

PROMOÇÃO DA SAÚDE: ENTRE O CONSERVADORISMO E A MUDANÇA.

Marcos Santos Ferreira
Mestre, LABSAU/IEFD/UERJ

Luis David Castiel
Doutor, ENSP/FIOCRUZ

Maria Helena C. de Almeida Cardoso
Doutora, IFF/FIOCRUZ

RESUMO

A Promoção da Saúde (PS) é um ideário que, desde os anos 70, vem referenciando ações e políticas em saúde em vários países, apesar das críticas ao seu conservadorismo. Neste trabalho, utilizamos o método indiciário (Ginzburg, 1989) para avaliar a pertinência dessas críticas, com base, sobretudo, na análise de documentos históricos da PS. Concluimos que, se, por um lado, é preciso reconhecer a predominância de uma perspectiva conservadora, por outro, é possível vislumbrar uma abordagem transformadora nesses documentos. Portanto, antes de considerar qualquer ação de PS, é preciso saber que perspectiva ou abordagem a inspira.

ABSTRACT

Health Promotion (HP) is a movement that, despite criticism to its conservatism, has served as a reference to health actions and policies in several countries since 1970s. We used Ginzburg's method (1989) to analyze historical HP documents in order to evaluate the appropriateness of such criticism. The conclusion was that if, on the one hand, one needs to recognize the predominance of a conservative perspective in these documents, on the other, it is possible to discern a transforming approach in them. Therefore, before considering any HP action, one needs to know which perspective or approach it is based upon.

RESUMEN

La Promoción de la Salud (PS) es un ideario que, desde los 70, sirve de referencia para acciones y políticas de salud en varios países, a pesar de críticas a su conservadorismo. Utilizamos el método indiciario (Ginzburg, 1989) para evaluar la pertinencia de estas críticas, basándonos, sobre todo, en el análisis de documentos históricos de la PS. Concluimos que si, por un lado, debese reconocer la predominancia de una perspectiva conservadora en estos documentos, por otro, es posible vislumbrar un enfoque transformador en ellos. Consecuentemente, para considerar cualquier acción de PS, resulta necesario saber qué perspectiva o enfoque la inspira.

INTRODUÇÃO

A expressão 'Promoção da Saúde' aparece pela primeira vez em textos científicos em 1946, com Henry Sigerist (1891-1957), à qual se referia como uma das quatro tarefas essenciais da medicina, ao lado da prevenção de doenças, recuperação de enfermos e reabilitação (Terris, 1992). A partir daí, a idéia de Promoção da Saúde vai se propagando na literatura científica. Desde 1950, vêm sendo publicados artigos sobre o assunto em vários países, porém tratando de diferentes cenários e de questões afeitas a diversas profissões (Balfour, 1950; Von Haller, 1951; Husmark, 1955; Beard, 1959; Woolf, 1961; Sister Mary Hubert, 1961; Gatmaitan, 1966; Broadfoot, 1968). Ainda que abordada nesses

artigos a partir de diferentes perspectivas e compreensões, a idéia de Promoção da Saúde vai aos poucos ocupando o cenário acadêmico da saúde pública.

Como ideário, a Promoção da Saúde se principia na década de 70, quando passa a ser referenciada em documentos oficiais, e se consolida nos anos 80. Nesse processo, a OMS teve papel de destaque, fosse promovendo eventos, editando publicações ou fomentando o debate acerca dos princípios, conceitos e estratégias da Promoção da Saúde pelo mundo afora. Hoje, de fato, não há como se pensar em Promoção da Saúde sem se referir à OMS. Como não poderia deixar de ser, com o debate vieram as críticas, sobretudo ao caráter conservador da Promoção da Saúde.

Até que ponto, porém, a Promoção da Saúde pode ser tomada como um ideário avesso a mudanças? Buscamos elementos para responder a essa questão nos principais documentos oficiais produzidos nos anos 70 e 80, fontes primárias, tomando-os como marcas e indícios da história da Promoção da Saúde na perspectiva do método indiciário (Ginzburg, 1989). Documentos são, de fato, comumente citados (Buss, 2003; Restrepo, 2002) para ilustrar a emergência da Promoção da Saúde a partir da década de 70. A nosso ver, porém, a essa referência não corresponde uma análise mais detalhada das pistas neles contidas. Bem, vamos, então, a esses documentos.

O Informe Lalonde

Em 1974, a Promoção da Saúde aparece pela primeira vez como termo e conceito (MacDonald, Bunton, 1995) em um documento oficial (Draper, 1995 *apud* Buss, 2003). Trata-se do documento que ficou popularmente conhecido como 'Informe Lalonde', em alusão ao então ministro da saúde daquele país, Marc Lalonde. A grande contribuição do Informe Lalonde foi a divulgação de um novo conceito de 'campo da saúde', em oposição à sua perspectiva tradicional, intimamente associado à medicina, vista como fonte de todos os avanços na saúde. Sob essa perspectiva, o campo da saúde era encarado como sinônimo de sistema de assistência médica pessoal, o que contribuía para que se associasse o nível de saúde à qualidade da medicina e, portanto, que se concentrassem os gastos nessa área. De fato, os altos e crescentes gastos destinados à cura de doenças, característicos de um sistema de saúde hospitalocentrista, eram a preocupação central do Informe Lalonde. Com base no novo conceito de 'campo da saúde', o documento apontava a necessidade de se analisar de modo mais abrangente as causas e os fatores predisponentes de doenças e problemas de saúde, o que ajudaria a delinear ações e estratégias que extrapolassem o sistema de saúde.

Um dos desdobramentos do novo conceito de 'campo da saúde' foi a elevação dos elementos *biologia humana*, *meio ambiente* e *estilo de vida* ao mesmo nível de importância do *sistema de saúde* propriamente dito. A aplicação desse conceito de 'campo da saúde' significava que as respostas aos problemas de saúde passavam a ser buscadas no conjunto dos quatro elementos constitutivos do campo. Esse tipo de análise, que pode ser adotado para outros problemas de saúde, encerra, a rigor, o conceito de risco epidemiológico. Sob essa ótica, a ocorrência de determinados eventos, e sua associação a tantos outros, é projetada para o futuro como uma medida de probabilidade. Por exemplo, se em 75% das mortes por acidentes de trânsito ocorreu algum tipo de falha humana (e uma vez que se acredita na probabilidade de essa proporção se repetir no futuro), então mudanças de comportamento (estilos de vida) passam a ser priorizadas como medida para a redução daquelas mortes. A noção de risco epidemiológico, portanto, subjaz o conceito do novo 'campo da saúde'.

No entanto, entre os elementos constituintes do 'campo da saúde', meio ambiente e estilo de vida parecem ser evidenciados no Informe Lalonde (Restrepo, 2002). Quando analisadas as principais causas de morte no Canadá, em 1971, afirma-se no documento que

“os riscos auto-impostos e o meio ambiente são os fatores principais ou pelo menos importantes entre as cinco maiores causas de morte de 1 a 70 anos de idade; [assim] só se pode concluir que, a menos que o meio ambiente seja modificado e que os riscos auto-impostos sejam diminuídos [grifos nossos], as taxas de morte não serão significativamente reduzidas” (Lalonde, 1974, p.15).

Vale destacar, porém, que a noção de risco é muito mais fortemente associada à categoria estilo de vida do que à de meio ambiente. A nosso ver, essa associação confere certa supremacia à categoria estilo de vida, que fica ainda mais nítida quando, mais adiante, vem à baila a discussão acerca de sua relação com o meio ambiente. Sustenta-se que escolhas pessoais são ditadas por fatores ambientais e que alguns hábitos, de tão arraigados (a ponto de se constituírem adições), não podem ser alterados por simples atos de vontade. No entanto,

“[o] fato de haver verdade em ambas as hipóteses, ou seja, que o meio ambiente afeta o estilo de vida e alguns hábitos pessoais são aditivos, requer uma resposta filosófica e moral, e não apenas intelectual. Essa resposta é: se simplesmente desistirmos dos indivíduos cujos estilos de vida criam riscos excessivos à sua saúde, estaremos abandonando um número de pessoas que poderia ter sido alterado, e estaremos perpetuando o próprio ambiente que os influenciou adversamente, em primeiro lugar. Em resumo, a visão determinista deve ser deixada de lado, em favor do poder do livre arbítrio, ainda que esse poder possa por vezes ser prejudicado pelo ambiente e pela adição [grifos nossos]” (Lalonde, 1974, p.36).

O fato é que a ênfase do Informe Lalonde nos estilos de vida e fatores de risco influenciou, a nosso ver, o modo de se encarar a Promoção da Saúde no momento em que essa idéia surgia mais consistentemente no cenário acadêmico. Mais adiante, no capítulo doze, a Promoção da Saúde é apresentada como uma das estratégias para a melhoria da saúde da população canadense, *“destinada a informar, influenciar e assistir tanto a indivíduos como a instituições para que aceitem mais responsabilidade e sejam mais ativos em questões que afetam a saúde física e mental [grifo nosso]”* (Lalonde, 1974, p.66). Para o cumprimento desse papel, são apontadas vinte e três ações para a Promoção da Saúde, substancialmente relacionadas a alterações nos estilos de vida (Terris, 1992). Entre essas, vale destacar, doze estão voltadas direta ou indiretamente para a melhoria da condição física da população, mediante a prática de esportes e atividades físico-recreativas.

O Relatório ‘Healthy People 1979’

Outra referência à Promoção da Saúde que merece destaque foi feita no Relatório publicado pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar do governo dos Estados Unidos da América (EUA), que ficou conhecido como Relatório ‘Healthy People 1979’ (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979). Assim como no Informe Lalonde, a idéia de risco epidemiológico também está presente nesse documento. Com base na noção de ‘campo da saúde’ elaborada no Informe Lalonde, especialistas norte-americanos chegaram à conclusão de que, em 1976, *“talvez a metade da mortalidade [...] tenha sido devida a comportamentos ou estilos de vida não-saudáveis; 20% a fatores ambientais; 20% a fatores relacionados à biologia humana; e apenas 10% a inadequações no sistema de saúde”* (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979, p.1.9).

Assim, as autoridades norte-americanas em saúde pública alinhavam-se às canadenses ao reconhecer a necessidade de se reexaminar as prioridades dos gastos em saúde de seu país, que deveriam voltar-se mais para a prevenção do que para o tratamento da doença.

No *'Healthy People 1979'* são apresentados cinco objetivos nacionais a serem alcançados por meio de quinze ações agrupadas, por sua vez, em três capítulos. O primeiro deles (Capítulo 8), intitulado 'Serviços de Saúde Preventiva', trata de serviços preventivos prestados por profissionais da saúde. No Capítulo 9, intitulado 'Proteção à Saúde', são discutidas medidas que podem ser utilizadas pelo governo e outras agências, bem como pela indústria, para proteger as pessoas de danos ambientais. E o terceiro, intitulado 'Promoção da Saúde', aborda prioritariamente atividades de que indivíduos e comunidades podem valer-se para promoverem estilos de vida saudáveis.

“A prevenção de doenças começa com uma ameaça à saúde – uma doença ou um risco ambiental – e visa proteger tantas pessoas quanto possível das conseqüências nocivas dessas ameaças”. [...]

*“A promoção da saúde começa com pessoas basicamente saudáveis e visa o desenvolvimento de medidas comunitárias e individuais que possam **ajudá-las a desenvolver estilos de vida** que possam manter e melhorar o estado de bem-estar”* [grifo nosso] (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1979, p.10.1).

Embora o *'Healthy People 1979'* diferencie-se do Informe Lalonde pela nítida separação que estabelece entre prevenção de doenças e Promoção da Saúde, destacam-se as semelhanças entre esses relatórios: a ênfase nos fatores de risco epidemiológico como forma de se lidar com os problemas de saúde e a associação da Promoção da Saúde à mudança de estilos de vida. Essas observações levam a uma conclusão: a Promoção da Saúde, em seus primórdios, vincula-se fortemente às noções de estilo de vida (portanto, a iniciativas de mudança comportamental) e de risco epidemiológico. Para tanto, tiveram participação fundamental o Informe Lalonde e o relatório *'Healthy People 1979'*, ao que tudo indica, primeiros documentos oficiais a valerem-se da expressão Promoção da Saúde.

A Conferência de Alma Ata

Apontada como um dos eventos mais significativos para a saúde pública, em termos mundiais (Buss, 2003; Restrepo, 2002), a 'I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde', convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e realizada em 1978, na cidade de Alma Ata, na antiga União Soviética, teve como marca o estabelecimento da atenção primária de saúde como a chave para o alcance da meta 'Saúde para Todos no Ano 2000'.

É possível afirmar que os preceitos da Conferência de Alma Ata serviram de suporte para os defensores da Promoção da Saúde. A saúde como um direito fundamental, a defesa da democratização na tomada de decisões na área da saúde, da redução das desigualdades e a vinculação da saúde aos determinantes políticos, sociais e econômicos foram idéias defendidas em Alma Ata que guardam fortes semelhanças com a Promoção da Saúde, ideário que, embora inicialmente associado a estilos de vida e fatores de risco, busca se edificar com base no entendimento da saúde como um fenômeno multifatorial e uma questão pedagógica, no distanciamento da medicina como área privilegiada para intervenções em saúde e na participação da sociedade na definição de prioridades e ações em saúde, entre outros fundamentos.

A própria OMS, ciente das imprecisões e múltiplas interpretações acerca da Promoção da Saúde, muitas delas emanadas de diferentes relatórios e documentos, passa a concentrar esforços visando à mudança desse quadro, tomando para si a tarefa de estruturar, consolidar e divulgar um conjunto de temas que viria a dar corpo a esse ideário.

A OMS e os Princípios da Promoção da Saúde (WHO, 1984)

Foi em 1984 que se deu uma das iniciativas mais significativas para o desenvolvimento e consolidação da Promoção da Saúde como ideário. O escritório da OMS na Europa promove um encontro reunindo doze consultores com expertise em áreas diversas. O principal objetivo do encontro foi estabelecer consensos mínimos em torno de idéias que, tomadas como princípios da Promoção da Saúde, serviriam de ponto de partida para a reflexão e a definição de políticas e estratégias de ação. Ao final, o encontro gerou o documento intitulado ‘Conceitos e Princípios da Promoção da Saúde’ (WHO, 1984), no qual são explicitados princípios básicos da Promoção da Saúde, além de outros apontamentos fundamentais ao desenvolvimento de políticas públicas. Embora algumas diferenças de ênfase, prioridade e redação tenham permanecido, foi possível chegar a um consenso mínimo em torno de cinco princípios que, mesmo formulados em termos gerais, foram considerados um bom ponto de partida para a estruturação do ideário da Promoção da Saúde.

“(1) a Promoção da Saúde envolve a população como um todo em sua vida cotidiana, em vez de focalizar grupos de risco para determinadas doenças;

(2) a Promoção da Saúde está voltada para a ação sobre determinantes ou causas da saúde;

(3) a Promoção da Saúde combina métodos ou abordagens diversos, porém complementares, que incluem comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde;

(4) a Promoção da Saúde visa particularmente à efetiva e concreta participação pública;

(5) sendo a Promoção da Saúde basicamente uma atividade dos campos social e da saúde, e não um serviço médico, os profissionais da saúde – particularmente os da atenção primária – têm um importante papel a desempenhar em estimular e possibilitar a Promoção da Saúde” (WHO, 1984, p.2).

Pelo exposto, é possível afirmar que, em linhas gerais, boa parte das idéias contidas nesse documento é semelhante às do relatório final de Alma-Ata. Além disso, há questões específicas no documento que valem a pena ser destacadas. Ao deslocar a atenção dos grupos de risco, salientando que as ações da Promoção da Saúde devem voltar-se para toda a população, percebe-se a intenção de se minimizar o risco como elemento direcionador de políticas e ações de Promoção da Saúde. Ao avivar a idéia de que a Promoção da Saúde deve voltar-se para os determinantes da saúde, ressaltando ainda que os governos têm responsabilidade pela saúde de seu povo (uma das idéias defendidas em Alma-Ata, vale lembrar), o documento atenua a ênfase no indivíduo como o maior responsável por sua saúde. Esses pontos são, inclusive, reiterados em outros trechos do documento:

“A Promoção da Saúde surte melhores efeitos na saúde por meio de ações integradas em diferentes níveis voltadas para os fatores – econômicos, ambientais, sociais e pessoais – que influenciam a saúde” (WHO, 1984, p.2).

“A Promoção da Saúde defende o esforço coletivo para se alcançar saúde. Os governos, por meio de políticas públicas, têm uma responsabilidade especial em garantir condições básicas para uma vida saudável e fazer com que as escolhas mais saudáveis sejam as mais fáceis” (WHO, 1984, p.3).

“O conceito e o significado da ‘Promoção da Saúde’ devem ser esclarecidos em cada nível de planejamento, com ênfase em uma perspectiva de saúde mais social, econômica e ecológica do que puramente física e mental” (WHO, 1984, p.3).

Pode-se dizer que formuladores de políticas públicas na perspectiva da Promoção da Saúde lidam com alguns dilemas, na medida em que têm que equilibrar as ênfases individual e coletiva de suas ações e lidar com possíveis conflitos de interesses nesses níveis. Esses dilemas refletem, na verdade, pontos cruciais de políticas e programas que devem ser cuidadosamente analisados; caso contrário, corre-se o risco de se distanciar do ideário da Promoção da Saúde. Um desses dilemas refere-se à possibilidade de a saúde ser vista como objetivo final da vida. Adverte-se, no documento, que esse enfoque, que pode levar à prescrição do que *“os indivíduos devem fazer e como devem se comportar, (...) é contrário aos princípios da Promoção da Saúde* [grifo nosso]” (WHO, 1984, p.4) e expressa, a rigor, a ideologia conhecida por salutarismo [do inglês *healthism*].

Outro alerta feito no documento refere-se ao risco de programas de Promoção da Saúde dirigirem-se a indivíduos em detrimento do enfrentamento dos problemas econômicos e sociais. De fato, a exclusiva responsabilização dos indivíduos por sua saúde, imputando-lhes total poder para gerir suas vidas, leva, quando falham, à *culpabilização da vítima*.

“A experiência demonstra que aqueles que formulam as políticas [públicas] com freqüência consideram os indivíduos responsáveis por sua própria saúde. É comum que imaginem que as pessoas têm total capacidade de moldar as suas vidas e as vidas de suas famílias de forma a se livrar do peso evitável da doença. Então, quando adoecem, são culpabilizados e discriminados” (WHO, 1984, p.4).

O documento também chama atenção para a possibilidade de os recursos para a saúde não estarem acessíveis às pessoas de modo sensível a suas expectativas, crenças, preferências ou habilidades, o que pode ampliar as desigualdades sociais. A informação é citada como exemplo:

“A informação pura e simples é inadequada; conscientizar sem aumentar o controle ou as perspectivas de mudança só serve para gerar ansiedade e sentimento de impotência” (WHO, 1984, p.4).

Apesar de o documento não se referir a outros anteriormente publicados, há certa preocupação de se resgatar a importância dos determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos da saúde que, de certa forma, são pouco enfatizados nos relatórios Lalonde e *‘Healthy People 1979’*. Como vimos, uma das semelhanças desses relatórios no tocante à Promoção da Saúde foi sua associação a mudanças de estilos de vida e à noção de risco epidemiológico. Não obstante, o documento da OMS (WHO, 1984) não desconsidera a

adoção de comportamentos conducentes à saúde como um dos objetivos da Promoção da Saúde (em certos momentos chega mesmo a destacá-la); mas condena, no entanto, estratégias que tomam o indivíduo como foco exclusivo (chegando, no limite, a culpá-lo por sua condição adversa de saúde) e que se limitam a prescrever comportamentos independentemente dos determinantes sociais, econômicos e culturais e em detrimento de seu enfrentamento. Em outras palavras, o documento atenua a ênfase dada pelo Informe Lalonde e pelo relatório *'Healthy People 1979'* aos estilos de vida e fatores de risco como elementos direcionadores das ações em Promoção da Saúde.

A Carta de Ottawa (WHO, 1986)

Considerado o evento mais importante para o desenvolvimento da moderna noção de Promoção da Saúde, a 'I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde' foi realizada em 1986, em Ottawa, Canadá. Além de ratificar importantes posições estabelecidas na Conferência de Alma-Ata, como a defesa da justiça social, paz, educação, moradia, alimentação, distribuição de renda e proteção do ecossistema, a Carta de Ottawa (como ficou conhecido o documento final da conferência) estabeleceu uma agenda para a Promoção da Saúde em torno de cinco linhas de ação: (1) elaboração e implementação de 'Políticas Públicas Saudáveis', (2) criação de ambientes favoráveis à saúde, (3) reforço da 'ação comunitária', (4) desenvolvimento de habilidades pessoais, e (5) reorientação do sistema de saúde (WHO, 1986). Essas cinco linhas de ação, que guardam semelhanças com os cinco princípios da Promoção da Saúde formulados no documento anterior (WHO, 1984), não por acaso foram tomadas como temas centrais de conferências internacionais seguintes.

O Contexto

Embora muitas de suas metas não tenham sido alcançadas, as conferências tiveram (e ainda têm) papel importante no processo de consolidação da Promoção da Saúde como ideário-guia de políticas e ações em saúde, sejam elas governamentais ou não. Assim, o acompanhamento das discussões subsidiadas pela OMS, por meio da análise de documentos históricos, ajuda a compreender a forma pela qual a Promoção da Saúde vai se institucionalizando e sendo assumida como discurso oficial de governos e demais instituições.

Esses documentos, no entanto, não foram produzidos num vácuo político-econômico. Como marcas históricas do crescente debate que se instaurava em torno do ideário da Promoção da Saúde, os documentos mais representativos aqui citados foram produzidos numa época em que a política econômica [neo]liberal tomava impulso em importantes centros capitalistas, como Inglaterra e EUA. Essa política ganha força com a instabilidade econômica que irrompe na década de 70 e reflete negativamente na capacidade de financiamento dos Estados de Bem-Estar Social amplamente adotado pelos países capitalistas desenvolvidos após a II Guerra Mundial.

O prefixo 'neo', vale destacar, refere-se menos a uma nova corrente do liberalismo e mais à aplicação dos princípios liberais consagrados num contexto histórico diferente daquele no qual foram formulados. No século XVIII, os princípios do liberalismo de direito à vida, à liberdade, à propriedade e de igualdade da lei e de direitos para todos os cidadãos emergem em oposição aos Estados absolutistas. Na segunda metade da década de 70, esses princípios são adequados para justificar a restrição à intervenção do Estado na economia em nome do livre mercado, sob o argumento de que quanto menor sua participação, maior o poder dos indivíduos e, assim, mais rapidamente a sociedade pode se desenvolver e progredir para o bem dos cidadãos. É nessa mesma época que se expandem pelo mundo os movimentos de auto-ajuda e de auto-cuidado. De fato, sob a égide do

neoliberalismo, que se funda na idéia de que cidadãos são atores racionais, autônomos e que o Estado deve intervir o mínimo possível nos assuntos privados e no bem-estar dos cidadãos em nome da felicidade individual, somos encorajados a nos tornar ‘sujeitos de nós mesmos’ (Lupton, 2003). É preciso reconhecer, portanto, que com o avanço do modelo neoliberal de globalização, iniciativas de Promoção da Saúde correm o risco de legitimar ideologicamente a retração das políticas sociais do Estado (Marcondes, 2004).

Considerações Finais

Para alguns (Stotz, Araújo, 2004), de fato, o reconhecimento do viés conservador da Promoção da Saúde desencoraja sua adoção como estratégia para a mudança das condições de saúde dos povos em geral. Para outros (Simpson, Freeman, 2004; Marcondes, 2004; Carvalho, 2004), serve de ponto de partida para a superação de suas limitações em direção à transformação social. A nosso ver, essa ambigüidade está presente nos documentos históricos da Promoção da Saúde aqui analisados. Sendo assim, antes de considerar qualquer ação de Promoção da Saúde, é preciso saber que perspectiva ou abordagem a inspira, principalmente quando se presencia um contínuo e crescente processo de adoção desse ideário como referência para a formulação e o desenvolvimento de políticas de saúde no Estado brasileiro.

REFERÊNCIAS

- Balfour, M.C. Problems in Health Promotion in the Far East. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 28(1): 84-95, 1950.
- Beard, R.R. Periodic medical examinations; disease detection and health promotion. *California Medicine*. 90(6): 426-428, 1959.
- Broadfoot, B. Food, health promotion, and the public health team. *Canadian Journal of Public Health*. 59(12): 487-488, 1968.
- Buss, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D., Freitas, C.M. (orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.
- Carvalho, S.R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(3): 669-678, 2004.
- Gatmaitan, C.S. The role of the dental profession in health promotion. *Dental Mirror*. 3(1): 25-26, 1966.
- Ginzburg, C. *Mitos, Emblemas, Sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- Husmark, E. Studies on care of sick and on health promotion in Soviet Russia. III. *Social-Medicinski Tidskrift*. 32(3): 101-108, 1955.
- Lalonde, M. *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974. (ISBN 0-662-50019-9).

Lupton, D. “Desenvolvendo-me por inteiro”: cidadania, neoliberalismo e saúde contemporânea no currículo de Educação Física. Revista Movimento. 9(3): 11-31, 2003.

MacDonald, G., Bunton, R. Health Promotion: discipline or disciplines? In: Bunton, R., MacDonald, G. (eds.). Health Promotion: disciplines and diversity. London: Routledge, 1995.

Marcondes, W.B. A Convergência de Referências na Promoção da Saúde. Saúde e Sociedade. 13(1):5-13, 2004.

Restrepo, H.E. Conceptos y Definiciones. In: Restrepo, H.E., Málaga, H. Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2002.

Simpson, K., Freeman, R. Critical Health Promotion and Education - a new research challenge. Health Education Research, Theory and Practice. 19(3): 340-348, 2004.

Sister Mary Hubert. Nursing in health promotion. Nursing Outlook. 9: 495-497, 1961.

Stotz, E.N., Araújo, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade. 13(2):5-19, 2004.

Terris, M. Concepts of Health Promotion: dualities in public health theory. Journal of Public Health Policy. 13(3): 267-276, 1992.

U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. Washington: U.S. Government Printing Office, 1979.

Von Haller, W. Soil and healthful nutrition... England as an example of new understanding of life and of health promotion. Hippocrates. 22(4): 87-90, 1951.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Document WHO/HPR/HEP/95.1. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso: 18 ago. 2006.

WHO. Concepts and Principles of Health Promotion. Copenhagen: WHO, 1984.

Woolf, M.G. Health Promotion in industry. South African Medical Journal. 35: 432-435, 1961.

Marcos Santos Ferreira
LABSAU/IEFD/UERJ
Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 8133 – bloco F
Maracanã – Rio de Janeiro – RJ
CEP 20550-900
msantosferreira@uol.com.br