
ARTIGO DE REVISÃO

A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE
SOCIAL DETERMINATION OF HEALTH AND HEALTH PROMOTIONAndreia Assmann Pettres¹Marco Aurélio Da Ros²**RESUMO**

Este artigo apresenta uma revisão de literatura sobre a influência do modo de produção hegemônico capitalista nas condições de vida e saúde da população a partir da análise da determinação social do processo saúde-doença e sua inserção na Nova Promoção de Saúde. Como forma de sobrepujar o modelo biomédico predominante definido como biologicista, curativista, hospitalocêntrico, e ampliar o entendimento do processo saúde-doença na lógica da determinação social e da promoção da saúde realizou-se a partir de 1970 uma construção coletiva de ideias e de conhecimentos tanto no cenário internacional como no nacional que foram disseminados por meio de importantes conferências e relatórios. Dessa forma, o estilo de pensamento que inclui a nova promoção da saúde é consequência da compreensão que envolve a concepção de saúde baseado no conceito de determinação social do processo saúde-doença, educação em saúde e epidemiologia crítica, na disputa por uma nova hegemonia.

Descritores: Promoção da Saúde. Processo saúde-doença. Epidemiologia.

ABSTRACT

This paper presents a literature review on the influence of production mode for the hegemonic capitalist model in living conditions and health of the population from the analysis of the social determination of health-disease process and its place in the New Health Promotion. In order to overcome the prevailing biomedical model defined as biologicist, curative, hospital-centered, and expand the understanding of the health-disease process in the logic of social determination and health promotion was realized from 1970 a collective framing of ideas and knowledge in both the context international and national that were disseminated through conferences and reports. Thus, the thought style which includes new health promotion is a result of understanding that involves the concept of health based on the concept of social determination of health-disease process, health education and critical epidemiology, for a construction of de new hegemony.

Keywords: Health Promotion. Health-disease process. Epidemiology.

¹ Enfermeira da Universidade Federal do Paraná. (UFPR) Atualmente na Unidade de Regulação Assistencial do Hospital de Clínicas.

² Docente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho e leciona as disciplinas de saúde coletiva e humanidades no curso de medicina, é tutor da Residência de Medicina e Comunidade na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

INTRODUÇÃO

Este estudo destaca os dois mais importantes e antagônicos modelos conceituais de saúde, entre eles, o modelo biomédico e o modelo da determinação social. O primeiro, hegemônico considerado avançado até 1970; o segundo, renovado no seu entendimento do processo saúde-doença determinado por meio do processo de trabalho e das relações sociais de produção ⁽¹⁾.

Sendo assim, ocorreram movimentos e discussões a partir de 1970 em busca da superação do modelo hegemônico, biomédico para um novo estilo de pensamento - o modelo da determinação social do processo saúde-doença.

O modelo da determinação social foi influenciado pela medicina social, no século XIX, que se difundiu na Europa, pois com o período da industrialização, acentuaram-se problemas de saúde, o aumento da população urbana e do desemprego, falta de moradia, aumento da carga horária de trabalho. Neste cenário, o movimento da Medicina Social evidenciava a importância de considerar a visão social, sendo que a mudança do modo produção havia sido condição para alterar o processo saúde-doença da população ⁽²⁾.

As ideias deste movimento chocavam-se com o poder dominante, sendo uma afronta à expansão do capitalismo ⁽²⁾. Porém, no final do século XIX e início do XX, com a descoberta da bactéria por Pasteur, houve um reducionismo na compreensão do processo saúde-doença, trazendo o modelo unicausal, negando, portanto, o processo da determinação social.

E o reforço do modelo unicausal incluindo o momento histórico de expansão do capitalismo, ocorreu pela publicação em 1910, de uma pesquisa denominada Relatório Flexner, sendo Abraham Flexner, o autor do modelo biomédico, o qual reiterou a base da medicina na Rockefeller Foundation. Este estudo influencia as práticas nos dias de hoje, centrado na doença e no hospital, incluindo uma assistência individual, positivista, curativista, biologicista e fragmentada ^(1,3). Desta forma, esse modelo de atenção a saúde deixa de lado a interferência das formas de organização da produção e implica em uma solidez da lógica dominante com olhar reducionista para o cuidado com a saúde.

Esta concepção hegemônica perpetua práticas e conhecimentos que destituem a importância do social na vida dos indivíduos. Nesse sentido, a lógica de estrutura e organização da saúde amparada nesta concepção, configura em uma prática que não consegue responder aos problemas saúde/doença da população, incluindo a mudança do perfil epidemiológico e os desafios sócio-político-culturais ⁽⁴⁾.

No Brasil, vem ocorrendo desde a década de 70 o Movimento da Reforma Sanitária que inicia seu enfrentamento com o complexo médico-industrial, padrão de prática médica flexneriana, que inclui aparatos que lucram com a doença: hospitais, exames, remédios, medicina altamente

especializada⁽⁵⁾. Sendo que em 1986, culminou a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi proposto um conceito ampliado de saúde que inclui condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego, e as formas de organização social de produção⁽⁶⁾.

Simultaneamente neste mesmo ano (1986) realizou-se a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, que também possibilitou o resgate do ideário em promoção de saúde, voltada para o coletivo e ao ambiente com a visão da determinação social e suas variáveis sobre as condições de saúde⁽⁷⁾.

Assim, a Nova Promoção da Saúde, resgata as relações entre saúde e condições de vida, advindas do ideário da medicina social do século XIX, com as proposições dos sanitaristas Villermé, na França; Newmann e Virchow, na Alemanha; e Chadwick, na Inglaterra.^(5,7,8)

DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Com a estruturação do capitalismo atual sob a hegemonia neoliberal, iniciado com o Governo Thatcher a partir de 1979 e ampliado ideologicamente em 1989, com a queda do Muro de Berlim, temos a consolidação de uma nova forma de organização da sociedade, com ênfase na globalização, no qual o capital circula sem barreiras e fronteiras na busca desenfreada pelo lucro⁽⁹⁾.

A sociedade capitalista através das formas de propriedade, divisão do trabalho, competição, formas de organização e seu modo de produção, adaptado a cada formação social, acentua a reprodução das iniquidades sociais, conseqüentemente as diferenças de classes sociais⁽¹⁰⁾.

O consumo desenfreado favorece o desinteresse pela política, pois justamente o neoliberalismo apaga as utopias e os idealismos, no sentido de desmobilizar a população⁽⁹⁾. Dessa forma, os meios de comunicação mostram a imagem consumista como forma de felicidade, atraindo então, para os interesses individuais.

A cultura instaurada aprofunda os interesses que as pessoas se preocupam com o ter e, principalmente, com o presente. Sendo assim, “as pessoas estão dispostas a lutar por benefícios imediatos, abandonando as lutas maiores como um mundo melhor e libertação”(p.15)⁽⁹⁾.

Pela lógica tanto marxista existe o questionamento se os melhoramentos no sistema de saúde podem ocorrer sem transformações na ordem social⁽¹¹⁾. O autor destaca Engels, em 1845, com a obra *As condições da classe operária na Inglaterra* o qual resgata a relação da saúde com as condições de trabalho e moradia. Na sequência, Virchow, influenciado por Engels, em 1847, recomendou “profundas transformações econômicas, políticas e sociais que incluam aumento da oferta de

empregos, melhores salários, autonomia local de governo, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva de impostos” (p.1) ⁽¹¹⁾.

Ao final dos anos 40 do século XIX, a análise marxista entrou em declínio e ressalta-se a teoria unicausal de doença. No entanto, Waitzkin destaca que o “(...) enfoque centrado em doenças reduziu o nível de análise ao organismo individual (...) estimulado a busca de origens unifatoriais de doenças (...) pesquisas mais recentes cuja análise enfatiza a importância do “modo de vida” individual como origem de doenças (...) Diferenças individuais de hábitos pessoais afetam a saúde em todas as sociedades. Por outro lado, o argumento sobre o modo de vida, talvez mais do que a ênfase anterior em causas específicas, obscurece importantes fontes de doenças e mutilações encontradas no processo de produção capitalista e no ambiente industrial”(p.13)⁽¹¹⁾.

No final dos anos 1960 ressurgiu a teoria marxista, devido à insatisfação com vários aspectos do sistema de saúde. Dessa forma, estudos marxistas recentes reafirmando existência de estruturas de classes estratificadas, por exemplo, o controle das instituições de saúde sendo exercidas por membros da classe alta e a crescente especialização dentro das instituições impedindo as lutas por interesses comuns⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, a determinação social da saúde enunciada por núcleos da medicina social da América Latina, nos anos 1970, queria resgatar a estrutura social e saúde, além do sistema econômico, trabalho e classe social, que estavam excluídas no sistema de saúde pública⁽¹⁰⁾.

Um estudo de 15 anos realizado em 1973, nos Estados Unidos, indicou que para o envelhecimento o indicador mais forte de longevidade foi a satisfação no trabalho, na sequência, felicidade geral, sendo outros fatores – alimentação, exercício, genética – podendo responder por 25% dos fatores de risco para as doenças cardíacas⁽¹¹⁾. Assim, “estas descobertas são ameaçadoras para a atual organização da produção capitalista”(p.13)⁽¹¹⁾.

A maximização dos lucros pelo capitalismo na lógica do consumo e da globalização, a partir dos anos 1980, aumentou a deterioração da vida¹⁰. A partir disso, Breilh destaca a construção da epidemiologia crítica latino-americana sobre a determinação social da saúde a qual enfoca “os modos de viver historicamente estruturados e seus perfis de saúde, com a estrutura de propriedade e de acumulação, suas políticas de Estado e suas relações culturais”(p.4)⁽¹⁰⁾.

O modelo dos determinantes da saúde pela OMS possui contribuição para uma análise ampliada da saúde, porém preocupa as implicações práticas em atuar sobre fatores e não em mudanças dos processos estruturais⁽¹⁰⁾, portanto não há sinonímia entre determinantes e determinação.

A compreensão da saúde como objeto, como campo metodológico e de ação, somando-se a reflexão da determinação social da saúde, implicará em verificar a “saúde como complexa

multidimensional e dialeticamente determinada; como inovação de categorias e operações metodológicas; e transformação das projeções práticas e relações das forças sociais”(p.7)⁽¹⁰⁾.

O Brasil na VIII Conferência Nacional de Saúde, coordenada por Arouca, em 1986, na proposta do Movimento Sanitário, resgatou a conjuntura saúde e condições sociais discutidas amplamente na Europa, em 1848⁽²⁾. O tema da conferência era Saúde direito de todos, dever do Estado. E nesse cenário construiu-se um conceito ampliado de saúde.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de ‘organização social da produção’, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (...) a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (p.58)⁽⁶⁾.

Há um gradiente social na duração da vida e na qualidade de vida, sendo a saúde um marcador sensível e de maior evidência¹². Assim, “países da América Latina, incluindo Brasil, possuem uma ‘democracia excludente’ que associa procedimentos democráticos com ampliação de iniquidade, desigualdades e a fragmentação social” (p.18)⁽¹²⁾.

O conceito da VIII Conferência traz a explicação de como modos de vida, o resgate do coletivo, no qual é a expressão da posição na estrutura produtiva, bens de consumo do grupo, capacidade do grupo criar e reproduzir valores culturais e identidade, além do empoderamento e da relação com a natureza⁽¹³⁾. Nesse sentido, a situação de saúde da população em cada sociedade, em geral, está estreitamente relacionada com seu modo de vida e com os processos que o reproduzem e transformam⁽¹⁴⁾.

As formas de viver verificam-se em nível individual, ao qual se tem o livre arbítrio, autonomia relativa, expresso por meio da jornada de trabalho, padrão familiar e pessoal de consumo (alimentação, descanso), valores pessoais, caminho ecológico e de organização das ações em defesa da saúde¹³. Desta forma, a situação individual de saúde está relacionada também com este jeito de vida, singular e com os processos que os reproduzem e transformam⁽¹⁴⁾.

O conhecimento complexo e multidimensional das necessidades em saúde exige um conjunto de ferramentas para aproximações sucessivas da realidade⁽¹²⁾. Escorel em seu texto afirma que o perfil epidemiológico de uma determinada população é determinado tanto pela estrutura de produção como pela estrutura de consumo (modo de vida), reafirmando o assinalado na VIII Conferência de 1986, e destacando como isso afeta o conjunto de comportamentos, hábitos, atitudes, etc⁽¹²⁾.

Ao se falar de saúde, muitos pensam nos problemas ligados a assistência, ou mesmo associam à prevenção. Nessa perspectiva, o rompimento da lógica hegemônica do modelo biomédico, positivista e funcionalista da prática oportunizará compreender a saúde em uma perspectiva integral, em sua complexidade, superando a visão linear e reducionista⁽¹³⁾. Destaca-se os aspectos da determinação complexa da saúde: ⁽¹³⁾

- a) Multidimensionalidade: abrange espaço macro e micro; as dimensões geral (G), particular (P) e singular (S).
- b) Carater contraditório de seu movimento: estruturas de reprodução e procesos de geração; Assim como oposição de procesos protetores e não saudáveis em todas as dimensões.
- c) Hierarquia e conexão: “subsunção” e “autonomia relativa”.
- d) Identidade: vida em comunidade (unidade) e diversidade.
- e) Sistema: aberto-irregular e fechado-regular”

O domínio geral corresponde à determinação do sistema de acumulação, sistema de produção. O domínio particular corresponde às condições estruturadas dos modos de vida dos grupos constitutivos, com seus padrões de exposição e de vulnerabilidade aos processos nocivos¹³. E, por último, o domínio singular expressando a determinação dos estilos de vida das pessoas e suas características fenotípicas e genotípicas⁽¹³⁾. Nesse sentido, Breilh faz uma associação absolutamente ímpar da dialética da determinação social até o indivíduo e deste até a determinação social, portanto, acreditamos que seja fundamental preservar a sua originalidade.

“Posto em termos de economia política do movimento, o processo de acumulação de capital (domínio G), subsume os modos de vida das classes (domínio P) e estes subsumem os estilos de vida e condicionalidades de saúde individuais (domínio S), mas essa hierarquia não é absoluta em função de que existe a possibilidade de um contra movimento dos domínios mais específicos sobre os mais gerais. Deste modo o movimento da determinação da saúde não é exclusivamente de um determinismo coletivo ou geral, como tampouco é produto exclusivamente de um determinismo biológico, psicológico e individual, é melhor, o resultado de um complexo processo de determinação social que implica ou pressupõe também o jogo das cotidianidades e possibilidade físicas e psicológicas da vida pessoal que embora não sejam dominantes na esfera coletiva, tem uma margem para o livre arbítrio que faz possível a geração de ações que, podem somar com outras para fazer uma massa crítica de transformação” (p.110)⁽¹³⁾.

Para a superação da iniquidade e despertar a consciência perante o sistema atual, verificam a importância da mobilização social, que possibilitem o direito humano à saúde^(9,10). Nessa direção, a

defesa da vida e da saúde tem então, que “atuar promovendo processos saudáveis, que chamamos promoção da saúde”(p.115)⁽¹³⁾, diferentemente de um conceito de prevenção de doença.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM NOVO ESTILO DE PENSAMENTO

Para iniciar a discussão é importante caracterizar o que entendemos sobre o conceito de estilo de pensamento (EP). Segundo Fleck, o EP indica o modo de pensar e os conceitos considerados pertinentes para um determinado período, condicionados histórico-culturalmente¹⁵. Nesse sentido, a estratégia da promoção de saúde se destaca nos últimos 40 anos, pois tende a negar a assistência médica, como promotora de saúde entendendo que esta maior complexidade tecnológica atual se apresenta com poucos resultados na saúde, embora importante para tratamento de doenças e com isso resgata as relações entre saúde e condições de vida. Esse resgate surge no movimento de medicina social do século XIX trazidas por Chadwick, Virchow, Neumann e Villerme^(5,16,17).

No movimento em 1848, Virchow, Neumann e outros médicos já consideravam a importância da promoção da saúde, pois como um dos princípios da medicina social enfatizavam que “devem ser tomadas providências no sentido de ‘promover a saúde’ e combater a doença e que as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas”(p.85)⁽¹⁸⁾.

O movimento de medicina social foi hegemônico na Europa entre 1830 e 1870, quando ascende a teoria unicausal por Louis Pasteur⁽¹⁾. Após, as ideias de determinação social foram retomadas por Henry Sigerist e Georges Canguilhem (1943/1968), mas ficaram restritas na área das ciências sociais, pouco modificando a tendência norte-americana, do modelo unicausal (flexneriano).

O modelo flexneriano, também denominado biomédico, se fortaleceu pela publicação do Relatório Flexner, em 1910. Este estudo influencia as práticas nos dias de hoje, centrado na unicausalidade e inclui uma assistência individual, positivista, curativista, hospitalocêntrica, biologicista e fragmentada^(1,3).

Entre o período de 1920 e 1950, destacava-se o movimento da medicina preventiva, em um contexto de crítica à medicina curativa. E este movimento propunha mudanças na prática médica ressaltando a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças⁽⁸⁾. Este movimento no entanto não abordava a saúde como determinada socialmente e estava intrinsecamente ligada ao pensamento biologicista.

Nesse sentido, Henry E. Sigerist, em 1946, historiador médico canadense, traz em evidência novamente a promoção da saúde, definindo quatro funções da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente, reabilitação⁽¹⁶⁾. Para Sigerist, promover a saúde implicava

proporcionar condições de vida e de trabalho decente, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, invocando, o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, médicos e educadores.

Outro autor a contemplar a promoção da saúde em suas discussões, foi Winslow, médico americano contemporâneo de Sigerist, o qual define promoção da saúde como um esforço da comunidade organizada para efetivar políticas de melhoria das condições de saúde da população e programas educativos dirigidos à saúde individual, bem como para desenvolver mecanismos sociais que assegurem a todos níveis de vida adequados para a manutenção e melhoria da saúde⁽¹⁶⁾.

Porém, foram Leavell e Clark, que em 1976, sistematizaram o ideário da medicina preventiva, através do modelo de História Natural das Doenças. Dentro deste modelo, o processo evolutivo da doença está subdividido em dois períodos, o pré-patogênico e o período patogênico, respectivamente, antecede ao início da doença e doença instalada. A partir deste período evolutivo, ajustaram-se três fases de prevenção, sendo a primária, ao qual se tem a inserção da promoção da saúde juntamente à proteção específica; a prevenção secundária correspondente ao diagnóstico precoce, tratamento e limitação da invalidez; e por último a prevenção terciária, que envolve a reabilitação.

As ações em Leavell e Clark, em 1976, privilegiavam ações educativas normativas voltadas para indivíduos, com projeção para famílias e grupos⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, aponta-se este modelo como um reducionismo centrado no indivíduo e na doença, que embora muito úteis para tratar indivíduos e coletividades não incorpora modificações da sociedade, e principalmente subsumia a promoção de saúde à prevenção de doenças.

A promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas⁷. Dessa forma, caracteriza dois tipos de enfoques, sejam eles, o comportamental, de mudanças de estilo de vida e aquela que busca articular a saúde com a temática das condições e qualidade de vida^(16,14).

Esclarecendo esses enfoques, o primeiro, comportamental, é expresso por meio de ações de saúde que visam à transformação de hábitos e estilos de vida dos indivíduos, priorizando aspectos educativos ligados aos riscos comportamentais. A ênfase deste enfoque na responsabilização do sujeito sobre sua saúde, ou seja, culpabilização da vítima⁽¹⁹⁾.

O segundo enfoque, caracterizado como dimensão social, considera o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, valorizando a qualidade de vida e de saúde^(7,16). Esta visão ampliada da questão da saúde na sociedade implica olhar ao coletivo de indivíduos e para o ambiente em todas as suas dimensões. Nesse sentido, este enfoque resgata as ideias da medicina social

do século XIX, pois o modelo da determinação social da doença não nega a atenção individual quando necessária, mas ela é contextualizada numa relação entre cidadãos⁽¹⁾.

Diante disso, a Promoção da Saúde é amplamente discutida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por diversos países influenciando a organização dos sistemas de saúde para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam o coletivo e seu ambiente.

Os modelos de intervenção que atuam fragmentariamente e constroem as terapêuticas do corpo como máquina ou saúde como mera ausência de doença estão fadados ao fracasso e insuficiência⁽⁴⁾. A superação desta perspectiva, traz a compreensão da saúde como produzida pela sociedade e influenciada pelas formas de organização de vida, da sociabilidade, da afetividade, da cultura, do lazer, sendo então resultante da experiência social⁽⁴⁾. Sendo, portanto “um novo modo de compreender a saúde e a doença e um novo modo dos indivíduos e das coletividades obterem saúde porque procura conceber a saúde ao encontro de um novo equilíbrio na relação homem-homem e na díade homem-natureza”(p.30)⁽²⁰⁾.

Como forma de sobrepujar o modelo biomédico predominante e ampliar o entendimento do processo saúde/doença, realizou-se uma construção coletiva de ideias e de conhecimentos que foram transformados e disseminados através das conferências e relatórios obtidos em discussões internacionais renovando-se a visão do cuidado da saúde.

A promoção da saúde, nos últimos anos tem sido referenciada como iniciada pelo Relatório Lalonde publicado no Canadá em 1974⁷. Marc Lalonde era o ministro de saúde do Canadá e publicou o documento denominado *Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses*, no qual aponta quatro grupos na determinação do processo saúde-doença: biologia humana (genética e função humana), organização dos serviços de saúde, ambiente (natural e social) e estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde)⁽²¹⁾. Sendo que os três componentes - biologia, ambiente e estilos de vida - representavam a maior parte na origem das causas da mortalidade e das enfermidades⁽⁷⁾.

Entra em cena a Conferência de Alma Ata, na Rússia, em 1978 – Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta conferência ampliou a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população, entretanto, concediam maior prioridade à perpetuação das atividades mais diretamente relacionadas com os problemas de saúde⁽²²⁾.

O Relatório da Conferência de Alma-Ata traz o enfoque do lema ‘Saúde para todos no ano 2000’ com destaque para os fatores macrossociais que envolvem a saúde, porém a meta não foi alcançada⁽¹⁹⁾. Esta conferência foi uma estratégia de saúde pública para enfrentar os problemas de

saúde, porém a medicina ocidental tradicional, com ênfase no biológico, continuou sendo o modelo predominante⁽¹⁴⁾.

Com a cooperação do Ministério da Saúde no Canadá, Associação Canadense de Saúde Pública e da OMS, organiza-se a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986, Ottawa, Canadá. Emergiu uma carta denominada Carta de Ottawa com elementos que fortaleceram a concepção da Nova Promoção de Saúde, vista em Alma-Ata. A carta, citada em documento do ministério define promoção à saúde como (...) o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo[...]. [...] à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global⁽²³⁾.

A Carta de Ottawa defende que a saúde constitui o maior recurso para a vida e para o desenvolvimento social, econômico e pessoal. As condições ligadas à saúde incluem paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, e que para a mobilização destas condições seria necessária a participação de outros setores⁽²³⁾.

Enquanto isso, é importante destacar que no Brasil, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, propondo um conceito ampliado de saúde sendo que esta resultaria, dentre outras, de condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego, e das formas de organização social de produção⁽⁶⁾.

Nesse contexto, a partir dessa Conferência Nacional juntamente ao Movimento da Reforma Sanitária, os brasileiros conquistaram um capítulo sobre saúde na Constituição Brasileira de 1988. A partir de uma mobilização social, com uma perspectiva de mudança do modelo hegemônico de atenção à saúde, curativo e hospitalar, garantiu-se a 'saúde como direito de todos e dever do Estado'.

No decorrer dos anos houve diversos encontros, conferências e construção de relatórios para discussão do ideário da Promoção da Saúde e como operacionalizar e efetivar a prática. Observa-se a introdução de novos conceitos, ideias e uma nova linguagem sobre o que é saúde e sugerindo caminhos para uma vida saudável⁽²⁴⁾, ampliando o consenso em vários países como estilo de pensamento válido para uma nova forma de organização do sistema de saúde.

A Promoção à Saúde moderna constitui nos dias de hoje um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam políticas de saúde em todo o mundo²⁴. A Nova Promoção de Saúde enfatiza que o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com o seu meio e com o coletivo de indivíduos, envolto do trabalho e das relações sociais e culturais, num determinado espaço geográfico e tempo histórico⁽⁴⁾.

A promoção da saúde compreende a concepção ampliada de saúde e a sua determinação social, dentre eles o enfrentamento dos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, entre outros, de maneira dinâmica, para favorecer a qualidade de vida. Esses fatores “se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em cidades mais ou menos saudáveis”⁽¹⁴⁾.

Embora a promoção da saúde tenha se fortalecido, as estratégias e práticas em saúde muitas vezes são confundidas com a prevenção de doenças e educação em saúde. Promover a saúde é algo distinto de prevenir as doenças e de tratá-las, sendo que para dar maior efetividade às ações é útil distingui-las⁽¹⁴⁾.

Revisitando Leavell e Clark, existe a confusão do conceito e da prática, pois estes abordaram a promoção da saúde como um componente da prevenção primária. Essa confusão advém da grande ênfase dada a modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças(p.34)⁽¹⁶⁾. Retrata a perspectiva do modelo biomédico que o foco se mantém no comportamento do indivíduo e na doença, responsabilizando-o pela saúde.

Promover a saúde abrange além do setor saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, macro e microssocial, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais⁽⁸⁾. E prevenção de doenças volta-se para cuidados na lógica da concepção de agentes causadores e fatores de risco.

O Ministério da Saúde em 2014 redefiniu a Política Nacional de Promoção de Saúde, caracterizando como princípios fundantes da mesma, entre outros, a solidariedade, felicidade, respeito à diversidade, justiça, inclusão social, etc, portanto, dissociando o entendimento de saúde com o de doença, valorizando os aspectos sociais e não os biológicos⁽²⁵⁾.

Entretanto, é importante reconhecer que ainda predomina o enfoque comportamental e preventivo nos serviços de saúde. Não se trata, por outro lado, de negar medidas preventivas, pois é importante limitar ou evitar patologias, mas de caracterizar, que prevenção, sim, trata de doenças específicas⁽²⁶⁾. É necessária uma mudança de atitude dos profissionais de saúde a ser alcançada por meio de processos educativos, treinamentos e novos formatos organizacionais, além dos serviços estarem orientados para a necessidade dos sujeitos, respeitando as diferenças culturais⁽²⁴⁾.

A proposta educativa, na lógica da promoção da saúde, deve ser a favor de uma proposta informativa, pois as pessoas não querem ser conduzidas e sim, com diálogo conduzir sua vida⁽²⁶⁾.

Partindo dessa compreensão, o contexto brasileiro, onde as carências e a exclusão social são elementos que delimitam o potencial de qualidade de vida e saúde ao alcance da maioria, promover saúde deve ser sinônimo de transformação social⁽²⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A determinação social da saúde e a promoção da saúde foram influenciadas pelas ideias revolucionárias do século XIX, incluindo Marx, Engels e Virchow e foram amplamente discutidas pelo pensamento latino-americano. Estas influências enfatizaram que os modos de produção geravam doenças. Nesse sentido, fortalece-se a mudança contra hegemônica da lógica de acumulação do capital.

O Movimento da Nova Promoção da Saúde ancorada na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença estimula uma análise crítica quanto aos enfrentamentos da influência do processo de trabalho e relações sociais de produção hegemônicas, indo além dos estilos e modos de vida da população.

A abordagem ampla e social do conceito de saúde, inserido no ideário da nova promoção da saúde, se configura na busca da equidade e desenvolvimento social para obter condições dignas de vida, e desta forma, interferir positivamente na qualidade de vida individual e coletiva.

A concepção e o amplo entendimento da determinação social da saúde é uma ferramenta fundamental para orientar a desconstrução dessa lógica hegemônica e prática positivista, propiciando assim, uma visão integral e ampla de cuidado a saúde na busca de explicar as relações entre sistema social, modos de viver e condições de saúde.

Dessa forma, o estilo de pensamento que inclui a nova promoção da saúde é consequência da compreensão que envolve a concepção de saúde baseado no conceito de determinação social do processo saúde-doença, o processo de educação em saúde e da epidemiologia crítica.

REFERÊNCIAS

1. Verdi MIM, Da Ros MA, Cutolo LRA. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2010.
2. Da Ros MA. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marco Aurélio (Org.) A saúde em debate na educação física – volume 2, Blumenau: Nova Letra, 2006: 47-66.
3. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev. bras. educ. méd., 2008; 32(4): 492-499.
4. Carvalho SR. Saúde Coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. (Tese de Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2002.

5. Da Ros MA. Estilos de pensamento em saúde pública - um estudo da produção da FSP - USP e ENSP - FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. (Tese de Doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
6. Brasil. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
7. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciê. saúde coletiva*. 2000; 5 (1): 166-177.
8. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003b. p.39-53.
9. Betto F. *Vamos mudar. Desafios do neoliberalismo no movimento popular*. Caros Amigos, 2000.
10. Breilh J. Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, de 30 de setembro a 2 de outubro de 2008, na Universidade Autónoma do México, Cidade do México.
11. Waitzkin H. *Uma visão marxista sobre atendimento médico*. São Paulo, Ed. Avante, 1980.
12. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>. Acesso em: 27 jul 2012.
13. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, Roberto Passos. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010:87-125.
14. Buss PM. Promoção da saúde da família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, 2002; 2 (6): 50-63.
15. Fleck L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
16. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS Carlos Machado (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003:15-38.
17. Czeresnia D. *Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS*. Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar, 2003a.

18. Rosen G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
19. Verdi M. Da haussmannização às cidades saudáveis – Rupturas e Continuidades nas Políticas de Saúde e Urbanização na Sociedade Brasileira do início do século XX. (Tese de Doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2002.
20. Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de Saúde: negação da negação. 2007.
21. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciên. saúde coletiva. 2004; 9 (3): 669-678.
22. Ferreira JR, Buss PM. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 7-17. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html. Acesso em: 03 de jun de 2012.
23. Brasil. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html. Acesso em: 10 de mai de 2011.
24. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciên. saúde coletiva. 2008; 13 (Supl 2): 2029-2040.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário oficial da União: Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html Acesso em: 08 de ago de 2018.
26. Da Ros MA, Vieira RC, Cutolo LRA. Educação Física – entre o biológico e o social. Há conflito nisto? Motriviv. 2005; 24: 107-117.