. 453)

A OMS foi criada no mês de julho de 1946, com a participação inicial de 61 Estados nacionais, inclusive o Brasil. Em sua constituição, que entrou em vigor em sete de abril de 1948 (data oficial da fundação da OMS, e por isso, nesse dia é celebrado anualmente o Dia Mundial da Saúde), formulou-se documento estabelecendo o objetivo geral e as estruturas central e regional, bem como sua condição jurídica, sendo

estipuladas as relações de cooperação entre as Nações Unidas e outras entidades, tanto governamentais como privadas, que se ocupavam do tema saúde.

De forma geral, de acordo com documento oficial (OMS, 1952), cada uma das agências tem uma missão específica, que se articula, no entanto, com uma missão em comum com as demais agências. A título de informação, destacamos que, em suas origens, a Organização para Alimentação e Agricultura se dedicava a encontrar soluções para a fome das massas; a Unesco, a combater a ignorância; a OMS, para lutar contra as enfermidades; a Organização Internacional do Trabalho, encarregada da vigilância sobre as condições em que os homens realizam seu esforço produtivo. Enfim, foram todas elas criadas, ao menos com o argumento, de agirem visando elevar para um nível razoável de existência e bem-estar de mais da metade do gênero humano, até então desprovida dessas condições de vida.

Foi assim que, já em seu nascimento, a constituição da Organização Mundial da Saúde estabeleceu os seguintes princípios básicos para “a felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos”, determinando que se considera a saúde como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades*. Foram os seguintes os princípios adotados conforme a OMS (1952):

O gozo do grau máximo de saúde que se possa conquistar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia ou condição econômica ou social;

A saúde de todos os povos é uma condição fundamental para alcançar a paz e a segurança, e depende da mais ampla cooperação das pessoas e dos Estados;

Os resultados alcançados por cada Estado no fomento e proteção da saúde são valiosos para todos;

A desigualdade dos diversos países, no que se refere ao fomento da saúde e controle de enfermidades, sobretudo as transmissíveis, constitui um perigo em comum;

O desenvolvimento saudável da criança é de importância fundamental: a capacidade de viver em harmonia em um mundo que muda constantemente é indispensável para este desenvolvimento;

A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins, é essencial para alcançar o mais alto grau de saúde;

Uma opinião pública bem informada e uma cooperação ativa por parte do público são de importância capital para o melhoramento da saúde do povo.

A OMS está sediada em Genebra, na Suíça, e conta com seis escritórios regionais, a saber: África, com sede em Brazzaville; Américas, com sede em Washington; Europa, sede em Copenhague; Leste Mediterrâneo, com sede no Cairo; Pacífico Ocidental com sede em Manila; e, Sudeste Asiático, com sede em Nova Delhi.

Funciona como uma federação internacional com um Diretor Geral e um Conselho Executivo, para traçar as diretrizes gerais sobre a saúde no mundo. Realiza anualmente a Assembléia Mundial da Saúde¹⁰, no mês de maio, com a participação de todos os países membros que discutem, votam e deliberam sobre todas as questões e prioridades de saúde (HIRSCHFELD E OGUISSO, 2002, p.454).

O primeiro diretor, Dr. Brock Chisholm, do Canadá, ficou no cargo de 1948 a 1953. A OMS teve como o segundo diretor geral, de 1953 a 1973, portanto por 20 anos, o Dr. Marcolino G. Candau. Por se tratar de um brasileiro, nos sentimos instigados em saber quais teriam sido as suas contribuições. Encontramos na fala de Finkelman (2002) que muitos de seus pronunciamentos referiam-se à associação entre urbanização intensa, pobreza e doença.

Matta (2005) nos conta que, a partir de 1973, houve a primeira revisão da política da OMS relacionada com a sua influência sobre os países-membros. Na ocasião da 26ª Assembléia Mundial de Saúde, o grupo executivo¹¹ apresentou um relatório com a conclusão que havia uma grande insatisfação com os sistemas de saúde. A Assembléia decidiu que a OMS deveria, mais do que assistir, contribuir com seus países-membros no desenvolvimento de normas práticas para os sistemas nacionais de saúde. Matta (2005) destaca que essa mudança de direção da OMS, que se deu com a Assembléia,

¹⁰ É a principal instância de decisão da OMS. Sua principal função é determinar a política da organização. Ela elege o diretor geral da OMS, supervisiona a política de financiamento e avalia e aprova a proposta do programa orçamentário. Da mesma forma, avalia e considera o relatório do grupo executivo, que por sua vez, tem como principais funções efetivar as decisões e políticas determinadas pela assembléia. (Matta, 2005, p.376).

¹¹ É composto por 32 membros tecnicamente qualificados do campo da saúde, eleitos pelo período de três anos. As principais funções são efetivar as decisões e políticas determinadas pela assembléia, instituí-la e, de forma geral, facilitar o trabalho (Matta, 2005, p.377).

ficou marcada pela saída do brasileiro e a eleição do dinamarquês Halfdan Mahler (1973-1988), seu assistente, que dirigia o Projeto de Análise de Sistemas de Saúde.

Foi em seu mandato, com o projeto intitulado Saúde para Todos no Ano 2000, que ocorreu uma nova política da OMS, lançada em 1978 na Conferência de Alma-Ata. Em parceria com a OMS e o UNICEF, a Declaração sobre Cuidados Primários em Saúde, documento resultante dessa Conferência, foi adotada como carro-chefe dessa nova política.

Ainda segundo Matta (2005, p.379), este teria sido, talvez, o momento mais influente politicamente da OMS no cenário internacional, juntamente com a erradicação da varíola e do controle da poliomielite no mundo.

Nesse momento histórico para a saúde pública mundial, a OMS atinge o apogeu de sua influência internacional, convocando os sistemas de saúde em todo o mundo a redirecionarem sua política para a saúde como um direito humano, devendo ser construída por políticas sociais e econômicas que reduzam a desigualdade e que permitam a participação social.

Com a mudança do enfoque estritamente voltado à doença para uma orientação ampla sobre as causas econômicas e sociais do adoecer, a OMS deixa de se apresentar como puramente técnica, e passa a influir nos direcionamentos das políticas sociais, enfatizando valores como direito à saúde, participação social e equidade no acesso aos recursos. Sua principal influência foi na adoção de políticas que diminuíssem as desigualdades sociais e a diferença entre países ricos e pobres.

Matta (2005) afirma que não foi ao acaso que a Conferência ocorreu em Alma-Ata, em território soviético, em plena Guerra Fria, na qual boa parte do orçamento dos países desenvolvidos foi gasta com armamentos e equipamentos bélicos. Assim, a OMS e o UNICEF, anfitriões do evento, deixam a mensagem política bem clara.

O gestor Halfden Mahler (1973-1988) conseguiu transmitir a necessidade de se estabelecer um pacto mundial para a saúde, juntamente com o UNICEF. Porém, as indústrias, os grupos econômicos e os países membros iniciaram pressões sobre a OMS. Exemplo disso é que os EUA combateram veementemente a distribuição de medicamentos essenciais, pois eles detinham 11 das 18 maiores companhias

farmacêuticas, e a OMS defendia a auto-sustentação dos países em desenvolvimento em relação a esses itens.

Por essas e outras razões, e pressões políticas e econômicas, o sucesso do *Saúde Para Todos* ficou comprometido, e alguns elementos fundamentais foram duramente atacados.

Enfim, Matta (2005, p.381-382) conclui que:

O não cumprimento das metas propostas em Alma-Ata não foi resultante da incapacidade gerencial da OMS em monitorar o processo, estimular pactos e apoiar e orientar os países em ações estratégicas, mas, sim, da complexidade da conjuntura política e econômica da década de 1980 e da incompetência dos sistemas nacionais de saúde em conduzir, adaptar e aplicar as orientações de Alma-Ata.

Em 1988, Dr. Mahler foi substituído por Dr. Hiroshi Nakajima, do Japão, e com ele houve um recuo dos debates importantes contra os interesses dominantes da indústria da saúde e um retorno a ações centradas na doença.

O receio era a volta dos consensos médicos-tecnológicos, temia-se a falta de visão e liderança. Com a sua gestão e os acontecimentos nas políticas internacionais de saúde, ou seja, o UNICEF e o Banco Mundial disputando a liderança de um campo que sempre foi dominado pela OMS, a mesma inicia uma crise não apenas política, mas principalmente de identidade.

Como contexto histórico, cabe destacar que em 1989 houve uma reunião na capital dos Estados Unidos, convocada pelo *Institute for International Economics*, sob o título *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?*, na qual participaram funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados – FMI, Banco Mundial e BID – especializados em assuntos latino-americanos, cujo objetivo “era proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da região” (BATISTA, 1999, p.11). Participaram também vários economistas latino-americanos para relatar a experiência de seus países.

Segundo Batista (1999, p.11), “Às conclusões dessa reunião é que se daria, subseqüentemente, a denominação informal de ‘Consenso de Washington’”. O autor relata ainda que,

Embora com formato acadêmico e sem caráter deliberativo, o encontro propiciaria oportunidade para coordenar ações por parte de entidades com importante papel nessas reformas. Por isso mesmo, não obstante sua natureza informal, acabaria por se revestir de significação simbólica, maior que a de muitas reuniões oficiais no âmbito dos foros multilaterais regionais.

Batista (1999, p.11) destacou que a importância do Consenso de Washington estava em reunir, “num conjunto integrado, elementos antes esparsos e oriundos de fontes diversas, às vezes diretamente do governo norte-americano, outras vezes de suas agências, do FMI ou do Banco Mundial.”

Portanto, os consensos tão temidos não aconteciam somente no âmbito das políticas de saúde, aconteciam, também, nas políticas econômicas.

Enfim, ainda no contexto das políticas de saúde, aconteceram grandes discussões para reestruturar a OMS: passou-se a questionar o que a OMS devia fazer, se devia normatizar ações e políticas em todo o mundo. E é nesse contexto que em 1998 a OMS passa a ser presidida por uma mulher, a médica e ex-primeira ministra Gro Harlem Brundtland, da Noruega, que tenta levar a OMS a resgatar sua hegemonia.

Segundo Matta (2005) sua posse foi marcada por promessas de mudanças na política interna e externa na OMS e pelo apoio de organizações como a Fundação Rockefeller. Ela deixou claro para a comunidade dos países-membros que compõem a Assembléia Mundial de Saúde, que a sua gestão teria prioridades e que iria exercer sua liderança técnica e política sobre a oferta de idéias para os sistemas nacionais de saúde. Porém, recebeu críticas severas em função das parcerias com instituições privadas, indústrias farmacêuticas e com a Organização Mundial do Comércio (OMC). Disse a Dr^a Brundtland ao assumir a direção da OMS:

Qual a nossa principal missão? Eu vejo a OMS como sendo a voz moral e o líder técnico no desenvolvimento da saúde das pessoas no mundo. Pronta e apta a dar orientação sobre assuntos-chave que podem desencadear o desenvolvimento e minimizar o sofrimento. Eu vejo que nossa proposta é combater a doença e o mal-estar – promovendo sistemas de saúde sustentáveis e equânimes em todos os países (MATTA, 2005, p.389).

Esse discurso já deixava entrever que a OMS sob nova direção empreenderia esforços no sentido de colocar mais ênfase no aconselhamento sobre as políticas de saúde que se referem à configuração dos sistemas de saúde (MATTOS, 2001, p. 387).

Houve um esforço da OMS em assumir um lugar mais proeminente no debate acerca das reformas e reestruturações dos sistemas de saúde.

Enfim, apesar das críticas, a maioria dos autores, segundo Matta, apontou essa gestão como importante, embora curta, pois reaproximou a OMS do debate da saúde internacional. Retomou o crédito, a confiança da comunidade internacional de doadores e, principalmente, destacou na agenda da OMS a necessidade do ajuste político e estrutural para que as transformações de um mundo globalizado fossem acompanhadas e consideradas.

Atualmente a direção geral da OMS é do Dr. Lee Jong-Wook nomeado em 28/01/03, assumindo oficialmente em 21/07/03¹².

3.3 Sobre a OPAS

O escritório regional das Américas (OPAS, 2002, *apud* Hirschfeld e Oguisso, 2002, p.454) nasceu a partir de uma resolução da IIª Conferência Internacional dos Estados Americanos, realizada no México, em janeiro de 1902, que recomendou “celebrar uma convenção geral de representantes dos escritórios de saúde das repúblicas americanas”.

Essa convenção reuniu-se em Washington, DC, de 2 a 4 de dezembro de 1902, e estabeleceu um conselho diretivo permanente, chamado Oficina Sanitária Internacional, posteriormente, **Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP)**, precursora da atual **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)**. Em 1924, o código Sanitário Pan-Americano, firmado em Havana, e ratificado pelos governos de 21 repúblicas americanas, conferiu à Oficina Sanitária Pan-Americana funções mais amplas como órgão coordenador central de atividades sanitárias internacionais nas Américas. Em 1949, essa **Oficina Sanitária Pan-Americana** e a Organização Mundial de Saúde firmaram um acordo a partir do qual a OSP passaria a servir também como escritório regional da OMS para as Américas. Assim é que no preâmbulo da Constituição da atual Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), se afirma que a OSP é o órgão executivo da OPAS, ao mesmo tempo em que cumpre as funções de escritório regional

¹² Disponível em www.opas.org.br/pwr/. Acesso em 25/02/06. Observamos também que enquanto a versão final deste trabalho era concluída, o Diretor Geral da OMS veio a falecer em pleno exercício de suas funções.

da OMS. Portanto, em 2002, quando completou o seu primeiro centenário, firmou-se como a mais antiga organização de saúde no mundo e cumpre o seu papel na promoção e coordenação dos esforços dos países da região das três Américas, tendo como missão combater as doenças, prolongar a vida e melhorar o bem-estar físico e mental de todos os seus povos, ou seja, a função da OPAS deixou de ser apenas o controle das endemias e passou a englobar também o acesso às ferramentas necessárias à promoção e à recuperação da saúde. Segundo Noronha (s/d), podemos identificar três grupos de fatores que levaram à criação da OSP em 1902: o aumento do comércio entre os países das Américas, o desenvolvimento científico e o espírito humanitário.

A maré que levou à criação da Organização Mundial da Saúde beneficiou a Organização Pan-Americana da Saúde com o vento libertário na era das políticas de bem-estar social. Esta última começa a adotar entre seus princípios a idéia do conceito universal de saúde.

A OPAS¹³, mesmo tendo se transformado num escritório da OMS para as Américas, preservou sua independência, e liderou um movimento de auto-afirmação dos países latino-americanos. Progressivamente, os países da América Latina tornam-se participantes do progresso, ao invés de meros recebedores da ação beneficente e sanitária dos Estados Unidos.

Já sob a direção de George Alleyne, no ano 2000¹⁴, a OPAS estabelece as onze funções essenciais de saúde pública¹⁵, são elas: o Monitoramento e análise da situação da saúde; Vigilância e investigação de riscos em saúde pública; Promoção da Saúde; Participação social dos cidadãos; Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde; Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização; Avaliação e promoção do acesso eqüitativo em

¹³Assim como na OMS, também a OPAS contou com um brasileiro, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, como diretor geral, por três mandatos sucessivos, de 1983 a 1995. Ele dizia que a saúde não é apenas resultado do progresso sócio-econômico, mas também uma condição necessária para este progresso. O Brasil, mais uma vez, consolida seu papel e influência para a saúde das Américas e do mundo. O livro: Caminhos da Saúde Pública no Brasil, organizado por Jacobo Finkelman é um documento que registra as relações da OPAS com o nosso país nos últimos cem anos (Finkelman, 2002). Disponível em www.opas.org.br/coletiva. Acesso em 26/ 06/ 05.

¹⁴ Em setembro de 2000, durante a sessão do Conselho Diretivo da OPAS, foi aprovada a Resolução 42/18, na qual os países-membros da região das Américas se comprometeram a participar do exercício regional de medição de desempenho das Fesp (Funções Essenciais da Saúde Pública) e a utilizar os resultados para elaborar Planos de Desenvolvimento Institucional para melhorar a prática da saúde pública (Finkelman, 2002, p.299).

¹⁵ Ver a explicação de cada uma delas em Finkelman, op.cit.

saúde; Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação; Garantia da qualidade dos serviços de saúde individual e coletiva; Investigação em saúde pública; e Redução do impacto de emergências em desastres.

Segundo Noronha (ABRASCO, 2001), hoje, com as novas epidemias, o uso das drogas, o trauma e, mais recentemente, a partir dos acontecimentos de 11 de setembro de 2001, as ameaças de bioterrorismo, faz com que a responsabilidade da Organização Pan-Americana da Saúde no cumprimento dessas onze funções essenciais seja absolutamente central.

CAPÍTULO IV

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de Promoção da Saúde, segundo Ferraz (1998, p.51), acompanha a própria evolução do conceito de saúde-doença. Esta autora, citando Terris, destaca que a Promoção da Saúde foi utilizada pela primeira vez em 1946, pelo historiador médico Henry Sigerist, que definiu quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Ele afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos.

Na verdade, é fundamental salientar que o desenvolvimento da Promoção da Saúde se inicia com uma mudança do conceito de saúde, ocorrida nos últimos quarenta anos, a partir de uma crise no paradigma biomédico. Assim, ao se tratar de Promoção da Saúde não se ressalta somente a cobertura e acesso aos serviços de saúde, mas, antes, às inter-relações com a equidade social (BAGRICHEVSKY, PALMA; ESTEVÃO, 2003, p.25).

Noack (*apud* Ferraz, 1998, p.50) cita que os conceitos de doença, cuidados médicos, saúde e Promoção da Saúde não existem em um vazio sociocultural, institucional e político. Ao contrário, refletem os valores, crenças, conhecimentos e práticas aceitas pelo conjunto da sociedade. Nos últimos 100 anos, a saúde vem sendo definida mundialmente em termos de ausência de doenças em consequência do acúmulo e do avanço de uma imensa produção de conhecimento médico e tecnológico que consolidou uma referência paradigmática biotecnológica. Ferraz considera que assistimos a uma verdadeira crise paradigmática da saúde, e cita a observação de Noack (1987, *apud* Ferraz, 1998): como inúmeros autores analisam, estamos assistindo ao início de um movimento que caminha de um estágio da ciência biomédica normal para o estágio de uma perspectiva global, o paradigma sócio-ecológico, que pode substituir o paradigma biológico, porém de maneira a integrá-lo.

Ele considera, ainda, que enquanto a “promoção” da saúde está relacionada com os aspectos globais da comunidade, tendo maior expressividade fora da prática médica, a “prevenção” das doenças é uma atividade eminentemente médica; principalmente onde indivíduos de alto risco podem ser identificados e colocados sob cuidados preventivos especiais.

A incorporação da importância do impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais provocou a transformação do conceito de educação sanitária no de Promoção de Saúde (FERRAZ,1998).

Buss (2003, p.18) esclarece que com a segunda revolução epidemiológica, o movimento da prevenção das doenças crônicas, a Promoção da Saúde passou a associar-se a medidas preventivas, sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias.

As diversas conceituações disponíveis para a Promoção da Saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos: no primeiro deles, as atividades são dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das ‘culturas’ da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de Promoção da Saúde tendem a se concentrar em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos (BUSS, 2003, p.18). São exemplos: o aleitamento materno, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito etc. O que, entretanto, vem caracterizar a Promoção da Saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é um produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo,

por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*¹⁶).

Decorridos cerca de 40 anos, as recomendações feitas por Sigerist (em 1946) vieram a ser reiteradas pela *Carta de Ottawa* em 1986, como veremos adiante. Antes, porém, é importante destacar o *impacto do relatório canadense Lalonde*¹⁷ publicado pelo governo em 1974: *A new perspective on the health of Canadians* que Ferraz (1998, p.53) nos apresenta em parte. Esta foi a primeira declaração teórica abrangente no âmbito da saúde pública, como resultado do desenvolvimento da epidemiologia das doenças não-transmissíveis. Este relatório pode ser considerado internacionalmente como um marco histórico, na medida em que pela primeira vez se questionou oficialmente o impacto real para a saúde dos gastos excessivos com a organização dos cuidados médicos. A orientação preventiva do relatório (Ferraz, 1998, p.53) é clara, ao afirmar que:

Até o presente momento a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde enfatiza a organização dos cuidados médicos, apesar de termos identificado nas primeiras causas de mortalidade razões baseadas em três conceitos: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Parece-nos evidente, portanto, que vultuosas somas de dinheiro estão sendo gastas erroneamente somente para tratar as enfermidades e não preveni-las efetivamente.

Foram cinco as estratégias que Lalonde propôs para atingir seus objetivos: Promoção da Saúde; regulamentação; investigação; cuidado eficiente e estabelecimento de objetivos.

Segundo Ferraz (1998, p.53), apesar da visão eminentemente preventiva do informe Lalonde, ele significou um avanço na política de saúde, em termos de compreensão e incorporação das ações intersetoriais que independem do sistema de cuidados de saúde, e diz que Hancock e Perkins denominam “sistema de doença”. Estava, assim, trilhado o caminho que culminou com as recomendações da *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*, em 1986.

¹⁶ Participação Comunitária e Empoderamento. Disponível em www.opas.org.br/coletiva/temas. Segundo Carvalho (2004), “a carência de um embasamento teórico consistente e as múltiplas interpretações sobre essa noção na literatura são elementos que dificultam a utilização desse conceito no campo da saúde, e que demanda um pensamento crítico, que adjective e esclareça o significado do mesmo”.

¹⁷ Marc Lalonde, eminente epidemiólogo canadense, quando Ministro da Saúde de seu país, criticou o estabelecimento de prioridades a partir somente de estatísticas de mortalidade que ele chama de “anos potencialmente perdidos” (Ferraz, 1998, p.52).

As discussões sobre a Promoção da Saúde nessa perspectiva foram iniciadas a partir da década de 70 e consolidadas na Carta de Ottawa, referência, tanto do ponto de vista conceitual, quanto de princípios.

Este documento foi o produto final da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 21 de novembro de 1986, em Ottawa, Canadá. Essa reunião retomou e absorveu o sentido e as determinações de Alma Ata:

Saúde para Todos no Ano 2000”, formalizando uma declaração de princípios que demanda uma nova visão em saúde pública, cuja abordagem norteia caminhos pelos quais população, grupos e indivíduos no exercício da cidadania deverão seguir atuando e participando ativamente das políticas públicas do setor (MELLO *et al.* 1999, p.3).

Na realidade, o conceito de Promoção de Saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 20 anos. Inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter mais conceitual e resultados de pesquisa têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas nesta área (BUSS, 2003).

Segue no Quadro 2 a cronologia do desenvolvimento do campo da Promoção da Saúde elaborado por Buss (2003), que contribui para uma visão geral:

Quadro 2: Cronologia dos principais acontecimentos da promoção da saúde

| ANO | ACONTECIMENTOS |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1974 | Informe Lalonde: uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses/A New Perspective on the Health of Canadians |
| 1976 | Prevenção e Saúde: interesse para todos, DHSS (Grã-Bretanha) |
| 1977 | Saúde para todos no ano 2000 – 30ª Assembléia Mundial de Saúde |
| 1978 | Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata |
| 1979 | População Saudável / <i>Healthy People: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention</i> . US-DHEW (EUA) |
| 1980 | Relatório <i>negro</i> (grifo nosso) sobre as desigualdades em saúde / <i>Black report on inequities in health</i> , DHSS (Grã-Bretanha) |
| 1984 | Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá |
| 1985 | Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 metas para a saúde na região europeia |
| 1986 | Alcançando Saúde para Todos: um marco de referência para a promoção da saúde / <i>Achieving Health for All: a framework for health promotion</i> – Informe do Ministério da Saúde do Canadá, Min. Jack Epp |
| 1986 | Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá) |
| 1986 | Promoção da Saúde: estratégias para a ação – 77ª Conferência Anual da Associação Canadense de Saúde Pública |
| 1987 | Lançamento pela OMS do projeto Cidades Saudáveis |
| 1988 | Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália) |
| 1988 | De Alma-Ata ao ano 2000: reflexões no meio do caminho – Reunião Internacional promovida pela OMS em Riga (URSS) |
| 1989 | Uma Chamada para a Ação / <i>A call for Action</i> – Documento da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento |
| 1990 | Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova Iorque) |
| 1991 | Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde |
| 1992 | Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e desenvolvimento (Rio 92) |
| 1992 | Declaração de Santafé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia) |
| 1993 | Carta do Caribe para a promoção da saúde – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago) |
| 1993 | Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena) |
| 1994 | Conferência das Nações Unidas sobre Populações e Desenvolvimento (Cairo) |
| 1995 | Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague) |
| 1996 | Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos (Habitat II) (Istambul) |
| 1996 | Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma) |
| 1997 | Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI em diante – IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Jacarta) |
| 2000 | V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México) |

Fonte: Buss (2003)

Buss (2003), ao examinar a contribuição das conferências internacionais para o desenvolvimento do conceito de promoção da saúde, constata que partindo de uma

concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. E ainda, para além das motivações ideológicas e políticas dos seus principais formuladores, presentes nas conferências, a Promoção da Saúde surge, certamente, como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde.

Decorridos vinte anos da divulgação da Carta de Ottawa, um dos documentos fundadores do movimento atual da Promoção da Saúde, este termo está associado inicialmente a um ‘conjunto de valores’: vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma ‘combinação de estratégias’: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a idéia de ‘responsabilização múltipla’, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2003).

A complexidade do tema colabora para as suas confusões conceituais. Muita confusão é feita na utilização dos termos “Promoção da Saúde”, “educação em saúde” e “prevenção da doença” (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003, p.27).

A falta de entendimento ocorreu devido ao surgimento de duas correntes, cada qual privilegiando uma dimensão da Promoção da Saúde. Uma delas, localizada principalmente nos Estados Unidos, privilegiou as mudanças de comportamentos ou estilos de vida, mediante intervenções mais individualizadas. Uma segunda defendia uma ação sócio-política que envolvesse mais aos atores sociais e transcendesse o setor saúde, a qual se localizava mais na Europa e Canadá (RESTREPO, 2001, *apud* BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003, p.27).

Não é somente na área da Educação Física que há confusão de interpretação do conceito, na Saúde Pública também há. Em seu artigo: “Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas”, Ferraz (1998, p.21) afirma que:

esta confusão tem origem nas diferentes concepções das teorias e causas das doenças e, obviamente, no conceito de saúde delas derivado. E que a incorporação da importância do impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais provocou a transformação do conceito de educação sanitária no de Promoção de Saúde. A partir da segunda metade dos anos 70, numerosos estudos norte-americanos favorecem a elaboração da autocrítica da educação sanitária baseada na noção psicossocial de mudanças de hábitos de vida individuais. Em consequência, houve uma progressiva ampliação do conceito de educação sanitária que contribuiu para a transformação desta em uma nova visão de promoção de saúde na América do Norte. Na realidade, assistimos na atualidade a uma crise paradigmática que se reflete em todas as áreas do conhecimento humano.

Stachtchenko e Jenicek (*Apud* FERRAZ, 1998) consideram que as noções de promoção da saúde e prevenção das doenças estão de fato baseadas em paradigmas diferentes. A prevenção se baseia, a maior parte do tempo, sobre a concepção de risco ou probabilidade de se tornar doente, e os estudos clínicos e as intervenções visam em geral a grupos restritos. Por outro lado, a noção de promoção à saúde se preocupa mais freqüentemente com os múltiplos aspectos ligados a estilos de vida, e os programas são baseados na educação que visa à mudança de hábitos individuais, como a redução do uso de álcool e cigarro, o exercício, a mudança de alimentação, o controle do estresse etc. Sabemos, porém, que do ponto de vista operacional é bastante difícil separar estas duas noções, principalmente nos países subdesenvolvidos.

Czeresnia (2003, p.40) colabora discorrendo sobre a diferença entre dois conceitos fundamentais: Prevenção e Promoção, e afirma que:

Independente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais. (...) Defende o ponto de vista de que as dificuldades em se distinguir essa diferença estão relacionadas a uma questão nuclear à própria emergência da medicina moderna e da saúde pública. O desenvolvimento da racionalidade científica, em geral, e da medicina, em particular, exerceu significativo poder no sentido de construir representações da realidade, desconsiderando um aspecto fundamental: o limite dos conceitos na relação com o real, em particular para a questão da saúde, o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer.

O termo “prevenir” tem o significado de “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle de transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

‘Promover’ tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar. Promoção da Saúde define-se, pois, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial.

Os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde – doença, transmissão e risco – cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. Isto pode gerar confusão e indiferenciação entre as práticas, em especial porque a radicalidade da diferença entre prevenção e promoção raramente é afirmada e/ou exercida de modo explícito.

Em setembro do ano 2000, a OPAS lançou a Iniciativa Saúde Pública na Região das Américas, como uma resposta orientada a fortalecer o papel das autoridades sanitárias no exercício das Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp). Esta iniciativa teve como objetivo melhorar as práticas em saúde pública com base na medição das Fesp. A Promoção da Saúde é a Fesp 3. “O uso das Fesp oferece aos países uma excelente oportunidade para renovar os conceitos da saúde pública e refletir sobre as práticas institucionais” (FINKELMAN, 2002, p. 299).

Quando às Fesp, foram medidas no Brasil pelos mais altos e qualificados dirigentes do SUS, da Comunidade Acadêmica e Organismos Colegiados, sendo os resultados classificados em três grupos distintos: com desempenho alto; com desempenho médio alto; e com desempenho médio baixo. A Promoção da Saúde ficou

no segundo grupo, ou seja, com desempenho médio alto, nesta ordem: Fesp 4, Fesp 2, Fesp 3 e Fesp 5; isso quer dizer que:

Estas funções apresentam grandes pontos fortes e uma capacidade potencial de superação de obstáculos com relação à planificação e gestão dos processos de saúde coletiva. Identificaram-se possibilidades de melhoria na capacidade e uso da rede de laboratórios de saúde pública; na capacidade e uso da epidemiologia, demografia e enfoques de promoção da saúde na autoridade sanitária estatal em apoio aos planos regionais de saúde; e a potencialidade de gerar mudanças, o desenvolvimento da capacidade e competência dos sistemas de saúde pública, em especial no nível das Secretarias Estatais de saúde. (FINKELMAN, 2002, p.309)

Percebemos, mais uma vez, o quão complexo, abrangente e importante é o conceito de Promoção da Saúde e o seu uso requer propriedade.

A Promoção da Saúde reinaugura o debate de que a saúde não é um análogo inverso à doença, mas um conceito a ser socialmente construído e a servir de base para o trabalho do setor e a sociedade em seu conjunto. (FINKELMAN, 2002, p.)

Finkelman (2002, p.293), ainda informa que, do ponto de vista legal e normativo, a Promoção da Saúde faz parte do elenco de responsabilidades do Estado, enunciadas na conceitualização de saúde, nos princípios e diretrizes organizacionais do SUS, que contemplam a participação comunitária e a integralidade do sistema, com gestão descentralizada, e apontam para a intersetorialidade. Mas que, apesar dos princípios e diretrizes da Promoção da Saúde estarem enunciados nas formulações jurídico-políticas da Política Nacional de Saúde, ainda não existe no Brasil uma política explícita, formalizada e instituída, que compreenda todas as dimensões da Promoção da Saúde. Campos (2006, p.2), afirma que:

Para falar da promoção da saúde no Brasil é indissociável da reflexão sobre a criação e a luta contínua que travamos pela melhoria do Sistema Único de Saúde. Falar da promoção da saúde no Brasil é também indissociável do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas.

Sendo a Promoção da Saúde um campo teórico-prático-político composto pelos conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária, projeta-se como uma

política que se propõe percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, perpassando por todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Essa política deve mudar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde, da doença para os indivíduos em sua possibilidade e potencialidade de criar a própria vida, focalizando no crescimento da autonomia durante o processo do cuidado à saúde.

Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde –, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo (CAMPOS, 2006, p. 2).

Argumenta ainda que essa política deve ser transversal, que faça a articulação e a integração das diversas áreas técnicas especializadas, dos diversos níveis de complexidade e das várias políticas específicas de saúde.

No dia onze de agosto de 2005 aconteceu a sexta Conferência Global sobre a Promoção da Saúde, co-sediada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde Pública da Tailândia, na qual representantes de mais de 100 países e mais de 700 participantes, incluindo importantes especialistas em Promoção da Saúde, criadores de políticas públicas, organizações não governamentais, especialistas em saúde e representantes do setor privado discutiram, desenvolveram e adotaram uma nova carta para a Promoção da Saúde, a Carta de Bangkok. O que significa, em linhas gerais, uma nova agenda para o setor saúde, ao substituir (sem desconsiderá-la e sim reforçá-la) a Carta de Ottawa de 1986, que estabeleceu os princípios básicos da Promoção da Saúde, buscando identificar e afetar positivamente as causas iniciais, ou determinantes da saúde.

A Carta de Bangkok identifica os principais desafios, ações e compromissos necessários para atender as necessidades de saúde num mundo globalizado, encarregando os muitos agentes como elementos críticos para a obtenção de saúde para todos. Ela dá uma nova direção à Promoção da Saúde ao clamar por políticas coerentes, investimento e parcerias entre governos, organismos internacionais, sociedade civil e o setor privado trabalhando no sentido de atingir quatro compromissos básicos: garantir que a Promoção da Saúde figure na agenda global de desenvolvimento; que seja uma responsabilidade básica de todos os governos e parte da boa prática corporativa; assim como foco nas iniciativas da comunidade; e da sociedade civil. O Desafio da Carta de Bangkok tem sido determinar a melhor abordagem para as muitas mudanças globais e tendências que estão afetando criticamente a saúde e o bem estar e como desenvolver estratégias para trabalhar essas discrepâncias e ser mais relevante para atender as demandas do novo milênio¹⁸.

No seu discurso de abertura na conferência, disse Lee Jong-wook, diretor geral da Organização Mundial da Saúde:

A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde será o produto de muitas organizações, redes, grupos e indivíduos em vários países. Ela instigará os tomadores de decisões a trabalharem juntos numa parceria global para atingir os compromissos e levar a cabo as estratégias. As ações tomadas à luz desta carta podem melhorar radicalmente as perspectivas de saúde em países e comunidades ao redor do mundo.

Diante desse contexto, como a Educação Física vai se posicionar para contribuir efetivamente para a Promoção da Saúde?

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. No Documento Preliminar sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde¹⁹ foi destacado o Pacto de defesa da Vida, que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar

¹⁸ Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde – Disponível em www.conasems.org.br. Acesso em 28/08/05.

¹⁹ Datado em 12/ 01/ 2006. Foi enviado para a Tripartite para discussão e deve ser publicado em fevereiro ou março de 2006, segundo informações da responsável técnica que nos enviou por e-mail uma cópia do documento.

prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

O documento, na sua introdução, feita pelo senhor Ministro da Saúde Saraiva Felipo, destaca que dentre as macro-prioridades do Pacto em defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; A Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Novamente a atividade física ganha um grande destaque, cabe a nós, da área da Educação Física, reconhecermos a importância do nosso trabalho. Mas, no nosso entendimento, para que possamos atingir os objetivos e as metas em conjunto com o que foi e está sendo determinado em nível mundial, através das conferências internacionais de Promoção da Saúde, devemos ampliar o nosso escopo e nos apropriarmos definitivamente do que está, há algum tempo e agora reforçado na Carta de Bangkok e neste documento do Ministério da Saúde:

A Promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere viabilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2006, p.9).

CAPÍTULO V

SOBRE A CARTA E AS DECLARAÇÕES INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA A EDUCAÇÃO FÍSICA BRASILEIRA

Neste capítulo traremos os dados obtidos na análise dos documentos, discutidos em articulação com o referencial teórico já exposto anteriormente e com outros autores do campo da Educação Física e da Saúde.

De todas as possibilidades de discussão, como poderá ser visto na lista de quadros que se encontram em anexo, preferimos destacar alguns aspectos que julgamos mais importantes para compreensão dos poderes envolvidos na formulação das propostas de Promoção da Saúde, bem como a distância que a Educação Física ainda se encontra dessas propostas.

Ficou evidente, no contexto geral das conferências, que as questões são discutidas em âmbito político-social. Portanto, para discutirmos Promoção da Saúde devemos levar em consideração, principalmente, o contexto social de cada país, região, comunidade, família e indivíduo. E que cabe aos governantes colocarem a Promoção da Saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais e internacionais. A Saúde como objetivo social fundamental está pautada num tripé: participação comunitária, cooperação entre os diversos setores da sociedade e cuidados primários de saúde. Mudanças em direção a novas políticas de saúde devem reafirmar a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde, assim como a defesa da saúde e a mediação política como processos indispensáveis para alcançá-la.

Encontramos, também, uma abordagem sócio-ecológica da saúde, que consiste num princípio geral orientador para o mundo, às nações, às regiões e até mesmo às comunidades, encorajando a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural. As diferentes dimensões: física, social, espiritual, econômica e política estão intrinsecamente ligadas em uma interação

dinâmica e as ações precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para assim poderem encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis.

A conclusão a que chegaram na Conferência de Sundsvall é que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Concluíram que desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde ao mesmo tempo em que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente. Portanto, foi constatado que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como *uma importante dimensão da qualidade de vida*. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. E que os governos e os setores sociais que concentram recursos são igualmente responsáveis, perante os cidadãos, quanto às conseqüências das suas decisões políticas, ou pela falta delas, sobre a saúde das populações.

Com a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, o conceito de saúde ampliou-se, abrangeu as dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais, e reconheceu que a Promoção da Saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde, e sim que se constitui numa atividade essencialmente intersetorial. Para Carvalho (1996, *apud* BECKER, 2001, p. 117),

o conceito de Promoção da Saúde passa a ser a espinha dorsal da nova Saúde Pública e é definido pela primeira vez em termos de políticas e estratégias, representando um avanço em relação à retórica genérica da Conferência de Alma-Ata (1977), que estabeleceu a consigna '*Saúde Para Todos Até o Ano 2000*', através da expansão da atenção primária.

Na Carta de Ottawa estão presentes as cinco estratégias de ação propostas para a Promoção da Saúde, são elas: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos serviços de saúde.

Estas ações combinadas são mais eficazes que métodos centrados em um só campo e deixam claro que a Promoção da Saúde é de grande amplitude e cujas características a situam no domínio da ação intersetorial.

O Informe LaLonde, em 1974, trouxe como marco inicial da moderna Promoção da Saúde no Canadá o modelo de “Campo de Saúde” composto por quatro categorias:

- Biologia Humana – que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- Ambiente – agrupa os fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle;
- Estilos de vida – o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere, por exemplo, a suas atividades de lazer e alimentação, estando, portanto parcialmente sob seu controle;
- Organização da Atenção à Saúde – disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde. (BUSS, *apud* CZERESNIA e FREITAS 2003, p.22).

No campo da Atividade física relacionada à saúde, *estilo de vida* vem figurando como categoria central, como principal alvo das formulações teóricas e ações da área (MATIELLO JÚNIOR e GONÇALVES, 2003). Contudo, torna-se fácil notar que há outros elementos, mencionados acima, que são até propositadamente desconsiderados, causando, ao nosso ver, um descolamento da realidade e a individualização da busca pela saúde.

Em nossas análises, fizemos uma contagem de quantas vezes o termo estilo de vida aparece nos documentos internacionais, em comparação com outros termos. Mesmo se tratando de uma descrição preliminar, já é possível perceber que a ênfase dada ao estilo de vida nesses documentos, através deste termo, é bastante baixa, o que pode denotar a relativização de sua importância na Promoção da Saúde, ao menos em comparação a outros aspectos considerados. Isso também demonstra o quanto a Atividade Física relacionada à Saúde perde com sua aposta quase que exclusiva na categoria estilo de vida.

Outra de nossas providências foi localizar no DeCS²⁰ (Descritor Científico) a forma como estilo de vida é apresentada: “O estilo ou modo típico de viver que caracteriza um indivíduo ou grupo”. Também buscamos elementos em documento da OPAS:

²⁰ <http://decs.bvs.br/>

A forma como as pessoas vivem, as escolhas que fazem, é parte do que chamamos estilo de vida. Dizemos parte porque algumas das opções que fazemos estão relacionadas com o contexto no qual vivemos, com a cultura de nossa região, com os hábitos que são adquiridos nos ambientes, familiar e social, e com o conhecimento acumulado sobre saúde que se dispõem determinados momentos. Falar em estilos de vida é o mesmo que falar em como o sujeito se relaciona com ele mesmo, com os outros e com a natureza. Construir uma vida saudável implica em adotar certos hábitos – como é o caso da atividade física e da alimentação saudável – enfrentar condições ou situações adversas; e também estabelecer relações afetivas solidárias e cidadãs, adotando uma postura de ser e estar no mundo com o objetivo de bem viver. (OPAS, 2005)

Em nossas análises, quando citações como esta última chegam ao conhecimento da Atividade física relacionada à saúde, elas possibilitam a afirmação de um tratamento parcial da realidade. Ou seja, há uma tendência ao isolamento da atividade física como objeto de transformação das condições de saúde das pessoas, sem que sejam explicadas as determinações dos contextos sociais e políticos que limitam as potencialidades na relação consigo mesmos, com outros e com a natureza.

No artigo “Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!” BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA (2004) apontam e comentam sobre as forças que podem estar agindo no sentido contrário à inserção e ao desenvolvimento da Promoção da Saúde, são elas: o modelo biomédico, a estrutura dos relacionamentos, a estrutura do governo, os meios de comunicação e a própria cultura medicalizada da população. Carvalho (2003, *apud* BYDLOWSKI, WESTPHAL, PEREIRA, 2004, p.17-18) dizem que, para termos uma política de saúde orientada para a Promoção da Saúde:

É necessário, inicialmente, assumir o processo da Promoção da Saúde como uma mudança de enfoque, conceito e formas de atuar, com intuito de vencer a fragmentação e a hiperespecialização hoje existentes no mundo ocidental, isto é, todas as áreas de conhecimento se especializando cada vez mais no entendimento do infinitamente pequeno, e que, apesar de esforços de algumas áreas de conhecimento, a cultura científica ainda permanece distante das humanidades, e minimizar esta distância para que elas caminhem na mesma direção, contestando e rompendo barreiras, progredindo para a sustentabilidade planetária, deve ser o propósito da sociedade.

E para o desenvolvimento da sociedade é necessário um trabalho conjunto da população, dos governos, das instituições privadas, das universidades, etc. Uma das estratégias propostas pela Promoção da Saúde é a participação da população não só na elaboração de políticas públicas favoráveis, mas também nos processos de decisão. Essa participação fundamenta-se no exercício da cidadania tendo, como elemento essencial, o empoderamento²¹ da população. Neste sentido, a Promoção da Saúde coloca a Educação (institucional ou não) como uma forma de desenvolver o exercício da cidadania para, desse modo, conseguir atitudes que levem à melhoria das condições de saúde e vida (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p.17 e 18).

BYDLOWSKI; WESTPHAL e PEREIRA (2004, p. 18) explicam que para que as populações passem de uma postura de submissão (estrutura dos relacionamentos, assim chamada pelas autoras, p.18), para o exercício da cidadania, requer assumir responsabilidades, exige maturidade, crescimento e competência e não só o poder de decidir.

Carvalho (2006, p.6), quando menciona a noção de “empowerment” comunitário, considera que um aspecto central dessa categoria “seja a possibilidade de que indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política”.

A Carta de Ottawa traz equidade como um dos pré-requisitos para a saúde, e afirma que:

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da Promoção da Saúde. As ações de Promoção da Saúde objetivam reduzir as diferenças no estado da saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, às experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia.

²¹ Estratégias de empoderamento da comunidade pressupõem, entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos e ou iniciativas sociais. Disponível em www.opas.org.br/coletiva/temas. Acesso em 12/ 03/ 05.

Ferreira (1986, p.675) conceitua eqüidade como: “Disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um; Sentimento de justiça avesso a um critério de julgamento ou tratamento rigoroso e estritamente legal”.

Segundo o Descritor Científico – DeCS, eqüidade implica:

- em condições de saúde, redução de diferenças evitáveis e injustas até o mínimo possível;
- em serviços de saúde, recebimento de atenção em relação a necessidade (eqüidade de acesso e uso) e contribuição na capacidade de pagamento (eqüidade financeira).

Este exercício, de verificar os termos nos documentos, nos levou à necessidade de buscar os seus conceitos, como fizemos com eqüidade. Percebemos a importância deste exercício para o entendimento do contexto dos documentos, e conseqüentemente, do conceito de Promoção da Saúde, nosso objeto de estudo. E também pelo fato que já havíamos dito anteriormente, de que a abordagem dos conceitos nos documentos não se aproxima de como a Educação Física os aborda hegemonicamente.

Fizemos então o mesmo exercício com os termos desenvolvimento e ambiente. Buscamos em Ferreira (1986) o conceito de desenvolvimento: “Estágio econômico, social e político de uma comunidade, caracterizada por altos índices de rendimento dos fatores de produção, isto é, os recursos naturais, o capital e o trabalho”.

Desenvolvimento pode ser acompanhado por adjetivos, como exemplo, trazemos o que Junqueira (2000, p. 121) considera sobre desenvolvimento sustentável, por acreditarmos que deixará mais clara a relação indissociável entre: desenvolvimento, ambiente e eqüidade. Relata que conciliar eficiência econômica, desejabilidade social e prudência ecológica seria um processo denominado desenvolvimento sustentável, porém, existem divergências, especialmente, “ao entendimento do aparente paradoxo entre crescimento econômico e meio ambiente”. Afirma que as dificuldades desse entendimento revelam-se não apenas nas incontáveis definições de desenvolvimento sustentável, mas principalmente, nas diferenças de interpretação de uma mesma

definição”. Neste caso, assumiu a expressão desenvolvimento sustentável tomando como referência o conceito de desenvolvimento de Amartya Sen:

O desenvolvimento tem que estar relacionado, sobretudo, com a melhoria da vida que levamos e das liberdades que desfrutamos. Expandir as liberdades que temos razão para valorizar não só torna nossa vida mais rica e mais desimpedida, mas também permite que sejamos seres sociais mais completos, pondo em prática nossas volições, interagindo com o mundo em que vivemos e influenciando esse mundo (SEN 2000, *apud* JUNQUEIRA, 2000, p.121).

O autor ainda nos esclarece que a Agenda 21, principal documento resultante da Eco 1992 (p.122).²²,

foi apresentada como um guia para que a humanidade caminhe em direção a um desenvolvimento socialmente justo, economicamente viável e ambientalmente sustentável”. E afirma que é fundamental que as ações humanas sejam revistas, em busca de formar novas teorias e práticas possíveis “de proporcionar um desenvolvimento com equidade e compatível com a capacidade limitada dos recursos da Terra.

Ainda, na mesma lógica, trazemos o que afirma Rigotto (2002, *apud* MINAYO, 2002, p.255),

Muitos são hoje os significados atribuídos ao termo desenvolvimento sustentável. A noção difundiu-se rapidamente e, como força viva, tem sido apropriada e reinterpretada pelos diferentes atores e segmentos sociais. É um conceito em construção na agenda social, e sob forte disputa.

Registrou, então, uma conceituação proposta por Rattner (Rigotto, 2002, *apud* MINAYO, 2002, p.255), a qual considerou em função da sua abrangência, e que achamos importante trazê-la:

O processo de mudança social e elevação das oportunidades da sociedade, compatibilizando, no tempo, a eficiência econômica, a preservação e conservação ambiental, a qualidade de vida e a equidade

²² Conferência das Nações Unidas sobre o meio Ambiente e desenvolvimento Humano – Realizada no Rio de Janeiro em 1992.

social, a democracia política; partindo de uma nova ética de responsabilidade, compaixão e solidariedade entre os seres humanos, com as gerações futuras e na relação sociedade-natureza.”

Julgamos importante trazer, também, o conceito de desenvolvimento sustentável definido pelo DeCS (Descritor científico): “estratégia para o desenvolvimento econômico e social que implica a satisfação das necessidades básicas das gerações atuais sem entorpecer a capacidade das gerações futuras para satisfazer as suas”. Bem como, o de desenvolvimento humano:

Mudanças seqüenciais contínuas que ocorrem nas funções fisiológicas e psicológicas durante a vida do indivíduo. O processo de ampliação das opções das pessoas. As mais fundamentais consistem em viver uma vida longa e sã, ter educação e desfrutar de um nível de vida decente, liberdade, dignidade, e respeito por si mesmo e pelos demais. (DECS)

Para a OPAS, o conceito de desenvolvimento humano é amplo e integral. Ele foi

“construído no âmbito do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no início da década de 90, compreende todas as potencialidades humanas em todas as sociedades e abrange o indivíduo em todas suas etapas de desenvolvimento. (...) O conceito de desenvolvimento não começa a partir de um modelo pré-determinado; ele se inspira nas metas de longo prazo de uma sociedade posto que diz respeito ao desenvolvimento em torno das pessoas e não das pessoas em torno do desenvolvimento” (OPAS, 2005).

Enfim, segundo Finkelman (2002, p.82),

O conceito de desenvolvimento encontra-se entre os que mais definições, revisões e qualificações recebeu. Desenvolvimento – econômico, social, humano, sustentável: são termos que se sucederam desde o final da década de 1950 e que também levariam, cada um deles, a um inventário de múltiplos significados e concepções divergentes.

O termo ambiente, como já vimos anteriormente, está ligado diretamente com desenvolvimento e equidade, e também recebe várias qualificações e definições, bem como adjetivos. Queremos relembrar a importância deste termo e conceito(s), pois foi

tema da Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde – “Ambientes Favoráveis à Saúde”, realizada em Sundsvall, na Suécia em 1991, e que, portanto, deve ser apreciado, embora já tenha sido bastante contemplado anteriormente. Na declaração (anexo D), consta que,

Um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e devem ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais.

(...) nós, participantes desta Conferência, nos comprometemos a levar esta mensagem de volta a nossos países, governos e comunidades para o início de ações imediatas neste sentido. Conclamamos também as organizações do Sistema das Nações Unidas a reforçarem a cooperação entre si e incentivarem-se mutuamente na direção de um verdadeiro compromisso com o desenvolvimento sustentável e a equidade.

Para a OPAS (2005), “Todo lugar, conceituado como território vivo – segundo Milton Santos – em que as relações dos homens e a natureza se dão (sejam elas familiares, de trabalho, lazer, educação), são ambientes que podem e devem ser favoráveis à saúde” (OPAS, 2005). Vários são os termos que se aproximam de ambiente ou que são sinônimos, como é o caso de Municípios/Cidades Saudáveis conceituados pela OPAS como: “Municípios, cidades e ou comunidades saudáveis é uma filosofia e também uma estratégia que permite fortalecer a execução das atividades de Promoção da saúde como a mais alta prioridade dentro de uma agenda política local”. Bem como, Saúde Ambiental que é conceituada pelo DeCS (Descritor Científico) como: “Refere-se ao controle de todos os processos, influências e fatores físicos, químicos e biológicos que exercem ou podem exercer, direta ou indiretamente, efeito significativo sobre a saúde e bem-estar físico e mental do homem e sua sociedade”.

Enfim, a Conferência concluiu que “(...) os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente”.

Acreditamos ser de grande valia, para a Educação Física, conhecer e se apropriar desses conceitos no contexto da Promoção da Saúde, segundo os documentos internacionais, para assim ter mais propriedade e comprometimento com aquilo que vem desenvolvendo em suas pesquisas. É claro que as definições são dependentes de quem usa, de seus objetivos e interesses, que podem gerar, ou não, divergências de olhar. É como afirma Uchôa (2002, p.204),

O que se inclui e o que se exclui da definição fica a cargo daqueles que nele atuam e que devem defini-lo em função de seus objetivos de mudança e intervenção. (...) É preciso refletir sobre as diversas dimensões subjacentes a nossas escolhas 'científicas' e lembrar que negociações são sempre influenciadas pelas relações de poder.

Embora não tenhamos tomado como compromisso analisar e avaliar as produções acadêmicas da Educação Física, consideramos que a produção da área da Atividade Física relacionada à saúde ainda está longe de se apropriar dos pressupostos da Promoção da Saúde inscritos nos documentos internacionais, tais como: que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico, e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida, e que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. E isto podemos afirmar considerando as inúmeras críticas bem fundamentadas a respeito, que podem ser percebidas, por exemplo, em Bagrichevsky, Palma, Estevão *et al.* (2005); Silva, Pires e Matiello Júnior (2005); Gonçalves, Matiello Júnior, Quint *et al.* (2000) e Fraga (2005).

Apenas como ilustração, trazemos algumas idéias e trechos de publicações, com a intenção de apresentar algumas críticas existentes sobre a produção hegemônica da área.

Conte e Gonçalves (2001) citam que “Não se pode aceitar que, isoladas, as alterações fisiológicas promovidas pelo exercício tornem as pessoas mais saudáveis. É necessário, sobretudo, considerar o contexto, onde estão inseridas as pessoas(...)” e que, nesse sentido, “a Educação Física tem um grande desafio, desconstruir equívocos decorrentes de visões isoladas e re-elaboradas de outras realidades.” (CONTE e GONÇALVES, 2001, p. 3, 4).

Morais e França (2003) dizem que:

O exercício de olhar o objeto de estudo sob outro 'ponto de vista', para além do fascinante campo biológico das estruturas naturais, dos mecanismos, das leis invariáveis que regem o funcionamento do homem e do universo, impõe a necessidade de se dirigir para um novo 'ponto' e de lá estender a 'vista' e conseguir, assim, enxergar além do biológico, o social, o cultural e o histórico agindo sobre esse homem, sobre esse universo. Por essa opção, não se pretende, em que pese possíveis leituras desatentas, negar a contribuição das Ciências Biológicas no âmbito da Educação Física e Ciências do Esporte, pelo contrário, buscase, com fulcro nas Ciências Sociais, trazer novos elementos para a discussão e ampliar a compreensão do fenômeno.

Matiello Júnior e Gonçalves (2001, p.1) dizem que:

(...) articulando dialeticamente as dimensões biológicas e sociais para entendimento e defrontamento da relação saúde-doença, pode-se revelar novas alternativas para a realidade da Educação Física/Ciências do Esporte brasileira. E destacam que é fundamental discutir a atividade física relacionada à saúde (...) por princípios ético-científicos que contribuam para reforçar postura profissional crítica e responsável de educadores que se propõem a oferecer saúde através de exercícios.

Zimmermann (2001, p.6):

A atividade física está vinculada à saúde, mas não como uma pílula cujos efeitos podem ser controlados, e sim porque é uma forma de movimento, e enquanto nos movimentamos estamos vivos. Só é possível falar em saúde quando me refiro à vida, pois saúde é uma certa forma de estar no mundo. Este é um conceito, como todos os outros, fundado na intersubjetividade, depende de como cada pessoa o constrói e, da mesma forma, é influenciado nesta construção.

Falamos no início dessa pesquisa da confusão de conceitos que se faz ao longo dos tempos, e chegamos nos resultados das análises com a falta de clareza que ainda temos de vários conceitos abordados. Fomos buscar na história das agências internacionais os papéis que desempenham, na criação, disseminação e transformações desses conceitos. Buscamos então, identificar os protagonistas desta história. Falamos no início do trabalho sobre a ONU, a OMS, a OPAS e, aqui, refletimos que, por mais que suas missões sejam grandiosas e incluam a paz mundial,

principalmente, não conseguem evidenciá-la sem que seja no contraponto às situações concretas de novas e antigas guerras, seja ela civil, fria, de nações contra outras, enfim, “guerra”. Guerras estas que suscitam outros tipos de guerra, permeando-as de “forma sutil” e atingindo-nos de forma direta, ou seja, o mercado bombardeando produtos, a mídia bombardeando informações, a tecnologia bombardeando avanços em milésimos de segundos, entre outros “bombardeamentos”. E a Educação Física bombardeando atividade física como a “salvação das pessoas para as doenças”.

E assim, nos “acostumamos” a viver em guerra, tanto que culturalmente se diz ao acordar todos os dias: “estou pronto para mais um dia de batalha”, ou “hoje preciso matar um batalhão”. Enfim, tudo isso é uma contradição com o que se quer, a famosa “Paz”, tão mencionada, porém com tão poucas ações substanciais para alcançá-la.

Em geral, podemos verificar que essas três protagonistas fazem de “tudo um pouco”, como vimos em algumas matérias e destaques que trazem nos seus *sites* oficiais. Todas as agências estão envolvidas com os objetivos do milênio, mas suas ações têm deixado muito a desejar como veremos, a seguir, no diálogo que faremos, trazendo mais um protagonista dessa história, o Banco Mundial e algumas matérias produzidas por seus críticos.

O Banco Mundial é uma das agências especializadas da ONU, portanto, parceiro das mesmas. Quando Mattos disse que as ofertas de idéias das agências internacionais, nesse caso especificamente do Banco Mundial, “podem nos ser bastante úteis”, fomos instigados a pesquisar mais e a refletir sobre o assunto. Para isso, buscamos no texto “As Políticas Públicas e AIDS: As Estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil” (MATTOS *et al.*, 2001), o que consideramos útil refletir sobre o assunto, pois o texto, antes de falar da AIDS especificamente, tratou das Políticas Públicas, do relacionamento e das estratégias do Banco Mundial para e com o Brasil.

O objetivo central do texto foi tomar a estratégia do Banco sobre a AIDS como um caso, e não avaliar propriamente a atuação do Banco frente à AIDS no Brasil, pois os autores acreditavam que essa análise poderia ajudar a nossa compreensão sobre os modos de atuação do Banco e suas estratégias. Eles pretenderam mostrar, sobretudo,

como vem ocorrendo um deslocamento das estratégias centradas nos empréstimos, para estratégias centradas na oferta de idéias.

E é nestas estratégias centradas na oferta de idéias que encontramos pontos importantes de reflexão, que nos remeteram à Promoção da Saúde, tema central de nossa pesquisa. Antes, porém, introduziremos o tema.

Um breve levantamento de matérias jornalísticas e análises críticas produzidas por instituições e intelectuais de respeitabilidade, indica que boa parte da humanidade sob responsabilidade da ONU está deveras insatisfeita.

Exemplo disso, somente no ano 2005 pode-se observar que durante a realização de reuniões setoriais de agências da ONU²³, houve grandes manifestações contra suas resoluções, com fortes e violentas reações dos poderes constituídos.

Em matéria²⁴ publicada no Correio da Cidadania, Stédile, liderança de um dos mais importantes movimentos sociais do mundo, questiona: “Alguém de sã consciência acredita que as Nações Unidas representam de fato os interesses de paz da humanidade?” E discorre,

A Humanidade nunca esteve tão à mercê da ganância e sobretudo da especulação financeira como hoje. Os grandes temas da humanidade foram abandonados, na grande imprensa, nas reflexões acadêmicas, na pesquisa científica, simplesmente porque não dão lucro para quem domina e hegemoniza o mundo.

E prossegue:

Algum organismo governamental está seriamente interessado em resolver o problema da fome? O problema da exclusão social dos povos da África? Os problemas de saúde pública? O problema da falta de trabalho para grande parte da população mundial? O problema da concentração da riqueza e o aumento da desigualdade social? Alguém está preocupado com a manipulação da informação que as grandes agências de notícias fazem?

Segundo Mattos *et al.* (2001), as instituições de Bretton Woods, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), têm sido alvo de inúmeras críticas por parte

²³ Como a Conferência ministerial da Organização Mundial do Comércio (OMC) em 13/12/2005, em Hong Kong, voltada a dar atenção à questão dos subsídios agrícolas e à ajuda aos países mais pobres do mundo. Disponível em www.noticias.uol.com.br/economia. Acesso 02/02/2006.

²⁴ Matéria: “O Fórum Social Mundial e a necessária articulação dos povos”. João Pedro Stédile. Disponível em www.correiciudadania.com.br/especial/forum. Acesso em 08/02/2006.

de organizações não-governamentais (ONG'S) no mundo inteiro, bem como da UNICEF (ainda na década de 80). Esta denunciava as mazelas dos ajustes econômicos, que em alguns casos, agravavam as condições de vida das crianças nas camadas mais pobres da população, e aquelas denunciavam as mazelas da chamada globalização. Neste caso, foram definidos dois tipos de globalização, a globalização predadora, protagonizada pelo capitalismo²⁵ global, e a globalização alternativa, mais justa e eqüitativa que permite uma vida digna e decente à população mundial, e não apenas a um terço dela, como acontece (SANTOS, *apud* MATTOS, 2001).

Ainda segundo os autores, a década de 90 trouxe mudanças, mesmo que incipientes. Mas a agenda política e a retórica de alguns dirigentes mostram mudanças. Estas são bastante visíveis no caso do Banco Mundial, cuja trajetória recente demarca uma distinção e um certo afastamento das recomendações de seu irmão gêmeo, o FMI.

De tão criticado o Banco Mundial tem procurado construir, ou melhor, reconstruir sua imagem institucional (MATTOS *et al.*, 2001, p.10). É claro, como dizem os autores, que não sejamos levados à posição ingênua de tomar o Banco como um aliado fiel na construção de uma globalização²⁶ alternativa.

Nossa vigilância crítica passa por reconhecer as mudanças e identificar as suas contradições, sobretudo aquelas que incidem sobre a distância entre a retórica dos dirigentes do Banco e a atuação específica junto a um país, a um setor, ou mesmo frente a um tema específico. Mas passa também pela compreensão das mudanças nas estratégias do Banco (MATTOS *et al.*, 2001, p.11).

Nosso esforço adicional para esta pesquisa foi extrair do conteúdo dos debates feitos no texto publicado por Mattos *et al.* (2001), sobre o Banco Mundial, as questões que estão nas entrelinhas.

²⁵ No capitalismo, não são as necessidades da humanidade em geral que orientam as decisões de investimento e produção, mas as daqueles que têm dinheiro para adquirir os bens e serviços que se produz. Quanto mais o capitalismo avança, mais a desigualdade e a exclusão social aumentam. REBELO, Aldo. Capitalismo, patentes e exclusão. Disponível em www.correiodadania.com.br/economia/capitalismo. Acesso em 08/02/2006.

²⁶ A globalização é um fato real e irreversível. Consiste no resultado de uma integração mundial dos setores econômicos e financeiros, que se tornaram possíveis pelo progresso tecnológico, que a informatização e as facilidades de comunicação instantâneas propiciaram. Igualmente as mudanças geopolíticas, como a queda do muro de Berlim, a redemocratização e/ou a emergência de novos países, o aumento de demanda e de expectativas dos consumidores de serviços, assim como a ideologia dominante de regulamentação das sociedades pelo mercado, são outros tantos fatores que culminaram para a consolidação da tendência globalizante. Embora a globalização unifique o mundo, uma grande parte da população permanece excluída. De fato, vivemos em um único mundo, mas vírus e bactérias, assim como o terror e o medo não respeitam fronteiras. HIRSCHFELD, Miriam J. e OGUISSO, Taka. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. Revista Brasileira Enfermagem, v.55, n.4, p. 452-459, jul./ago.2002.

No relatório de 1993, o Banco Mundial diz que “Para obter boas condições de saúde é essencial que haja boas políticas. Alguns países utilizaram plenamente os potenciais da medicina; outros quase não aproveitaram, apesar dos gastos volumosos” (MATTOS *et al.*, 2001). Numa entrevista ao Correio da Cidadania, Virgílio Arraes ²⁷ falou sobre a conjuntura política na América Latina, dizendo que,

(...) não há governos e movimentos populares que possam pressionar o poder executivo por mudanças. O mercado, hoje, dita o ritmo político desses Estados, tanto com a promessa de investimento que nunca vêm, quanto, indiretamente, pressionando FMI e Banco Mundial a custear projetos que atendam a seus interesses.

E mais, que,

Embora as populações tenham rejeitado democraticamente o neoliberalismo, as elites latino-americanas ainda acreditam nele como forma de relacionamento com as elites européias e norte-americanas. De toda forma, cairíamos no debate do fim da história, pois, a despeito de termos uma crise do neoliberalismo, não conseguimos ter um arcabouço teórico suficiente para propor uma ação alternativa. Não se pensa mais no longo prazo e sim no dia a dia. É uma crise de confiança na capacidade de gerenciar o próprio destino.

Em função dessa política e de seus resultados vivemos uma crise no desenvolvimento, pois não temos estratégias funcionais. “(...) Há uma espécie de pacto, de acomodação, no sentido de que se mantenha a inflação controlada, mas sem crescimento e desenvolvimento”, diz Arraes.

Na Declaração de SantaFé de Bogotá (1992). (Anexo E), consta que:

A Promoção da Saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. O desafio é conciliar os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

Em um de seus relatórios sobre o desenvolvimento humano ao setor saúde, em 1993, o Banco Mundial tirou algumas lições que poderiam ajudar as autoridades a perceberem os enormes retornos em potencial dos investimentos que seus países

²⁷Professor do Instituto de relações Internacionais da UNB. Disponível em www.correiocidadania.com.br/desenvolvimento. Acesso em 08/02/2006.

fazem na área de saúde. Uma delas é que “Os governos deveriam priorizar os gastos com um pacote de serviços assistenciais e de saúde pública altamente eficazes em termo de custo” (MATTOS *et al.*, 2001, p.17). Como exemplo, no que diz respeito a AIDS, o Banco acredita que o mais eficiente é a prevenção por meio da difusão do uso da camisinha²⁸, essa intervenção mereceria apoio dos governos, o que não ocorreria com a assistência aos pacientes com AIDS, sabidamente cara.

A abordagem mais comum para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-los como um direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. Segundo o Banco Mundial, essa abordagem não funciona, porque todos os serviços, sendo gratuitos, não são eficazes em termos de custo.

Essa posição do Banco Mundial contrariava os rumos que o Brasil dava à sua política de saúde. Com a Constituição de 1988, o Brasil passou a reconhecer a saúde como um direito universal, cabendo ao Estado o dever de assegurá-la. O ideal perseguido desde então é uma configuração do Sistema de Saúde capaz de assegurar a todos o acesso gratuito aos serviços de saúde que venham a necessitar (WORLD BANK, 1987, *apud* MATTOS *et al.*, 2001, p.17).

Segundo os autores, o diagnóstico do Banco sobre o sistema de saúde brasileiro destacou o caráter supostamente iníquo, sobretudo no que diz respeito à aplicação dos recursos.

Os autores explicam que é iníquo “porque são demasiados os recursos com o tratamento curativo de base hospitalar, e muito pouco os aplicados em prevenção e cuidados básicos eficazes em função do custo.” (WORLD BANK, 1989, *apud* MATTOS, *et al.*, 2001, p.17) E que a tônica é empreender gastos custo-efetivos, valorizando sempre a prevenção, e que no caso da AIDS, por exemplo, apenas essa última característica, ou seja, a prevenção é claramente visível na estratégia do Banco.

Em sua matéria²⁹, “Direitos humanos ou Direitos animais?”, Frei Betto nos conta que, em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi aprovada, pelos países reunidos na Organização da Nações Unidas, entre os quais o Brasil. Desde então, eles têm sido “violados, vilipendiados e ridicularizados, inclusive por parte das forças militares e policiais – as mesmas que deveriam, por dever público e constitucional, zelar

²⁸ Esse é um tema polêmico no nosso entendimento. Pensamos que há algo a fazer antes de estimular o uso da camisinha, mas não cabe desenvolver nesse momento.

²⁹ Disponível em www.correiciudadania.com.br/economia. Acesso em 08/02/06.

para que fossem respeitados”. E que a ONU convoca Conferências Mundiais de Direitos Humanos para organizar os programas e também avaliá-los. Uma delas foi a segunda Conferência, em 1993, na qual o balanço feito, constatou que as violações tinham sido crescentes. Frei Betto então discursa,

De nada adiantam programas, conferências e acordos se governos e autoridades, responsáveis pela defesa dos direitos humanos, são cúmplices de policiais que torturam, de grupos de extermínio, do racismo, da violência sobre mulheres e crianças, de interesses corporativos que excluem, do orçamento e da pauta federais, a questão social. (..) Seria bom que os membros da ONU e as ONG'S se perguntassem por que o nosso planeta, tão rico, abriga 2 bilhões de famintos. Por que morrem, de subnutrição, 700 mil crianças por ano na América Latina? Por que dos 17 trilhões de dólares do PIB mundial, 12 trilhões estão em mãos de apenas 7 países?

O problema do Brasil é, antes, político, e não econômico, como expôs o economista hindu Amartya Sen. Diante disso, verificamos que muito há que se fazer para atingirmos a meta estabelecida na Carta de Ottawa de 1986, “Contribuir para atingir Saúde Para Todos No Ano 2000 e anos subsequentes, indo além dos cuidados primários de saúde”. E conseqüentemente, para atingirmos as metas das outras conferências, pois estão diretamente ligadas às estratégias estabelecidas para a Promoção da Saúde na Carta de Ottawa, comprometendo, assim, o resultado de todo o trabalho desenvolvido durante estes anos em que ocorreram as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, isto é, de 1978 a 2000.

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere aos objetivos das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, verificamos que eles são variáveis, porém, a essência em todos eles permanece a mesma, pois, devido sua complexidade, foi necessário organizar uma conferência para cada um dos campos de ação identificados na Carta de Ottawa.

Identificamos que os pressupostos da Promoção da Saúde perpassam, em primeiro lugar, pelo conceito de Saúde definido por elas como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social, econômico, considerada valioso investimento, bem como uma importante dimensão da qualidade de vida. E que a Promoção da Saúde é um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países que buscam a equidade e melhor saúde para todos.

O grande objetivo “Saúde de todos os povos do mundo” foi identificado como uma ação urgente de todos os governos, de todos que trabalham nos Campos de saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, e que está difícil de se concretizar.

Foram determinadas as prioridades para a Promoção da Saúde para o século XXI, cabendo: Promover a responsabilidade social para a saúde; Aumentar os investimentos para fomentar a saúde; Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e Conseguir uma infra-estrutura para a Promoção da Saúde, em favor do povo e suas necessidades.

Sobre os programas de Promoção da Saúde, foi indicado que devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, e ao seu contexto social, cultural e econômico. E que os gastos improdutivos devem ser reduzidos, avançando assim, na direção de uma nova ética e de um acordo global baseado na coexistência pacífica, no sentido da equidade.

A Promoção da Saúde é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade, e os órgãos da ONU deveriam ser responsáveis pelo impacto em termos de saúde da sua agenda de desenvolvimento.

Foram identificados os pré-requisitos para a saúde como sendo a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. E que mudanças em direção a novas políticas de saúde devem reafirmar estes pré-requisitos, bem como levar em consideração que os temas saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados.

Foi considerado, também, que dimensões políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicas podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. E que os governos e os setores sociais que concentram poderes e recursos são igualmente responsáveis, perante os cidadãos, quanto às conseqüências das suas decisões políticas, ou pela falta delas, sobre a saúde das populações.

Identificamos, também, uma abordagem sócio-ecológica da saúde, encorajando a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural. As diferentes dimensões: física, social, espiritual, econômica e política estão intrinsecamente ligadas em uma interação dinâmica e as ações precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para assim poderem encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis.

Sobre o que os autores nos trouxeram, identificamos que as forças que podem agir no sentido contrário à inserção e ao desenvolvimento da Promoção da Saúde são o modelo biomédico, a estrutura dos relacionamentos, a estrutura dos governos, os meios de comunicação e a própria cultura medicalizada da população. E deixam claro que o propósito da sociedade deve ser a sustentabilidade planetária. E, para avançar nesse processo de construção social sustentável, uma das questões primordiais é o *empoderamento* das comunidades, sendo seu fundamento o exercício da cidadania. A Promoção da Saúde coloca a educação como uma forma para desenvolvê-lo e assim conseguir atitudes que levem à melhoria das condições de saúde e vida.

Quanto à Educação Física, identificamos que necessita urgente de uma visão ampliada dos fatos e dos contextos quando aborda o termo atividade física e o seu significado. Mais do que isso, considerando as produções já volumosas do campo crítico de nossa área, que atua em diferentes âmbitos, desde o trabalho com os movimentos sociais, com setores organizados das populações empobrecidas, com as

instituições públicas tanto nos setores saúde quanto na educação, é possível pensarmos numa re-significação das práticas corporais que se apropriem da visão ampliada da Promoção da Saúde.

Os principais protagonistas dessa história foram identificados como sendo a ONU, a OMS, a OPAS, o Banco Mundial e os Governos. E o contexto político que estão inseridos é o neoliberalismo. Percebemos que o discurso é social, porém as ações são ainda liberais.

Um dos críticos a esse sistema declarou que para obter boas condições de saúde é essencial que haja boas políticas, mas que ainda não conseguimos ter um lineamento teórico suficiente para propor uma ação alternativa.

Nesse contexto, constatou-se que a crise na saúde se dá em função do entendimento que se tem sobre o binômio saúde-doença.

Identificamos que a Política de Saúde do Brasil reconhece a saúde como um direito universal e cabe ao Estado o dever de assegurar, para todos, o acesso gratuito aos serviços de saúde. Evidenciamos que o Banco Mundial critica essa política, no que se refere à assistência gratuita. Ele apóia somente ações em saúde voltadas à prevenção, que são mais eficazes em termos de custo.

Constatamos também na leitura de críticos da Atividade física relacionada à saúde que estes protagonistas tratam a atividade física, instrumento epistemologicamente equivocado da área da Educação Física, como a principal ação para a Promoção da Saúde, e “desconhecem” ou “desconsideram” a nossa responsabilidade social.

Percebemos assim que os protagonistas da Educação Física, na área de atuação atividade física e saúde, no discurso, até incluem o “social”, mas na prática ele não prevalece.

Como podemos constatar, estamos diante de uma questão de ordem complexa. Se definir saúde já é difícil, Promoção da Saúde também não é tarefa simples. Mas houve um ponto que ficou muito claro, e que perpassa por todos os documentos, que é a necessidade da mudança do paradigma tradicional de prevenção, passando-se a enfatizar a necessidade de mudança social. Para a Educação Física, a necessidade de politização e contextualização dos conceitos ficou evidente.

A investigação passou por questões que evidenciaram que, sem a compreensão do contexto político, não se pode pensar em qualquer conceito que seja, pois os mesmos estão arraigados ao mesmo, em seus interesses.

Nesse sentido, os seus objetivos e metas são traçados e os beneficiários serão aqueles que têm os mesmos interesses políticos. E assim, os conceitos “recebem” os seus devidos significados, também, naquela direção. Portanto, a responsabilidade e o comprometimento com a questão, seja qual for o conceito, ficam também atrelados.

Como vemos, é uma rede que cerca de todos os lados, uma verdadeira “tarrafa³⁰”, o que é um problema, pois, lançada, ela “abraça” tudo que estiver ao seu alcance, e dependendo de quem lança, dela é muito difícil escapar.

Por tudo isso, concluímos que é impossível, hoje, não considerar o contexto político, nos níveis local e global, principalmente no que se refere aos protagonistas da história. Essa foi a nossa primeira questão a investigar, sem ela não conseguiríamos avançar na pesquisa.

De forma sintética, podemos fazer os seguintes apontamentos a respeito dos dados obtidos nesta pesquisa. Como resultados, foi possível perceber a apropriação apenas parcial e limitada dos pressupostos desses documentos, tão complexos, na constituição de nosso campo de conhecimento e intervenção, a Educação Física – ou mais precisamente na Atividade física relacionada à saúde. Isto se expressa de diferentes formas: i) nos documentos, há ênfase na politização dos conceitos e das ações em saúde, fato pouco evidenciado nas hegemonias da Atividade Física relacionada à saúde, parecendo prevalecer entre nós uma pretensa neutralidade científica para propor adoção de estilo de vida ativo; ii) menciona-se nos documentos que os condicionantes políticos, sociais e econômicos são fundamentais para se falar em saúde, enquanto que em nossa área esses contextos não são abordados efetivamente e iii) no plano internacional, recomendam-se ações comunitárias, devendo-se capacitar indivíduos e coletivos a terem maior poder e participação na tomada de decisão sobre a saúde, enquanto na nossa área ainda prevalecem ações individuais, destacando-se as abordagens comportamental e biológica.

³⁰ Pequena rede de pesca, circular, com chumbo nas bordas e uma corda ao centro, pela qual o pescador a retira fechada da água, depois de havê-la arremessado aberta. É bastante utilizada aqui, em Florianópolis / SC.

A importância da apreciação cuidadosa desses documentos para reorientação política de nossa área mostrou-se fundamental, o que pressupõe a problematização de questões já amplamente debatidas no Campo da Saúde, mas ainda incipientes e estranhas ao universo acadêmico da Educação Física.

A nossa esperança nestes aprendizados, com todos seus limites, é que eles possam suscitar, ao menos, o interesse naqueles que desconhecem os documentos internacionais da Promoção da Saúde, podendo realizar inclusive outras leituras e/ou aprofundar estas já existentes. Esse já seria um resultado muito positivo, pois possibilita refletir sobre ações que venham ao encontro daquelas estratégias sugeridas a nível mundial, já incorporadas as críticas pertinentes que são feitas também em âmbito mundial. E assim contribuir para uma globalização alternativa, ou seja, mais justa e eqüitativa que permita uma vida digna e decente à população planetária, e não apenas a uma minoria, como acontece na atualidade.

REFERÊNCIAS

ABRASCO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA). **Boletim n. 86**. Editorial OPAS 100 anos. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 26 outubro 2004.

BAGRICHEVSKY, Marcos, PALMA, Alexandre e ESTEVÃO, Adriana. **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edições Lisboa, s/d.

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington**: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. Secretaria Operativa Consulta Popular: São Paulo, 1999.

BECKER, Daniel. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa Saúde da Família. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, RJ.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: **Documento Preliminar**. Brasília: DF, 2006, 33 p.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 abril 2002.

_____. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde**. In: CZERESNIA, D. (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde: Porque sim e porque ainda não! **Saúde e sociedade**. Portal Capes. v.13, n.1, p.14-24, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 19 abril 2006.

CARTA DE BANGKOK PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em: 28 setembro 2005.

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1986. Disponível em <<http://www.opas.org.br/cartas>>. Acesso em: 12 março 2005.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 19 abril 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, EM ALMA ATA. URSS, 12 setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/cartas>>. Acesso em: 12 março 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde**. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em: 28 agosto 2005.

CONTE, Marcelo; GONÇALVES, Aguinaldo. Dimensões controversas da interação Saúde Coletiva/Atividade Física. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2001, Caxambu, MG. Entre a bricolagem e o personal training ou a atividade física e saúde nos limites da ética. **Anais**. Campinas: CBCE, 2001.

CZERESNIA, Dina. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FERRAZ, Sônia T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. In: **Revista da Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas**. Rio de Janeiro, vol.32, n.2, 1998, p. 49-60.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Novas Fronteiras, 1986.

FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Tese de Doutorado em Educação (2005). Programa de Pós-graduação em

Educação. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

GOMES, Romeu. A análise de dados em Pesquisa Qualitativa. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

GONÇALVES, Aguinaldo; MATIELLO JÚNIOR, Edgard; QUINT, Fernanda Ouriques *et al.* Saúde: do Colégio Americano de Medicina Desportiva ao GTT do Conbrace e de volta para o futuro. In: Silvana Vilondre Goelner (Org.). **Intervenção e conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2000, p.129-133.

HIRSCHFELD, Miriam, OGUISSO, Taka. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do *home care*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n.4, p. 452-459, 2002.

JUNQUEIRA, Rodrigo Gravina Prates. Agendas sociais: desafio da intersectorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n.6, 2000.

LOVISOLO, Hugo. **Educação Física: a arte da mediação**. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

MATIELLO JÚNIOR, Edgard; GONÇALVES, Aguinaldo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2001, Caxambu, MG. Entre a bricolagem e o personal training ou a atividade física e saúde nos limites da ética. **Anais**. Campinas: CBCE, 2001.

MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n.2, p.371-396, 2005.

MATTOS, Rubens Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.6, n. 2, p.377-389, 2001.

MATTOS, Rubens Araújo *et al.* **Coleção ABIA n.1**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Rio de Janeiro, 2001.

MEKSENAS, Paulo. **Sociedade, Filosofia e Educação**. Edições Loyola: São Paulo, 1994.

MELLO, Dalva A.; ROUQUAYROL, Maria Zélia; ARAÚJO, Dominique *et al.* Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 11 julho1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em saúde. São Paulo: Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.) **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

OMS - OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA. **La lampara encendida**. Una institución y su obra– OMS. PAHO: Washington, D.C. 1952.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE). **Conceito: Ambientes Saudáveis**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/temas>>. Acesso em 12 dezembro 2005.

OPAS/OMS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. Lançamento: 2005. Disponível em:<<http://www.who.int>>. Acesso em: 12 março 2005.

PIRES, Giovani de Lorenzi. **Educação física e o discurso midiático**: abordagem crítico-emancipatória. Ijuí: Unijuí, 2002.

PIRES, Giovani de Lorenzi; MATIELLO Júnior, Edgard; GONÇALVES, Aguinaldo. Alguns olhares sobre aplicações do conceito qualidade de vida em Educação Física/Ciências do Esporte. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.20, n. 1, p.54-57, 1998.

REBELO, Aldo. **Capitalismo, patentes e exclusão**. Disponível em: <<http://www.correiocidadania.com.br/economia/capitalismo>>. Acesso em: 08/02/2006.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

UCHÔA, Elizabeth. **Saúde e Ambiente**: trajetória e novos caminhos. In: Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ZIMMERMANN, Ana Cristina. Reflexões sobre a relação saúde e atividade física/qualidade de vida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 2001, Caxambu, MG. Entre a bricolagem e o personal training ou a atividade física e saúde nos limites da ética. **Anais**. Campinas: CBCE, 2001.

ANEXOS

Quadro 3 – Tema central e objetivo das conferências internacionais de Promoção da Saúde

| Conferência/ano | Tema central | Objetivo |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alma-Ata - 1978 | Cuidados Primários de Saúde | Expressar a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. |
| Ottawa – 1986 | Promoção da Saúde | Discutir, principalmente, as necessidades em saúde nos países industrializados, sem deixar de levar em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. |
| Adelaide – 1988 | Políticas Públicas voltadas para a saúde | Criar estratégias para a ação em prol de políticas públicas voltadas para a saúde como, a criação de ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde e equidade. |
| Sundsvall – 1991 | Ambientes Favoráveis à Saúde | Propor ações práticas de saúde pública no nível local, com a definição de atividades de saúde que permitam amplo envolvimento e controle da comunidade. |
| SantaFé de Bogotá – 1992 | A Promoção da Saúde na América Latina | Definir o significado da Promoção da Saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da região. |
| Jakarta – 1997 | Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI | Oferecer ocasião para refletir sobre o que se aprendeu sobre Promoção de Saúde desde a Conferência de Alma-Ata (1978), bem como reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da Promoção da Saúde no século XXI. |
| México – 2000 | Das idéias às Ações | Reconhecer e constatar a importância da Promoção da Saúde e suas amplas indicações de que suas estratégias são eficazes. |

Quadro 4: Metas das conferências internacionais de Promoção da Saúde

| Conferência | Metas |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alma-Ata 1978 | Na próxima década todos os povos do mundo, até o ano 2000, devem atingir um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a <i>chave</i> para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento e no espírito da justiça social. |
| Ottawa 1986 | Contribuir para atingir Saúde Para Todos No Ano 2000 e anos subseqüentes, mas, ir além dos cuidados primários de saúde. |
| Adelaide 1988 | Desenvolver o tema central, mantendo a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa, reafirmando assim o compromisso por uma forte aliança na Saúde Pública, como preceitua a Carta de Ottawa. |
| Sundsvall 1991 | Tornar o ambiente – físico, social, econômico ou político – cada vez mais propício à saúde, fazendo com que a meta da Saúde Para Todos No Ano 2000 torne-se possível de ser alcançada. |
| SantaFé de Bogotá 1992 | Em nível internacional, o movimento de Promoção da Saúde gerou propostas teóricas e práticas dentre as quais se destaca o planejamento da carta de Ottawa, pela sua clareza em definir os elementos constitutivos da Promoção da Saúde e os mecanismos para degradá-la em prática. A incorporação destas propostas se torna indispensável para estratégia de Promoção da Saúde na América Latina. |
| Jacarta 1997 | Promover a responsabilidade social para com a saúde; Aumentar os investimentos para fomentar a saúde; Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde. Estas foram as prioridades destacadas na Conferência para a promoção da Saúde no século XXI. |
| México 2000 | Colocar a Promoção da Saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais e internacionais. |

Quadro 5: Em favor do quê ou de quem são as propostas da Promoção da Saúde

| Conferência/ano | Em favor do quê ou de quem |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alma-Ata 1978 | Do povo, principalmente dos países em desenvolvimento, e de seu desenvolvimento econômico e social. |
| Ottawa 1986 | Da construção de políticas públicas saudáveis, da criação de ambientes favoráveis à saúde, do desenvolvimento de habilidades, do reforço a ação comunitária e a da reorientação dos serviços de saúde. |
| Adelaide 1988 | Do apoio a saúde da mulher, da alimentação e nutrição, da redução da produção de tabaco e álcool e da criação de ambientes saudáveis. |
| Sundsvall 1991 | De se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde para todos, na direção de um verdadeiro compromisso com o desenvolvimento sustentável. |
| SantaFé de Bogotá 1992 | Do desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e sociedades. Essa é a essência da estratégia de Promoção da Saúde no continente. |
| Jacarta 1997 | De uma aliança mundial para a Promoção da Saúde. |
| México 2000 | De ações que viabilizem, ainda mais, as idéias discutidas nas Conferências Internacionais, anteriores, sobre a Promoção da Saúde, em favor da equidade e melhor saúde para todos. |

Quadro 6: Conceitos de Saúde e Promoção da Saúde

| Conferência/ano | Conceitos de Saúde e Promoção da Saúde |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alma-Ata 1978 | Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. |
| Ottawa 1986 | É o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. |
| Adelaide 1988 | É melhorar o nível de saúde das pessoas. Os esforços em promover a saúde são essenciais, o que requer uma abordagem integrada do desenvolvimento social e econômico, que restabeleça os laços entre a reforma social e reforma da saúde, propostos como princípio básico pela OMS desde a década passada. |
| Sundsvall 1991 | São ações combinadas para se atingir um ambiente favorável sustentável à saúde. |
| SantaFé de Bogotá 1992 | A Promoção da Saúde na América Latina é um desafio, consiste em conciliar os interesses políticos, econômicos e os sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. |
| Jacarta 1997 | É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la. A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico. É um investimento valioso. |
| México 2000 | É um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos. |

Quadro 7: Auto-críticas evidenciadas nas conferências internacionais de Promoção da Saúde

| Conferência/ano | Auto-crítica |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alma-Ata 1978 | Deixar de gastar os recursos mundiais em armamentos e conflitos militares, e liberá-los para fins pacíficos, e em particular a aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde fazem parte e devem receber sua parcela apropriada. |
| Ottawa 1986 | As estratégias e programas na área da Promoção da Saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos. |
| Adelaide 1988 | Políticas públicas saudáveis requerem fortes defensores que coloquem a saúde no topo da agenda dos políticos e dirigentes públicos. Isto significa promover o trabalho de grupos de defesa da saúde e auxiliar a mídia a interpretar a complexidade dos assuntos de política de saúde. Em nível internacional, a Organização Mundial da saúde deveria desempenhar um papel mais intensivo junto aos governos, para que apoiem o conceito de desenvolvimento sustentável. |
| Sundsvall 1991 | As decisões políticas e o desenvolvimento industrial estão quase sempre baseados em planejamento e ganhos econômicos de curto prazo, que não levaram em conta os verdadeiros custos quanto à saúde das populações e o ambiente. A dívida externa drena os já escassos recursos dos países pobres. Gastos militares tendem a aumentar e a guerra, além de causar mortes e deficiências, introduz novas formas de vandalismo ecológico. O mundo industrializado precisa pagar o débito humano e ambiental que acumulou através da exploração do mundo em desenvolvimento. Deve ser urgente o avanço na direção de uma nova ética e de acordo global baseado na coexistência pacífica, que permitam a distribuição e utilização mais equitativa dos limitados recursos naturais do planeta. |
| SantaFé de Bogotá 1992 | Consolidar uma ação que se comprometa a reduzir gastos improdutos, tais como os pressupostos militares, desvios de fundos públicos gerando ganâncias privadas, profusão de burocracias excessivamente centralizadas e outras fontes de ineficiência e desperdício. |
| Jacarta 1997 | Todos os países deveriam criar os ambientes político, jurídico, educacional, social e econômico apropriados, necessários para apoiar a Promoção da Saúde. Faz-se um apelo aos governos nacionais para que tomem a iniciativa de impulsionar e patrocinar redes para a Promoção da Saúde, tanto dentro de seus países como entre países. |
| México 2000 | Apesar do progresso, daqueles últimos anos, da melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo, constataram que ainda persistiam muitos problemas de saúde que prejudicavam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto, deviam ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar. |

Quadro 8: Responsabilidades pela Promoção da Saúde

| Conferência/ano | Responsabilidade pela Promoção da Saúde |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alma-Ata 1978 | Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. |
| Ottawa 1986 | Não é exclusiva do setor saúde, vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. Demanda uma ação coordenada entre: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e ong's, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas devem se envolver neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Todos devem trabalhar juntos no sentido de criarem um sistema de saúde que contribuirá para a conquista de um elevado nível de saúde. |
| Adelaide 1988 | Os governos e os setores sociais que concentram recursos são igualmente responsáveis, perante os cidadãos, quanto às conseqüências das suas decisões políticas, ou pela falta delas, sobre a saúde das populações. |
| Sundsvall – 1991 | É dirigida diretamente a políticos e outros atores responsáveis pela tomada de decisões em todos os setores relevantes e diferentes níveis de sociedade. |
| SantaFé de Bogotá 1992 | Cada sociedade define seu bem-estar como uma opção particular de viver com dignidade. O papel que corresponde à Promoção da Saúde para alcançar este propósito consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em atuar além, como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades. |
| Jacarta 1997 | Cabe a OMS, como parte essencial desse papel, exortar os governos e as organizações não-governamentais, bancos de desenvolvimento, agências da ONU, órgãos inter-regionais, agências bilaterais, sindicatos e cooperativas, assim como o setor privado, a darem as necessárias prioridades às ações de Promoção da Saúde. |
| México 2000 | É um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade. Os órgãos da ONU devem ser responsáveis pelo impacto em termos de saúde da sua agenda de desenvolvimento. |

ANEXOS

CARTA E DECLARAÇÕES RESULTANTES DAS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANEXO A- Declaração de Alma-ata

ANEXO B- Carta de Ottawa

ANEXO C- Declaração de Adelaide

ANEXO D- Declaração de Sundsvall

ANEXO E- Declaração de SantaFé de Bogotá

ANEXO F- Declaração de Jacarta

ANEXO G- Declaração do México

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE
CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE
Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. 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.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da

comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde:

1 - Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.

5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX) Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros

países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

CARTA DE OTTAWA

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Ottawa, novembro de 1986

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, que seguramente contribuirá para se atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e anos subseqüentes.

Esta Conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vem ocorrendo em todo o mundo. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo. As discussões foram baseadas nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da OMS sobre Saúde Para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. 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 ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

PRÉ-REQUISITOS PARA A SAÚDE

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são:

Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável - recursos sustentáveis - justiça social e equidade

O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

DEFESA DE CAUSA

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como

prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

CAPACITAÇÃO

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres.

MEDIAÇÃO

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade.

As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

SIGNIFICADO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONSTRUINDO POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.

A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis.

A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde. O objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

CRIANDO AMBIENTES FAVORÁVEIS

Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Assim a saúde não pode estar separada de outras metas e objetivos. As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde. O princípio geral orientador para o mundo, as nações, as regiões e até mesmo as comunidades é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural. A conservação dos recursos naturais do mundo deveria ser enfatizada como uma responsabilidade global. Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio-ambiente produzem sobre a saúde – particularmente, nas áreas de tecnologia, trabalho, produção de energia e urbanização – é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população. A proteção do meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde.

REFORÇANDO A AÇÃO COMUNITÁRIA

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino.

O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

DESENVOLVENDO HABILIDADES PESSOAIS

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de

trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é.

VOLTADOS PARA O FUTURO

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é 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 da saúde por todos os seus membros.

Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Além disso, os envolvidos neste processo devem ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros iguais.

COMPROMISSOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os participantes desta Conferência comprometem-se a:

- atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores;
- agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a degradação dos recursos naturais, as condições ambientais e de vida não-saudáveis e a má-nutrição; e centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais;

- atuar pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade;
- reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio; e aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;
- reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde; incentivar a participação e colaboração de outros setores, outras disciplinas e, mais importante, da própria comunidade;
- reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e dedicar-se ao tema da ecologia em geral e das diferentes maneiras de vida;
- a Conferência conclama a todos os interessados juntar esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública.

POR UMA AÇÃO INTERNACIONAL

A Conferência conclama a OMS e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde.

A Conferência está firmemente convencida de que se as pessoas, as ONGs e organizações voluntárias, os governos, a OMS e demais organismos interessados, juntarem seus esforços na introdução e implementação de estratégias para a promoção da saúde, de acordo com os valores morais e sociais que formam a base desta Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 será uma realidade!

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE

SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Adelaide, Austrália, 5-9 de abril de 1988

A adoção da Declaração de Alma-Ata, há uma década atrás, foi o marco mais importante do movimento Saúde Para Todos no Ano 2000, lançado pela Assembléia Mundial da Saúde, em 1977. Estruturado sobre o reconhecimento da saúde como um objetivo social fundamental, a Declaração dá uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais.

O ESPÍRITO DE ALMA-ATA

O espírito de Alma-Ata foi transposto à Carta de Compromisso com a Promoção da Saúde, adotada em Ottawa, em 1986. Aquele documento estabelece o desafio da mudança em direção a novas políticas de saúde que reafirmem a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde, assim como a defesa da saúde e a mediação política como processos indispensáveis para alcançá-la.

A Carta identifica cinco campos de ação para a promoção da saúde:

- construção de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- desenvolvimento de habilidades;
- reforço da ação comunitária;
- reorientação dos serviços de saúde.

Estas ações são interdependentes, mas somente o conjunto de políticas públicas voltadas para a saúde estabelecerá o ambiente necessário para que as outras quatro ações mencionadas sejam possíveis.

A Conferência de Adelaide, realizada em abril de 1988 e cujo tema central foram as políticas voltadas para a saúde (políticas saudáveis), manteve a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa. Duzentos e vinte participantes de quarenta e dois países compartilharam experiências sobre como formular e implementar políticas públicas saudáveis. As estratégias para a ação em prol de políticas públicas voltadas para a saúde, recomendadas a seguir, refletem o consenso alcançado na Conferência de Adelaide.

POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

As políticas públicas saudáveis 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. O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. As políticas saudáveis facilitam opções saudáveis

de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde. Para formular políticas públicas saudáveis, os setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial. Estes setores deveriam ser responsabilizados pelas conseqüências de suas decisões políticas sobre a saúde da população. Deveriam, também, dar tanta atenção à saúde quanto aos assuntos econômicos.

O VALOR DA SAÚDE

A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Os governos devem investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos. Um princípio básico de justiça social é assegurar que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória. Ao mesmo tempo, isto aumentará, de maneira geral, a produtividade da sociedade tanto em termos sociais como econômicos. Políticas públicas voltadas à saúde e planejadas para curto prazo trarão benefícios econômicos de longo prazo, como demonstrado por diversos casos apresentados durante a Conferência. Novos esforços devem ser despendidos para integrar políticas econômicas, sociais e de saúde em ações concretas.

EQÜIDADE, ACESSO E DESENVOLVIMENTO

As iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade. Para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso daquelas pessoas a bens e serviços promotores de saúde, e criar ambientes favoráveis. Tal política deveria estabelecer alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis. Além disso, uma política pública saudável reconhece como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes. A igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados primários, é um aspecto vital da eqüidade em saúde.

Novas desigualdades em saúde podem advir das rápidas mudanças estruturais resultantes de tecnologias emergentes. No caso da Região Européia da OMS, por exemplo, o principal alvo no que concerne à Saúde para Todos é que, “no ano 2000, as diferenças atuais no nível de saúde entre países, e entre grupos num mesmo país, devem ser reduzidas, ao menos, em 25%, melhorando o nível de saúde das nações e grupos desprivilegiados”.

Devido ao grande fosso existente entre os países quanto ao nível de saúde, os países desenvolvidos têm a obrigação de assegurar que suas próprias políticas públicas tenham impacto positivo na saúde das nações em desenvolvimento. A Conferência recomenda que todos os países estabeleçam políticas públicas voltadas de maneira explícita para a saúde.

RESPONSABILIDADES PELA SAÚDE

As recomendações desta Conferência somente se materializarão se os governos estabelecerem ações concretas nos níveis nacional, regional e local. O desenvolvimento de políticas públicas saudáveis é tão importante no nível local quanto no nível nacional. Os governos devem definir metas explícitas que enfatizem a promoção da saúde. A responsabilidade pública pela saúde é um componente essencial para o fornecimento das políticas públicas comprometidas com a saúde. Os governos e os setores sociais que concentram recursos são igualmente responsáveis, perante os cidadãos, quanto às conseqüências das suas decisões políticas, ou pela falta delas, sobre a saúde das populações. Um dos compromissos das políticas públicas voltadas à saúde deve ser o de medir e difundir o impacto destas políticas na saúde, em linguagem que os diferentes grupos sociais possam facilmente compreender. A ação comunitária é um ponto central da promoção de políticas saudáveis. Tomando-se em conta a educação e o nível de alfabetização das populações, devem ser feitos esforços especiais para informar adequadamente estas políticas públicas aos grupos que dela poderão melhor se beneficiar.

A Conferência enfatiza a necessidade de avaliar o impacto destas políticas. Devem ser desenvolvidos sistemas de informação para a saúde que apóiem este processo. Isto encorajará os níveis mais altos de decisão a alocarem futuros recursos na implementação das políticas públicas saudáveis.

PARA ALÉM DOS CUIDADOS DE SAÚDE

As políticas públicas voltadas para a saúde devem responder aos desafios colocados por um mundo de crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, com suas complexas intenções ecológicas e crescente interdependência internacional. As possíveis conseqüências destes desafios no campo da saúde não podem ser resolvidas pela maioria dos atuais sistemas de cuidados à saúde, que estão ultrapassados. Os esforços em promover a saúde são essenciais, o que requer uma abordagem integrada do desenvolvimento social e econômico, que restabeleça os laços entre a reforma social e a reforma da saúde, propostos como princípio básico pela OMS desde a década passada.

PARCEIROS NO PROCESSO POLÍTICO

Os governos têm um importante papel no campo da saúde, mas este é também extremamente influenciado por interesses corporativos e econômicos, organizações não-governamentais e organizações comunitárias. A capacidade potencial destas organizações em preservar e promover a saúde das populações deve ser encorajada. Sindicatos, comércio e indústria, associações acadêmicas e lideranças religiosas têm muitas oportunidades em atuar na melhoria da saúde da população como um todo. Novas alianças devem ser forjadas, visando promover o incremento das ações de saúde.

ÁREAS DE AÇÃO

A Conferência identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis:

- Apoio à saúde da mulher

As mulheres são as principais promotoras da saúde em todo o mundo, embora muito do seu trabalho seja feito sem pagamento ou por uma remuneração mínima. Grupos e organizações de mulheres são modelos para o processo de organização, planejamento e implementação do componente de promoção da saúde. Os grupos de mulheres deveriam receber mais reconhecimento e apoio dos políticos e instituições. Contraditoriamente, este investimento no trabalho da mulher aumenta a desigualdade, por não receberem salários ou serem sub-assalariadas. Por sua participação efetiva na promoção da saúde, as mulheres deveriam ter mais acesso à informação e aos recursos do setor. Todas as mulheres, especialmente aquelas de grupos étnicos, indígenas ou outras minorias, têm o direito à autodeterminação de sua saúde e deveriam ser parceiras plenas na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural.

Esta Conferência propõe que os países comecem a desenvolver planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, nos quais os pontos da agenda do movimento de mulheres fossem respeitados e priorizados, incluindo como sugestão as seguintes propostas:

- igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade;
- práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres;
- mecanismos de apoio à mulher trabalhadora, como: apoio a mulheres com crianças, licença-maternidade, licença para acompanhamento dos cuidados a filhos doentes.

- Alimentação e nutrição

A eliminação da fome e da má-nutrição são objetivos fundamentais das políticas públicas voltadas à saúde. Estas políticas devem garantir acesso universal a quantidades suficientes de alimentos de boa qualidade e que respeitem as peculiaridades culturais. Políticas de alimentação e nutrição devem integrar métodos de produção e distribuição de alimentos dos setores público e privado, para atingir preços equitativos.

Políticas de alimentação e nutrição que integrem harmonicamente a agricultura, a economia e os fatores ambientais deveriam ser uma prioridade de todos os governos para obter um maior impacto na saúde nos níveis nacional e internacional. O primeiro passo para a implementação deste tipo de política deve ser o estabelecimento de metas sociais em alimentação e nutrição. Quando o Estado cria taxações e subsídios a produtos, estes devem ser usados prioritariamente em prol da melhoria do acesso da população a uma alimentação mais saudável e a uma dieta mais rica.

A Conferência recomenda que os governos implementem imediatamente ações diretas em todos os níveis para aumentar seu poder de compra no mercado de alimentos e assegurar que os estoques de alimentos sob sua responsabilidade e controle garantam

ao consumidor acesso rápido a uma comida mais saudável (incluem-se aí, também, os estoques de alimentos em e para hospitais, escolas, abrigos e locais de trabalho).

- Tabaco e álcool

O uso do fumo e o abuso do álcool são dois grandes riscos à saúde que merecem imediata ação dentro da perspectiva das políticas públicas voltadas à saúde. Está cientificamente reconhecido que o fumo não só faz um imenso mal diretamente ao fumante como também aos chamados fumantes-passivos, especialmente crianças. O álcool contribui para distúrbios sociais e traumas físicos e mentais. Além disso, devemos lembrar as sérias conseqüências ecológicas do tabaco como cultura muito rentável, principalmente em países com economias já empobrecidas, o que contribui para a atual crise mundial de produção e distribuição de alimentos.

A produção e o “marketing” da indústria do tabaco e do álcool são atividades altamente rentáveis, especialmente para os governos, devido aos elevados impostos. Os governos freqüentemente consideram que as conseqüências econômicas da redução da produção e consumo do tabaco e do álcool não compensariam os ganhos que se obteriam na saúde.

Esta Conferência alerta todos os governos para o elevado potencial humano perdido por doenças e mortes causadas pelo uso do fumo e abuso do álcool. Os governos deveriam se comprometer em desenvolver uma política pública voltada à saúde, traçando metas nacionais significativas na redução da produção de tabaco e distribuição de álcool, assim como do “marketing” e do consumo, para o ano 2000.

- Criando ambientes saudáveis

Muitas pessoas vivem e trabalham em condições prejudiciais a suas saúde e estão potencialmente expostas a produtos perigosos. Tais problemas, muitas vezes, transcendem as fronteiras nacionais. A administração e gestão ambiental deveriam proteger a saúde humana dos efeitos adversos diretos e indiretos de fatores biológicos, químicos e físicos, e deveriam reconhecer que homens e mulheres são parte do complexo ecossistema universal. A extrema mas limitada diversidade de recursos naturais, usados para melhorar as condições de vida, é essencial ao ser humano. Políticas que promovam a saúde só podem ser sucesso em ambientes que conservem os recursos naturais, através de estratégias ecológicas de alcance global, regional e local.

É necessário um elevado grau de compromisso em todos os níveis e escalões do governo. São necessários esforços para uma coordenação inter-setorial, visando assegurar que as decisões que levem a saúde em consideração sejam encaradas como prioridade ou pré-requisito para o desenvolvimento industrial e da agropecuária. Em nível internacional, a Organização Mundial da Saúde deveria desempenhar um papel mais intensivo junto aos governos para a aceitação destes princípios, apoiando o conceito de desenvolvimento sustentável.

Esta Conferência defende que, como prioridade, a saúde pública e os movimentos ecológicos juntem suas forças para o desenvolvimento socio-econômico e, simultaneamente, dos limitados recursos do planeta.

DESENVOLVENDO NOVAS ALIANÇAS NA SAÚDE

O compromisso com políticas públicas voltadas à saúde exige uma abordagem que enfatiza consulta e negociação. Políticas públicas saudáveis requerem fortes defensores que coloquem a saúde no topo da agenda dos políticos e dirigentes públicos. Isto significa promover o trabalho de grupos de defesa da saúde e auxiliar a mídia a interpretar a complexidade dos assuntos de política de saúde.

As instituições educacionais precisam responder às necessidades emergentes da nova saúde pública, reorientando os currículos existentes, no sentido de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública. No desenvolvimento das políticas, o poder deve migrar do controle para o apoio técnico. Além disso, são necessários eventos que permitam troca de experiências nos níveis local, nacional ou internacional.

A Conferência recomenda que grupos de trabalho locais, nacionais e internacionais:

- estabeleçam centros promotores de boa prática no desenvolvimento das políticas públicas saudáveis;
- desenvolvam redes de pesquisadores, educadores e gestores, para discutir processos de análise e implementação das políticas públicas voltadas a saúde.

COMPROMISSOS PARA UMA SAÚDE PÚBLICA GLOBAL

Os pré-requisitos para o desenvolvimento social e da saúde são a paz e a justiça social; alimentação adequada e água potável; educação e moradia decentes; um papel profícuo na sociedade e renda adequada; conservação dos recursos naturais e proteção do ecossistema. As políticas públicas saudáveis e o compromisso para uma saúde pública global dependerão das bases de uma forte cooperação internacional para agir nas questões que, por sua amplitude e complexidade, ultrapassam as fronteiras nacionais.

DESAFIOS FUTUROS

1. Assegurar uma distribuição equitativa dos recursos, mesmo em condições econômicas adversas, é um desafio para todas as nações.

2. A meta de Saúde para Todos no Ano 2000 somente será alcançada se a criação e preservação das condições de vida e trabalho saudáveis forem uma preocupação central em todas as decisões de políticas públicas. O trabalho em boas condições (proteção no trabalho, oportunidades de emprego, qualidade de vida produtiva do trabalhador) afeta significativamente a saúde e a felicidade das pessoas.

3. O desafio fundamental para as nações e as agências internacionais alcançarem políticas públicas voltadas à saúde é o de desenvolver parcerias para a construção da paz, respeitando os direitos humanos, a justiça social, a ecologia e o desenvolvimento sustentável em todo o planeta.

4. Em muitos países, a saúde é responsabilidade de diferentes instâncias de decisões políticas. Para atingir melhores níveis de saúde, devemos encontrar novas formas de

colaboração dentro e entre os diferentes atores, e também entre os diversos níveis de decisão.

5 - Políticas públicas voltadas à saúde devem assegurar que os avanços das tecnologias direcionadas à atenção à saúde ajudem, em vez de esconder, o processo de aprimoramento da equidade social.

A Conferência recomenda fortemente que a OMS continue o intenso trabalho de promoção da saúde através das cinco estratégias descritas na Carta de Ottawa. É urgente que a OMS expanda suas iniciativas a todas as regiões, como um processo integrado deste trabalho. Apoio aos países em desenvolvimento, principalmente aos mais pobres, é crucial para o sucesso deste processo.

RENOVAÇÃO DO COMPROMISSO

No interesse da saúde global, os participantes da Conferência de Adelaide conclamam que todos reafirmem o compromisso por uma forte aliança na saúde pública, como preceitua a Carta de Ottawa.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL

TERCEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Sundsvall, Suécia, 9-15 de junho de 1991

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde, realizada em junho de 1991, faz parte da seqüência de eventos que começaram com o compromisso da OMS de atingir as metas de Saúde Para Todos no Ano 2000 (1977). Esta decisão foi seguida pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, da UNICEF/OMS, em Alma-Ata (1978), e pela Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde nos Países Industrializados (Ottawa, 1986). Encontros subseqüentes sobre Políticas Públicas Saudáveis (Adelaide, 1988) e a Convocação para a Ação: Promoção da Saúde nos Países em Desenvolvimento (Genebra, 1989) clarificam a relevância e o significado da promoção da saúde. Paralelamente, desenvolveu-se na área da saúde um interesse público cada vez maior sobre a questão da ameaça ao meio-ambiente global. Isto foi claramente expresso pela Comissão Mundial pelo Desenvolvimento e o Meio-Ambiente no seu relatório "Nosso Futuro Comum", que trouxe um novo entendimento ao tema do desenvolvimento sustentável.

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde, com participantes de 81 países, conclama todos os povos, nas diferentes partes do globo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. Ao examinar, conjuntamente, a situação atual da saúde e do meio ambiente, a Conferência aponta para a situação de milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza e privação, em um ambiente altamente degradado que ameaça cada vez mais sua saúde, fazendo com que a meta da Saúde Para Todos no Ano 2000 torne-se extremamente difícil de ser atingida. Doravante, o caminho deve ser tornar o ambiente - físico, social, econômico ou político - cada vez mais propício à saúde.

A Conferência de Sundsvall identifica muitos exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde, que podem ser usados por políticos e governos, ativistas comunitários e outros setores da saúde e do meio ambiente. A Conferência reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde.

UMA CONVOCAÇÃO PARA A AÇÃO

Esta convocação é dirigida diretamente a políticos e outros atores responsáveis pela tomada de decisões em todos os setores relevantes e diferentes níveis de sociedade. Conclama, ainda, que todos os defensores e ativistas do setor saúde, do meio ambiente e da justiça social unam forças e formem uma aliança voltada para o objetivo comum de atingir a Saúde Para Todos no Ano 2000. Nós, participantes desta Conferência, nos comprometemos a levar esta mensagem de volta a nossos países, governos e comunidades para o início de ações imediatas neste sentido. Conclamamos também as organizações do Sistema das Nações Unidas a reforçarem a cooperação entre si e incentivarem-se mutuamente na direção de um verdadeiro compromisso com o desenvolvimento sustentável e a equidade.

Um ambiente favorável e de suprema importância para a saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e devem ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais.

As desigualdades refletem-se cada vez mais no largo fosso do nível de saúde existente, tanto no interior de nossos países como entre países ricos e pobres. Isto é inaceitável. São necessárias ações urgentes para se atingir uma maior justiça social em saúde. Milhões de pessoas estão vivendo em extrema pobreza e privação, num meio ambiente cada vez mais degradado, tanto nas zonas rurais como urbanas. Devido aos conflitos armados, um alarmante e nunca visto número de pessoas sofrem trágicas conseqüências para a saúde e o bem-estar. O rápido crescimento populacional é a maior ameaça ao desenvolvimento sustentável. Muitas pessoas são obrigadas a sobreviver sem água potável, alimentação adequada, abrigo e saneamento.

A pobreza frustra o desejo e os sonhos das pessoas de construir um futuro melhor, enquanto seu acesso limitado às estruturas políticas solapa as bases de sua autodeterminação. Para muitos, a educação é inatingível ou insuficiente, ou ainda falha em capacitar e fortalecer as populações mais pobres. Milhões de pessoas não têm acesso à educação básica e têm pouca esperança num futuro melhor. As mulheres, maioria da população mundial, ainda são muito oprimidas. Elas são sexualmente exploradas e sofrem discriminação no mercado de trabalho e em muitas outras áreas, impedindo-as exercer um papel mais relevante na criação de ambientes favoráveis à saúde.

Mais de um milhão de pessoas no mundo têm acesso inadequado aos cuidados básicos (essenciais) de saúde. Os sistemas de atenção à saúde, indubitavelmente, precisam ser reforçados.

A solução destes imensos problemas repousa na ação social para a saúde e na mobilização de recursos e criatividade de indivíduos e comunidades. Para materializar este potencial faz-se necessária uma profunda mudança na maneira como se encara atualmente a saúde e o ambiente, além de um claro e forte compromisso político com políticas sustentáveis de saúde e ambiente. As soluções estão além de um sistema de saúde nos moldes tradicionais.

As iniciativas devem vir de todos os setores que possam contribuir para a criação de um ambiente mais favorável e fomentador de saúde, e devem ser levadas a cabo pelas pessoas nas suas comunidades, nacionalmente pelos governos e ONGs, e, globalmente, através das organizações internacionais. As ações devem envolver, predominantemente, setores como a educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura.

DIFERENTES AÇÕES PARA ATINGIR AMBIENTES FAVORÁVEIS À SAÚDE

No contexto da saúde, o termo “ambientes favoráveis” refere-se aos aspectos físico e social do nosso entorno. Este termo alcança os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer. Também engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de

decisão. As ações possíveis para a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde têm diferentes dimensões: física, social, espiritual, econômica e política. Estas dimensões estão intrinsecamente ligadas em uma interação dinâmica. As ações precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis.

A Conferência sublinha quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde:

1. A dimensão social, que inclui as maneiras pela quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde. Em muitas sociedades, as relações sociais tradicionais estão mudando e podem ameaçar a saúde. Por exemplo, o crescente isolamento social, a perda de significados e propósitos coerentes de vida ou a perda de valores tradicionais e da herança cultural.

2. A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. Também requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista.

3. A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para o alcance da meta Saúde Para Todos no Ano 2000 e o desenvolvimento sustentável, o que inclui a transferência de tecnologia segura e correta.

4. A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde. A carga de trabalho das mulheres deveria ser reconhecida e compartilhada entre homens e mulheres. As organizações comunitárias de mulheres devem ter voz forte no desenvolvimento das políticas e estruturas de promoção da saúde.

PROPOSTAS PARA AÇÃO

A Conferência de Sundsvall acredita que as propostas para a implementação das estratégias para a Saúde Para Todos no Ano 2000 devam refletir dois princípios fundamentais:

1. A equidade deve ser a prioridade básica na criação de ambientes favoráveis à saúde, reunindo energia e poder criativo com a inclusão de todos os seres humanos num único esforço. Todas as políticas que almejam um desenvolvimento sustentável devem estar sujeitas a novas formas e processos de prestação de contas, de maneira a alcançar uma distribuição mais equitativa de recursos e responsabilidades. Toda alocação de recursos e ação política deve ser baseada em prioridades e compromissos claros para com os mais pobres, aliviando a dura vida dos marginalizados, grupos minoritários e pessoas com deficiência física. O mundo industrializado precisa pagar o débito humano e ambiental que acumulou através da exploração do mundo em desenvolvimento.

2. Ações do setor público para criar ambientes favoráveis à saúde devem levar em conta a interdependência entre todos os seres vivos, e devem gerenciar os recursos naturais, levando em consideração as necessidades das futuras gerações. Os povos indígenas têm

uma peculiar relação espiritual e cultural com o ambiente físico, que pode servir como uma rica lição para o resto do mundo. É essencial, daqui para a frente, que os povos indígenas sejam envolvidos nas atividades de desenvolvimento sustentável e nas negociações que dizem respeito ao seu direito à terra e à sua herança cultural.

ISSO PODE SER FEITO: REFORÇO À AÇÃO SOCIAL

A conclamação para a criação de ambientes favoráveis à saúde é uma proposta prática para ações de saúde pública no nível local, com a definição de atividades de saúde que permitam amplo envolvimento e controle da comunidade. Exemplos de todas as partes do mundo foram apresentados na Conferência com relação à educação, alimentação, moradia, apoio e atenção social, trabalho e transporte. Eles mostraram claramente que ambientes favoráveis capacitam pessoas a expandirem suas capacidades e desenvolverem a autoconfiança. Mais detalhes dessas experiências práticas estão disponíveis no relatório completo da Conferência.

Usando os exemplos citados, a Conferência identificou quatro estratégias fundamentais para a ação em saúde pública, visando promover a criação de ambientes favoráveis no nível da comunidade:

1. Reforçar a defesa da proposta através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres.
2. Capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão.
3. Construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis, de maneira a reforçar a cooperação entre as campanhas e estratégias nas áreas da saúde e do ambiente.
4. Mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.

Em resumo, aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento.

Os participantes desta Conferência reconhecem, em particular, que a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos. A educação deveria ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade, particularmente com respeito à cultura, classe social e gênero.

PERSPECTIVA GLOBAL

As pessoas são parte integral do ecossistema da terra. O processo de saúde está fundamentalmente interligado com o meio ambiente total. Todas as informações disponíveis indicam que não será possível sustentar a qualidade de vida para os seres humanos e demais espécies vivas sem uma mudança drástica nas atitudes e

comportamentos, em todos os níveis, com relação ao gerenciamento e à preservação do ambiente.

Ações combinadas para se atingir um ambiente favorável sustentável à saúde são o atual desafio do nosso tempo.

Em nível internacional, grandes diferenças nas rendas per capita provocam desigualdade não somente no acesso à saúde como também na capacidade de as sociedades melhorarem sua situação e garantirem uma qualidade de vida decente para as futuras gerações. As migrações das áreas rurais para o setor urbano aumentam drasticamente o número de pessoas vivendo em favelas, com os problemas decorrentes - o que inclui falta de água potável e saneamento básico.

As decisões políticas e o desenvolvimento industrial estão quase sempre baseados em planejamento e ganhos econômicos de curto prazo, que não levam em conta os verdadeiros custos quanto à saúde das populações e o ambiente. A dívida externa drena os já escassos recursos dos países pobres. Gastos militares tendem a aumentar e a guerra, além de causar mortes e deficiências, introduzem agora novas formas de vandalismo ecológico.

A exploração da força de trabalho, a exportação e a venda de substâncias perigosas (nucleares), principalmente nas nações mais fracas e pobres, o consumo perdulário dos recursos naturais do planeta têm demonstrado que o atual modelo de desenvolvimento está em crise. Há a necessidade urgente de se avançar na direção de uma nova ética e de um acordo global baseado na coexistência pacífica, que permitam a distribuição e utilização mais equitativa dos limitados recursos naturais do planeta.

POR UMA PRESTAÇÃO DE CONTAS GLOBAL

A Conferência de Sundsvall alerta a comunidade internacional para o estabelecimento de novos mecanismos para a prestação de contas dos setores saúde e ambiente, construídos sobre princípios de um desenvolvimento sustentável da saúde. De fato, isto requer declarações de peso dos setores da saúde e do ambiente em relação às suas políticas principais e iniciativas programáticas. A OMS e o Programa das Nações Unidas para o Ambiente (UNEP) devem redobrar seus esforços no estabelecimento de códigos de conduta no comércio e propaganda de substâncias e produtos prejudiciais à saúde e ao meio ambiente.

A OMS e a UNEP devem desenvolver guias e manuais baseados nos princípios do desenvolvimento sustentável, para uso dos estados-membros. Os doadores e agências de financiamento, multilaterais ou bilaterais, como o Banco Mundial e o FMI, devem utilizar tais guias e manuais no planejamento, implementação e avaliação de projetos. São necessárias providências urgentes para apoiar os países em desenvolvimento a identificar e utilizar suas próprias soluções ao processo de desenvolvimento. Uma estreita colaboração com as ONGs deve ser assegurada durante este processo.

A Conferência de Sundsvall conclui, também, que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente.

Os participantes da Conferência solicitam à Conferência das Nações Unidas do Meio Ambiente e do Desenvolvimento (UNCED), que será realizada no Rio de Janeiro, em 1992, que considere a Declaração de Sundsvall nas deliberações sobre a Carta da Terra e a Agenda 21, considerados um plano de ação com vistas ao próximo século. As metas e objetivos da saúde devem ter uma presença dominante em ambos os documentos. Somente uma ação global, baseada numa parceria entre todas as nações, assegurará o futuro de nosso planeta.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ

Conferência Internacional de Promoção da Saúde
Santafé de Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), em Santafé de Bogotá, no período de 9 a 12 de novembro de 1992, contou com a assistência dos ministros da Saúde da Bolívia, Colômbia, Equador e Nicarágua; dos vice-ministros da Saúde de Cuba, Guatemala e Panamá, e do prefeito de La Paz. Por parte da OPS, compareceram o diretor da Secretaria Sanitária Pan-Americana, os coordenadores dos programas regionais de Promoção da Saúde, Saúde Ambiental, Serviços de Saúde e Saúde Materno-Infantil, assim como consultores provenientes da sede central e das representações dos países. Também participaram, entre outros, funcionários do setor saúde, especialistas, pessoas vinculadas a processos de promoção social, representantes de serviços de saúde e saneamento ambiental, de organizações não-governamentais e associações comunitárias, docentes, estudantes e profissionais da comunicação social.

Em suma, 550 representantes de 21 países (Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Espanha, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela) se reuniram para definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da região.

As conclusões da Conferência respondem aos problemas específicos das nações latino-americanas e incorporam significativamente resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências na promoção da saúde de outras nações do mundo. A seguir, a declaração elaborada e adotada pela Conferência.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

A promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. A região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

1. Setores importantes da população não conseguiram satisfazer as necessidades básicas para garantir condições dignas de vida. Estas complexas e agoniantes desigualdades, tanto de tipo econômico, ambiental, social, político e cultural como relativas à cobertura, acesso e qualidade nos serviços de saúde, tendem a acentuar-se

em razão da redução histórica do gasto social e das políticas de ajuste. Portanto, é difícil enfrentar e resolver estes problemas com perspectivas a alcançar a saúde para todos.

2. A situação de iniquidade da saúde nos países da América Latina reitera a necessidade de se optar por novas alternativas na ação da saúde pública, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e pobreza, ao que se sobrepõe os efeitos colaterais causados pelas enfermidades da urbanização e industrialização. A região apresenta uma situação epidemiológica caracterizada pela persistência ou ressurgimento de endemias como a malária, cólera, tuberculose e desnutrição; pelo aumento de problemas como o câncer e doenças cardiovasculares e pelo surgimento de novas enfermidades como a Aids e as resultantes da deterioração ambiental. Dentro deste panorama, a promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma cultura de saúde. Dessa forma, o repasse de informação e a promoção do conhecimento constituem valiosos instrumentos para a participação e as mudanças dos estilos de vida nas comunidades.

3. Também na ordem política existem barreiras que limitam o exercício da democracia e a participação da cidadania na tomada de decisões. Nestas circunstâncias, a violência – em todas as suas formas – contribui muito para a deterioração dos serviços, causando inúmeros problemas psicossociais, além de constituir o fundamento de significativos problemas de saúde pública.

4. O que se espera da equidade consiste em eliminar diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, que restringem as oportunidades para alcançar o direito ao bem-estar. Cada sociedade define seu bem-estar como uma opção particular de viver com dignidade. O papel que corresponde à promoção da saúde para alcançar este propósito consiste não só em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos, mas também em atuar além, como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas calamidades.

5. O desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e sociedades é a essência da estratégia de promoção da saúde no continente. Em conseqüência, esta assume as tradições culturais e os processos sociais que forjaram nossas nacionalidades, possibilitando, além de tudo, enfrentar criativa e solidariamente a adversidade, os obstáculos estruturais e as crises recorrentes. Reconhecer, recuperar, estimular e difundir estas experiências é indispensável para a transformação de nossas sociedades e o impulso à cultura e saúde.

ESTRATÉGIAS

Em nível internacional, o movimento de promoção da saúde gerou propostas teóricas e práticas dentre as quais se destaca o planejamento da Carta de Ottawa, pela sua clareza em definir os elementos constitutivos da promoção da saúde e os mecanismos para colocá-la em prática. A incorporação destas propostas se torna indispensável para a estratégia de promoção da saúde na América Latina.

1. Impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e oportunidades para

facilitar opções saudáveis. Com eles, será possível a criação de ambientes sadios e o prolongamento de uma vida plena, com o máximo desenvolvimento das capacidades pessoais e sociais.

2. Transformar o setor saúde colocando em relevo a estratégia de promoção da saúde, o que significa garantir o acesso universal aos serviços de atenção, modificar os fatores condicionantes que produzem morbimortalidade e levar a processos que conduzam nossos povos a criar ideais de saúde, mediante a completa tomada de consciência da importância da saúde e a determinação de realizar ações transcendentais de impacto neste campo.

3. Convocar, animar e mobilizar um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade. Este é um processo que tende a modificar as relações sociais de modo que sejam inaceitáveis a marginalidade, a iniquidade, a degradação ambiental e o mal-estar que estas produzem.

COMPROMISSOS

O direito e o respeito à vida e à paz são os valores éticos fundamentais da cultura e da saúde. Torna-se indispensável que a promoção da saúde na América Latina assuma estes valores, cultive-os e pratique-os habitualmente.

1. Impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos, e a promoção da saúde como estratégia para modificar estes fatores condicionantes.

2. Convocar as forças sociais para aplicar a estratégia de promoção da saúde, colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos, a fim de criar e manter ambientes familiares, físicos, naturais, de trabalho, sociais, econômicos e políticos que tenham a intenção de promover a vida, e não degradá-la.

3. Incentivar políticas públicas que garantam a equidade e favoreçam a criação de ambientes e opções saudáveis.

4. Afinar mecanismos de concentração e negociação entre os setores sociais e institucionais para levar a cabo atividades de promoção da saúde, visando avançar até alcançar o bem-estar, propiciando a transferência de recursos de investimento social às organizações da sociedade civil.

5. Consolidar uma ação que se comprometa a reduzir gastos improdutivos, tais como os pressupostos militares, desvios de fundos públicos gerando ganâncias privadas, profusão de burocracias excessivamente centralizadas e outras fontes de ineficiência e desperdício.

6. Fortalecer a capacidade da população nas tomadas de decisões que afetem sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis.

7. Eliminar os efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher. A participação da mulher, genitora de vida e bem-estar, constitui um elo indispensável na promoção da saúde na América Latina.

8. Estimular o diálogo entre diferentes culturas, de modo que o processo de desenvolvimento da saúde se incorpore ao conjunto do patrimônio cultural da região.
9. Fortalecer a capacidade convocatória do setor saúde para mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde.
10. Reconhecer como trabalhadores e agentes de saúde todas as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde, da mesma maneira que os profissionais formados para a prestação de serviços assistenciais.
11. Estimular a investigação na promoção da saúde, para gerar ciência e tecnologia apropriada e disseminar o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de liberdade, mudança e participação.

O nosso é um Continente de esperança e de futuro.
Realizar a esperança, viver em paz com dignidade,
é o compromisso que assumimos.

Santafé de Bogotá
Novembro de 1992

DECLARAÇÃO DE JACARTA

QUARTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
Jacarta, Indonésia, 21-25 de julho de 1997

ANTECEDENTES

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI - tem lugar num momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento em prol da saúde. Quase 20 anos se passaram desde que os estados-membros da Organização Mundial da Saúde, através da Declaração de Alma-Ata, assumiram um compromisso ambicioso para com uma estratégia mundial de Saúde para Todos no Ano 2000, e para com os princípios de atendimento primário à saúde. Dez anos já se passaram desde a realização da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Dessa Conferência resultou a publicação da Carta de Ottawa para a promoção da saúde, que desde aquela época tem servido como fonte orientadora e de inspiração para a promoção da saúde. Conferências e reuniões internacionais subseqüentes têm deixado ainda mais clara a relevância e o significado das principais estratégias em promoção da saúde, incluindo políticas públicas positivas (Adelaide, 1988) e meio ambientes favoráveis à saúde (Sundsvall, 1991).

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, é a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ela oferece ocasião para refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, bem como reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE É UM INVESTIMENTO VALIOSO

A saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico.

A promoção da saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la. A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos.

A Declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde oferece uma visão e um enfoque para a promoção da saúde no próximo século. Reflete o compromisso firme dos participantes da Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de recorrer a mais ampla gama de recursos para enfrentar os determinantes da saúde no século XXI.

DETERMINANTES DA SAÚDE: NOVOS DESAFIOS

Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde.

As tendências demográficas tais como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, maior uso abusivo de drogas e a violência civil e doméstica ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas.

Doenças infecciosas novas e reemergentes e o maior reconhecimento sobre os problemas de saúde mental requerem urgentes providências. É vital que a promoção da saúde evolua para fazer frente aos determinantes da saúde.

Os fatores transacionais também representam um impacto significativo para a saúde. Incluem-se entre estes a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de comunicações, assim como a degradação ambiental devida ao uso irresponsável dos recursos.

Essas mudanças moldam os valores, os estilos de vida durante toda a existência das pessoas e as condições de vida em todo o mundo. Algumas têm grande potencial para a saúde, tal como o desenvolvimento da tecnologia das comunicações, já outras, como o comércio internacional do tabaco, têm um enorme impacto negativo.

As pesquisas e os estudos de casos realizados mundialmente apresentam provas convincentes de que a promoção da saúde funciona. As estratégias de promoção da saúde podem provocar e modificar estilos de vida, assim como as condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde. A promoção da saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde.

As cinco estratégias propugnadas na Carta de Ottawa são:

- elaboração de políticas públicas saudáveis;
- criação de meio ambientes que protejam a saúde;
- fortalecimento da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais; e
- reorientação dos serviços de saúde.

Existem, hoje, claras provas de que:

- os enfoques abrangentes ao desenvolvimento da saúde são os mais eficientes. Os que utilizam combinações de cinco estratégias são mais eficazes do que os enfoques mais limitados.
- as localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes. Incluem-se entre elas metrópoles, ilhas, cidades, municipalidades e comunidades locais, seus mercados, escolas, locais de trabalho e estabelecimentos de atendimento à saúde.

- a participação é essencial para dar apoio ao esforço. Para ser eficaz, é necessário que as pessoas estejam no meio da ação de promoção da saúde e do processo de tomada de decisão.
- aprender sobre saúde fomenta a participação. O acesso à instrução e à informação é essencial para alcançar a participação eficaz e o direito de voz das pessoas e das comunidades.

ESTAS ESTRATÉGIAS SÃO OS ELEMENTOS ESSENCIAIS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E SÃO RELEVANTES PARA TODOS OS PAÍSES

1. Necessitam-se de novas respostas

Para fazer face às ameaças emergentes à saúde, há necessidade de ações novas. O desafio para os anos vindouros será destravar o potencial para a promoção da saúde inerente em muitos setores da sociedade, nas comunidades e nas famílias.

Existe uma flagrante necessidade de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, entre organizações governamentais e não- governamentais e entre os setores público e privado. A cooperação é essencial. Em termos específicos, isto requer a criação de novas parcerias em prol da saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governabilidade nas sociedades em condições de igualdade.

PRIORIDADES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SÉCULO XXI

1. Promover a responsabilidade social para com a saúde

Os tomadores de decisão devem estar firmemente comprometidos com a responsabilidade social. Tanto o setor público quanto o privado deveriam promover a saúde, indo ao encaixe de políticas e práticas que:

- evitem prejudicar a saúde de outros indivíduos,
- protejam o meio ambiente e assegurem o uso sustentável dos recursos,
- restrinjam a produção e o comércio de produtos e de substâncias inerentemente prejudiciais, tais como tabaco e armas, assim como práticas de mercado insalubres,
- salvaguardem tanto o cidadão no ambiente de mercado como o indivíduo no local de trabalho,
- incluam uma avaliação do impacto sobre a saúde focalizado na equidade como parte integral da elaboração de políticas.

2. Aumentar os investimentos para fomentar a saúde

Em muitos países, o investimento atualmente feito no setor saúde é inadequado e, muitas vezes, ineficaz. Um aumento de investimento para o fomento da saúde requer um enfoque realmente multissetorial, incluindo recursos adicionais para a educação e para a habitação, bem como para o setor saúde. Um maior investimento para a saúde e uma reorientação dos investimentos existentes - tanto dentro dos países como entre países - têm o potencial de avançar significativamente o desenvolvimento humano, a saúde e a qualidade de vida.

3. Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde

A promoção da saúde requer parcerias para o desenvolvimento social e da saúde entre os diferentes setores e em todos os níveis de governabilidade e da sociedade. As parcerias já existentes necessitam ser reforçadas, e o potencial para novas parcerias tem de ser explorado.

As parcerias oferecem benefício mútuo para a saúde através do compartilhamento de especializações, habilidades e recursos. Cada parceria tem que ser transparente e responsável pela prestação de contas, e fundamentar-se em princípios éticos ajustados, compreensão e respeito mútuos. As diretrizes da OMS devem ser obedecidas.

4. Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo

A promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. Ela melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para influenciar os determinantes da saúde.

Para melhorar a capacidade das comunidades e promover a saúde, requer instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar o direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança.

Tanto a comunicação tradicional como os novos meios de informação apóiam esse processo. É necessário utilizar os recursos sociais, culturais e espirituais de formas inovadoras.

5. Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde

Para conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde faz-se necessário encontrar novos mecanismos para seu custeio nos níveis local, nacional e mundial. Devem-se criar incentivos para influenciar as ações de organizações governamentais e não-governamentais, instituições educacionais e o setor privado, a fim de assegurar que a mobilização de recursos para a promoção da saúde seja maximizada.

“Localidades para a saúde” representam a base organizacional da infra-estrutura necessária para a promoção da saúde. Novos desafios sanitários significam que redes novas e diversificadas têm de ser criadas para se conseguir a colaboração intersectorial. Tais redes deveriam prestar assistência mútua dentro e entre países e facilitar o intercâmbio de informações sobre que estratégias são eficazes e em que localidades.

Deve-se incentivar o treinamento e a prática das habilidades da liderança local para apoiar as atividades de promoção da saúde. Deve-se intensificar a documentação de experiências em promoção da saúde através de pesquisas e relatos sobre projetos, a fim de aprimorar o planejamento, a implementação e a avaliação.

Todos os países deveriam criar os ambientes político, jurídico, educacional, social e econômico apropriados, necessários para apoiar a promoção da saúde.

RECOMENDAÇÕES PARA AÇÃO

Os participantes se comprometem a compartilhar as mensagens fundamentais da Declaração com seus governos, instituições e comunidades, a por em prática as ações propostas e a apresentar um informe à Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

A fim de acelerar o progresso para a promoção da saúde mundial, os participantes referendam a formulação de uma aliança mundial para a promoção da saúde. A meta dessa aliança é promover as prioridades das ações para a promoção da saúde expressas nesta Declaração. Incluem-se entre as prioridades para a aliança:

- aumento da sensibilização sobre as mudanças dos determinantes da saúde,
- apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário,
- mobilização de recursos para a promoção da saúde,
- acumulação de conhecimentos sobre as melhores práticas,
- facilitação do aprendizado compartilhado,
- promoção da solidariedade em ação,
- promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em promoção da saúde.

Faz-se um apelo aos governos nacionais para que tomem a iniciativa de impulsionar e patrocinar redes para a promoção da saúde, tanto dentro de seus países como entre países.

Os participantes da Conferência de Jacarta solicitam à OMS que assuma a liderança na formação de uma aliança mundial de promoção da saúde e que facilite aos estados-membros implementar os resultados obtidos na mesma. Cabe à OMS, como parte essencial desse papel, exortar os governos e as organizações não-governamentais, bancos de desenvolvimento, agências da ONU, órgãos inter-regionais, agências bilaterais, sindicatos e cooperativas, assim como o setor privado, a darem as necessárias prioridades às ações de promoção da saúde.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO

QUINTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
SOBRE Promoção da saúde
Cidade do México, México, 5-9 de junho de 2000

DAS IDÉIAS ÀS AÇÕES

Reunidos na Cidade do México por ocasião da Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, os ministros da Saúde que assinaram esta declaração:

1 - Reconhecem que a consecução do nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade.

2 - Reconhecem que a promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade.

3 - Estão conscientes de que, nos últimos anos, através dos esforços sustentados dos governos e sociedades em conjunto, houve uma melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo.

4 - Constatam que, apesar desse progresso, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto, devem ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar.

5 - Estão conscientes de que, ao mesmo tempo, doenças novas e reemergentes ameaçam o progresso registrado na área da saúde.

6 - Constatam a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade.

7 - Concluem que a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos.

8 - Constatam as amplas indicações de que as estratégias de promoção da saúde são eficazes.

Considerando o acima exposto, recomendam o seguinte:

AÇÕES

a - Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais.

b - 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.

c - Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área. Esses planos variarão de acordo com o contexto nacional, mas seguirão uma estrutura básica estabelecida de comum acordo durante a Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, podendo incluir, entre outros:

- identificação das prioridades de saúde e estabelecimento de políticas e programas públicos para implantá-las;
- apoio às pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias;
- mobilização de recursos financeiros e operacionais que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação dos planos de ação nacionais.

d - Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde.

e - Defender a idéia de que os órgãos da ONU sejam responsáveis pelo impacto em termos de saúde da sua agenda de desenvolvimento.

f - Informar ao diretor-geral da Organização Mundial da Saúde, para fins do relatório a ser apresentado à 107a sessão da Diretoria Executiva, o progresso registrado na execução dessas ações.