

Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica<sup>a</sup>

## Education and health promotion: a historical retrospect

## Promoción de la educación y de la salud: una retrospectiva histórica

Maria Cecília Focesi Pelicioni\*

Andréa Focesi Pelicioni\*\*

**RESUMO:** O presente artigo traça uma retrospectiva histórica das ações educativas no campo da saúde, em especial, a educação sanitária e a educação em saúde pública, bem como suas relações com a Promoção da Saúde. O empoderamento e a participação ativa da população preconizada pelo paradigma da Promoção da Saúde serão viabilizados por meio da educação em saúde, enquanto processo político de formação para a cidadania ativa, preparando-se os indivíduos e/ou grupos para assumirem o controle e a responsabilidade sobre sua própria saúde, entre outros objetivos. Da mesma forma, essa ação educativa deverá ser de comunicação, de diálogo, se quiser atingir o ser humano inserido em sua realidade histórica, pois somente motivado e capacitado poderá incorporar novos significados, valores e práticas para melhorar sua qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde Pública. Promoção da Saúde. Saúde Pública.

**ABSTRACT:** The present article makes a historical retrospect of educative actions in the health field, especially sanitary education and education in public health, as well as its relationships with Health Promotion. People's empowerment and active participation - praised by the paradigm of Health Promotion - will be made possible by education for health, as a political formation process for active citizenship preparing individuals and/or groups to take the control and the responsibility by their own health, among others objectives. In the same way, this educative action will have to be one of communication, dialogue if it wants to reach human beings in their historical reality, for only motivated and enabled will them be able to incorporate new meanings, values and practices to improve their quality of life.

**KEYWORDS:** Education for Public Health. Health Promotion. Public health.

**RESUMEN:** Este artículo hace una retrospectiva histórica de acciones educativas en el campo de la salud, especialmente la educación sanitaria y la educación en salud pública, así bien sus relaciones con la promoción de la salud. El empoderamiento y la participación activa de la gente - elogiados por el paradigma de la promoción de la salud - se harán posibles por la educación para la salud como proceso político de formación para la ciudadanía activa, preparando a individuos y/o a grupos para tomar el control y la responsabilidad por su propia salud, entre otros objetivos. De la misma manera, esta acción educativa tendrá que ser una de comunicación, diálogo, caso desee alcanzar seres humanos en su realidad histórica, porque solamente la voluntad motivada y capacitada les va a permitir la incorporación de nuevos significados, valores y prácticas como para mejorar su calidad de vida.

**PALABRAS LLAVE:** Educación para la salud pública. Promoción de la salud. Salud pública.

## Introdução

A importância da educação para a promoção da saúde é inegável e tem sido reconhecida através dos tempos por diferentes autores como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida.

As práticas de saúde adequadas ou não decorrem de experiências

contínuas de ensino-aprendizagem e acabam influenciando as decisões a serem tomadas ao longo da existência dos indivíduos, podendo contribuir para diminuir, manter ou elevar o seu nível de saúde.

A abordagem educativa deve, portanto, estar presente em todas as ações para promover a saúde e

prevenir as doenças facilitando a incorporação de idéias e práticas corretas que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender suas reais necessidades. Tomando como ponto de partida o saber gerado em todas as situações vivenciadas no dia-a-dia, deve-se procurar atender aos interesses dos

\* Este artigo foi elaborado a partir de levantamento bibliográfico e de entrevistas realizadas com a Dra. Ruth Sandoval Marcondes e Dra. Éris Focesi (docentes aposentadas da Faculdade de Saúde Pública da USP), a quem agradecemos pelas importantes contribuições.

\* Livre-Docente, Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).  
Educatora de Saúde Pública e Ambiental. Professora Doutora do Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP. Coordenadora do Curso de Especialização em Promoção da Saúde da FSP/USP. E-mail: ceciliafocesi@pelicioni@yahoo.com.br

\*\* Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Educatora Ambiental.  
Professora convidada do Curso de Especialização em Saúde Pública do Centro Universitário São Camilo, responsável pela disciplina de Educação e Promoção da Saúde. E-mail: andreaforesi@yahoo.com.br

vários grupos sociais pertencentes a diferentes classes sociais.

Stotz (2005) ao falar sobre a educação popular realizada com os movimentos populares por meio da participação em lutas nos mais variados espaços refere a uma educação política que “não se dissocia da vida cotidiana, a qual é base para a compreensão dos problemas no bairro e ponto de partida da reflexão sobre as estratificações sociais e de poder que refletem, no nível local, a estrutura social e política mais ampla. As pessoas educam-se na ação desenvolvida, descobrem a solidariedade e a opressão e, pela organização, a esperança de transformar a situação encontrada” (p. 25).

Desde a Idade Média, na Europa, já se acreditava na importância da educação em saúde e se recomendava um regime alimentar correto, adequadas práticas de higiene e horas prolongadas de sono para que as pessoas vivessem mais.

Com influência das idéias de John Locke, no séc. XVIII, empreenderam-se grandes esforços na divulgação de conhecimentos científicos a respeito de questões de higiene e saúde. Isso se deu, principalmente, por meio de publicações em livros e periódicos, que porém, só atingiam as classes mais favorecidas (Rosen, 1994). Naquela época e, infelizmente ainda hoje, acreditava-se que apenas a divulgação de informações seria suficiente para provocar as mudanças pretendidas nos comportamentos dos seres humanos.

Desde o início do século XIX, o ensino de higiene no país fazia parte do curriculum de formação do médico e acabou por influenciar muito a área da educação em saúde. Em 1813, a disciplina Higiene constava do programa da Faculdade de Medicina do Rio de

Janeiro, na época denominada Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro.

Em 1825, a disciplina se manteve com o nome de Higiene Geral e Particular. Em 1833, passou a constituir matéria do terceiro ano com o nome de Higiene e História da Medicina, que nesse período tinha duração de três anos. Em 1891, a disciplina de Higiene permaneceu nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia entre as ciências relativas à “estática e dinâmica do homem são e do homem doente”<sup>1</sup> (Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil, 1832-1930).

Ao longo do século XIX e início do século seguinte uma série de investigações realizadas principalmente na Europa revelaram a influência de vetores ou intermediários na transmissão de doenças reforçando a Teoria Microbiana das Doenças (Rosen, 1994).

Relatório publicado na Inglaterra, em 1842, de autoria de Chadwick, evidenciava a “relação da doença com a imundície do ambiente, com a falta de escoamento, de abastecimento de água e de meios para remover refugos das casas e das ruas” (Rosen, 1994, p. 165).

A chamada “era microbiana” ou “bacteriológica” enfatizava a concepção biológica da doença e foi marcada por uma educação controladora, baseada na teoria tradicional liderada por Durkheim que explicava o surgimento das doenças de forma bastante simplista, isto é, pela “ignorância e descaso das pessoas”.

Como a educação em saúde é parte da saúde pública e, conseqüentemente, da medicina, cada época vem refletir as tendências dessas áreas e acaba reproduzin-

do suas concepções. Assim, não se pode criticar a fase higienista e/ou comportamentalista da educação em saúde sem localizá-la no tempo e no espaço já que sempre recebeu influência não só da saúde pública como da própria medicina.

Em meados do século XIX, de acordo com Marcondes (1964), “com o impulso dado nos EUA aos programas de higiene materno-infantil, saúde escolar, controle da tuberculose e outros, os órgãos oficiais de saúde viram-se envolvidos em programas educativos e preocupados em instruir o público em questões de saúde. Os departamentos de saúde, criados nessa época, esforçavam-se por divulgar informações sobre saúde através da distribuição ampla de impressos” (p.7). Além disso, percebia-se a importância do desenvolvimento da educação em saúde nas escolas. Já ao final do século, programas de merenda escolar, educação para prevenção de acidentes e programas de higiene mental começaram a ser implementados.

No Brasil, até o início do séc. XX, as preocupações do setor saúde centravam-se apenas nas situações de epidemia e, no campo da educação, restringia-se ao ensino de hábitos de higiene. Mudanças na estruturas sociais, econômicas e políticas relacionadas a diversos fatores como: a abolição da escravidão, a saída dos trabalhadores e suas famílias do campo para cidades carentes de infra-estrutura, o desenvolvimento do comércio e da indústria, a necessidade de ampliar o comércio externo e receber imigrantes europeus exigiam soluções rápidas para as doenças que assolavam os núcleos urbanos e começavam a ameaçar a força de trabalho, bem como a expansão das atividades capitalistas (Wes-

1. Em 1925, no Rio de Janeiro, a disciplina Higiene passou a fazer parte do quinto ano de medicina e no sexto ano era ensinada na Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil.

tphal et al, 2004). Nesse sentido, merecem destaque as políticas de saúde da Primeira República consideradas por alguns autores como estratégias das classes dominantes relacionadas à dinâmica do capitalismo nacional e internacional (Hochman, 1998).

Doenças como varíola, peste e febre amarela entre outras de rápida transmissibilidade começaram a exigir um controle mais rígido, principalmente quanto às suas causas ambientais.

Em 1889, impressos sobre etiologia e prevenção da febre tifóide, peste, tuberculose e febre amarela eram distribuídos pela Diretoria Geral de Saúde Pública na capital do Império. Na Faculdade Nacional de Medicina, o então Instituto de Higiene ensinava aos professores das escolas primárias e aos alunos da Escola Normal noções de higiene pessoal e da habitação (Barbosa e Resende, 1909 apud Marcondes, 1964).

A gestão do médico Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde entre 1903 e 1909 caracterizou o primeiro período do movimento sanitarista brasileiro. Nessa época, as ações de saúde notadamente o saneamento urbano e combate às epidemias foram concentradas no Rio de Janeiro (Distrito Federal) e em alguns portos (Hochman, 1998).

Ainda nessa fase, a “polícia sanitária” dedicava-se ao confinamento de enfermos em desinfetórios e à vacinação compulsória da população, relegando a educação a um segundo plano. A atenção à saúde voltava-se também às classes mais favorecidas e à classe média por meio do oferecimento de serviço de profissionais liberais (médicos generalistas).

No segundo período do movimento sanitarista (1910-1920), as ações de saúde pública concentraram-se no saneamento rural,

principalmente no combate a ancilostomíase, malária e doença de Chagas, a fim de integrar um grande contingente de doentes à comunidade nacional.

Segundo Marcondes (1964), em substituição à palavra “higiene”, surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), em 1919, a expressão *health education* (“educação sanitária”). Contudo, ressalta a educadora, “a idéia é antiga e transparece na literatura de todos os tempos” (p.1). Dois anos depois tiveram início os primeiros treinamentos para a preparação de educadores no campo da saúde. A formação em educação sanitária nas escolas de saúde pública começou apenas em 1943, quando as qualificações profissionais foram estabelecidas pela American Public Health Association.

As idéias da educação sanitária trazidas dos Estados Unidos da América para São Paulo a partir de 1920 pelos Professores Dr. Geraldo Horácio de Paula Souza (que viria a ser Titular da Cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e Diretor do Instituto de Higiene anexo à Faculdade) e Dr. Francisco Borges Vieira formados na primeira turma da Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins e responsáveis pela reorganização o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, resultaram na redução do “poder de polícia” na saúde.

Os esforços de educação em matéria de saúde foram sistematizados com a reorganização dos serviços sanitários federais e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública como parte integrante do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Em 1923, foi incorporado ao Departamento, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária. O termo “educação sanitária” foi então inserido na legislação federal pela 1ª vez (Marcondes, 1964).

Em 1925, foi criado no Rio de Janeiro o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública anexo à Faculdade de Medicina que visava o aperfeiçoamento técnico dos médicos que quisessem realizar funções sanitárias como uma especialização. Evidenciou-se neste curso o ensino de Higiene Alimentar, Fisiologia aplicada à Higiene, Higiene Industrial e Higiene Infantil (Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil, 1832-1930).

Nesse mesmo ano, Prof. Paula Souza criou a Inspetoria de Educação Sanitária e os Centros de Saúde do Estado de São Paulo, sendo um deles anexo ao Instituto de Higiene para servir de centro modelo de aprendizado para os profissionais de saúde pública (Faculdade de Saúde Pública, s.d.). Outras iniciativas relativas à promoção da educação sanitária também ocorreram no Rio de Janeiro e em Pernambuco.

Para difundir essa nova visão, Paula Souza organizou o Curso para Educadores Sanitários no Instituto de Higiene de São Paulo (hoje denominado Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP), que teve início no ano de 1926, e tinha por finalidade a preparação de professores para atuar em escolas e nos recém criados Centros de Saúde. O objetivo do curso era levar a “uma consciência sanitária” adquirida por meio da transmissão de conhecimentos sobre higiene e a cooperação em campanhas profiláticas (Candeias, 1988).

Os educadores sanitários após um ano de curso assumiam tanto atribuições de professores como as de enfermeiros (ainda escassos no Brasil e inexistentes nos serviços do Estado), inclusive aplicando injeções, cuidando da vacinação, entre outros tipos de assistência.

Embora Paula Souza, como Diretor Geral do Serviço Sanitário,

tivesse feito da “educação sanitária a pedra angular de sua reforma dos serviços de saúde pública de São Paulo em 1925” conforme assinala Mascarenhas (1949 apud Marcondes, 1964, p.42), os educadores de saúde pública com a função de orientar e investigar o campo da educação sanitária continuaram a ser formados no exterior até a década de 1960.

Em 1930, foi criado o Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública que, em 1937, passou a Ministério da Educação e Saúde Pública e, em 1953, a Ministério da Saúde, com seu Serviço Nacional de Educação Sanitária (Marcondes, 1964).

O Instituto de Higiene de São Paulo criado pelo Governo do Estado, em colaboração com a Fundação Rockefeller transformou-se na Escola de Higiene e Saúde Pública, em 1931.<sup>2</sup>

A centralização administrativa dos anos 30 gerou obstáculos para as iniciativas estaduais e provocou a concentração das atividades nas cidades, principalmente nas capitais (Levy et al, 1998).

Segundo Brito Bastos (1969 apud Levy et al, 1998) os Serviços de Educação Sanitária ainda limitavam-se a realizar algumas atividades como publicar impressos, distribuir à imprensa algumas notas a respeito de assuntos de saúde e promover concursos de saúde, apesar de a maioria da população ser analfabeta no Brasil.

Com o início do Estado Novo (1937), período de ditadura instaurado pelo governo de Getúlio Vargas, foram extintos os Centros de Saúde e criou-se o Instituto de Aposentadorias e Pensões para atender aos trabalhadores do setor produtivo.

Para Levy et al (1998), a primeira grande transformação de men-

talidade nas atividades da educação sanitária ocorreu em 1942 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP que reconhecia a educação sanitária como atividade básica atinente a seus diversos profissionais. Transformado mais tarde em Fundação, cobria grande parte do território brasileiro e teve como uma de suas principais preocupações a Educação Sanitária (Pereira, 1967).

O denominado sanitarismo desenvolvimentista teve início voltando-se para a zona urbana com as campanhas sanitárias de controle de epidemias e atenção médica realizadas pelas Santas Casas de Misericórdia e para o desenvolvimento da zona rural fomentado pelo SESP com financiamento da Fundação Rockefeller.

A educação nesse período era vista como um processo individual de mudança de comportamento em que os fenômenos sociais responsáveis pelas barreiras à aprendizagem não eram considerados, e muito menos as raízes estruturais e socioeconômicas dos problemas de saúde (Westphal et al, 2004). Para Oshiro (1988), a prática profissional na área era conservadora e reprodutiva, traduzida em ações de higienização, normatização e domesticação.

De 1945 em diante, com a criação da Organização Mundial da Saúde – OMS surgiram novas discussões sobre o processo saúde-doença destacando-se o conceito de saúde como o estado de mais completo bem-estar e não simplesmente ausência de doença. Embora o conceito de bem-estar fosse bastante amplo e pouco definido constituiu-se em um avanço para o processo de transformação da educação sanitária.

Em monografia da Organização Mundial da Saúde (OMS) intitulada

da *The Cost of Sickness and the Price of Health* (O custo da doença e o preço da saúde) publicada em 1951, Winslow (apud Marcondes, 1964, p.77) escreveu que o educador sanitário possuía “(...) um papel essencial entre um *expert* em comportamento humano e o médico, o engenheiro e, particularmente, a enfermeira em contato com a população de uma determinada área”. E disse ainda “cada vez mais se reconhece que esse tipo de especialista qualificado é essencial para o pleno sucesso de um programa de saúde pública”. [tradução livre das autoras]

Para Marcondes (1964), embora as responsabilidades educativas sejam de todos os profissionais de saúde, alguns aspectos exigem habilidades especiais. De acordo com a *American Public Health Association* (1957, apud Marcondes, 1964, p. 81) entre as funções recomendadas pela OMS para os educadores destacavam-se:

1. Realizar a análise, o estudo e o diagnóstico educativo dos problemas de saúde com base no levantamento das características sócio-econômico-culturais da comunidade. Esse levantamento habilita o educador de saúde pública a superar as barreiras psicológicas, sociais e culturais que interferem nas mudanças de comportamento da população, a criar no público interesse por sua saúde e a ajudar a comunidade a reconhecer seus problemas de saúde, estimulando-a a participar de suas soluções;
2. Elaborar o plano educativo dos programas de saúde;
3. Orientar a execução do plano educativo dos programas de saúde;

2. Em 1938 foi incorporada à Universidade de São Paulo (USP). Em 1945, passou a constituir uma das Unidades autônomas de ensino superior da USP, sob a denominação de “Faculdade de Higiene e Saúde Pública” (Faculdade de Saúde Pública, s.d.).

4. Estimular, planejar e supervisionar programas de treinamento em educação sanitária para pessoal de saúde, incluindo atividades ligadas a programas de orientação geral de funcionários novos;
5. Prestar assessoria técnica a outras agências ou serviços em relação aos aspectos educativos de seus programas;
6. Realizar estudos e pesquisas no campo da educação sanitária;
7. Contribuir para o desenvolvimento da educação sanitária escolar.

No Brasil, em 1959, o Curso de Educação Sanitária de São Paulo anteriormente de nível médio, foi considerado de nível superior.

Etienne Berthet (citada por Marcondes, 1964, p. 117) em 1962 dizia “por paradoxal que isto possa parecer, à medida que a educação sanitária se desenvolver, ela ficará menos e menos importante. Dia virá em que não necessitaremos mais de serviços de educação sanitária, nem de educadores de saúde pública. Dia virá – esperamos – em que a educação sanitária estará tão intimamente integrada ao trabalho do médico, do enfermeiro, do dentista, do porteiro, do engenheiro sanitário, do inspetor de saneamento e de todos os outros que trabalham pela melhoria, conservação e promoção da saúde das populações que se tornará inseparável das outras atividades. (...) Tal integração deve ser nosso objetivo”.

Percebeu-se, depois de avaliado, que o Curso de Educação Sanitária não estava atendendo às necessidades daquele momento e precisava mudar. Essa missão coube à Dra. Ruth Sandoval Marcondes hoje professora titular aposentada da FSP/USP e consultora da Organização Mundial da Saúde, considerada uma das principais precursoras da

educação sanitária e da educação em saúde no Brasil.

O Curso de Educação Sanitária da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP foi suspenso para reformulação em 1961. Contudo, isso acabou não ocorrendo em função de reformas ocorridas em seguida na Universidade de São Paulo (Pereira, 1977).

Em 1967, teve início o Curso de Educação em Saúde Pública como parte do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, com aulas em tempo integral. Considerado de nível internacional, nele vinham se especializar profissionais oriundos da Europa, África, América do Sul e Central, além daqueles provenientes de vários serviços de saúde do Brasil.

Em 1971, passou a Curso de Especialização em Educação em Saúde Pública e continuou formando como sanitário e com diploma de ensino superior, o Educador de Saúde Pública. Mais tarde, sua denominação passou a Especialização em Educação em Saúde para Graduados.

A mudança de nomenclatura de “educação sanitária” para “educação em saúde” diz respeito a mudanças nos paradigmas vigentes na prática educativa à época. A educação sanitária baseava-se na concepção de que o indivíduo tinha que aprender a cuidar de sua saúde, vista como ausência de doença. A educação era entendida como um repasse de conhecimentos de saúde seguindo a educação tradicional e a educação “bancária” (denominação dada pelo educador Paulo Freire). Essa transmissão de conhecimentos, de idéias selecionadas organizadas logicamente dá ênfase aos modelos, privilegia a especialidade e o professor.

A educação em saúde pública, por sua vez, baseia-se na concepção de que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde, que é resultante

de múltiplos fatores intervenientes no processo saúde-doença, a partir do referencial coletivo de conhecimento de sua realidade. A educação deve ser crítica, problematizadora da realidade, um processo compartilhado, reflexivo, construído a partir de ações conjuntas como planejamento participativo, trabalho em grupo e pesquisas.

Educar é um processo intencional com o objetivo de prover situações ou experiências que estimulem a expressão potencial dos seres humanos. O termo educação, no entanto, tem sido utilizado com diferentes significados qualquer que seja sua abordagem: educação em saúde, educação sanitária, educação popular, educação para a paz, educação para a cidadania.

Embora representem concepções totalmente diferentes, a educação sanitária e a educação em saúde continuam a existir até os dias de hoje nas ações desenvolvidas por profissionais com variadas formações.

Em relação à formação e ao trabalho do educador de saúde pública, Marcondes (1964, p.78) afirmava que

o educador de saúde pública deve ter conhecimentos sólidos sobre o processo de aprendizagem e motivação sobre a estrutura cultural e social da comunidade, seus problemas e recursos. As habilidades especiais do educador de saúde pública concentram-se na metodologia da educação, dinâmica de grupo, relações humanas e processo de comunicação. Ele tem capacidade para diagnosticar os aspectos educativos de uma situação em termos do que os indivíduos sabem, acreditam, sentem e fazem, assim como em termos do que eles precisam saber e fazer, planejando a ação que leva à mudança de comportamento. No seu traba-

lho ele procura envolver todos os recursos da comunidade que possam contribuir para a educação sanitária da população, buscando a participação dos vários especialistas no campo da medicina, odontologia, engenharia, ciências sociais e outras. No mundo todo há uma demanda crescente dos serviços do educador de saúde pública profissionalmente qualificado, como atesta o relatório das discussões técnicas da OMS sobre educação sanitária do público.

Em 1964, instalou-se novamente a ditadura no país por meio de um golpe militar gerando muita violência e perseguição ideológica. Apesar de alguns avanços na economia que atingiram principalmente as classes mais favorecidas, a inflação aumentava diariamente provocando grande desigualdade nos níveis de vida e saúde. A atenção à saúde era feita principalmente por instituições privadas seguindo e reforçando o modelo biomédico baseado em ações curativas.

Desde a década de 1960 até a década de 1980 os movimentos populares no Brasil destacaram-se pela participação da população, ainda que modesta, na gestão dos serviços.

Apesar de a ditadura só ter terminado em 1985, a partir de 1980 a democracia foi sendo reconstruída aos poucos e com ela algumas mudanças ocorreram com a participação da sociedade civil, entre elas, o movimento sanitário constituído desde 1940 que se articulou pela Reforma Sanitária Brasileira sob influência da Reforma Sanitária Italiana.

Na década de 1980, a OMS passou a propagar uma maior amplitude conceitual à saúde considerando a importância de determinantes e condicionantes econômicos, sociais, ambientais e culturais. A saúde passou a ser vista como um direito hu-

mano fundamental, como conceito positivo que considera recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas.

Com a redemocratização do país, a sociedade civil organizada representada por profissionais de saúde, docentes de Universidades, participantes de movimentos sociais, entre outros, se articularam em torno da Reforma Sanitária Brasileira e suas discussões que floresceram na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, deram origem ao capítulo da Saúde na Constituição Brasileira de 1988 que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, reconhecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, resultante das condições de vida e trabalho. Pela primeira vez se dá ênfase aos fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Marc Lalonde havia assumido na década anterior a função de Ministro da Saúde e Bem-Estar no Canadá e constatou as dificuldades de acesso, entre outras, enfrentadas pela população em relação à assistência médica a ela oferecida e que tornava-se cada vez mais onerosa, apesar dos avanços obtidos pela moderna tecnologia na área da medicina e farmacêutica. Encomendou alguns estudos que foram publicados no Relatório Lalonde que demonstraram que os problemas eram gerados pelo modelo biomédico utilizado na atenção à saúde que até então, não incluía os aspectos socioeconômicos, políticos e culturais que influenciam o processo saúde-doença, dando maior ênfase à prevenção, ao tratamento e à recuperação, deixando de lado a educação e a promoção da saúde. Fazia-se urgente melhorar a situação identificada, começando pelo campo da saúde que passou a abranger, além de aspectos biofísicos, a reorientação dos serviços de saúde, a poluição ambiental e o comportamento humano ou estilo de vida (Pelicioni, 2005).

Os resultados do relatório evidenciaram um sentimento que era partilhado já há algum tempo por diferentes países, acabando por gerar um movimento internacional outro modelo de atenção à saúde integral denominado “Promoção da Saúde”, considerado um novo paradigma para a saúde pública.

De acordo com a Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986, no Canadá, a Promoção da Saúde é o processo de capacitação e de fortalecimento (*empowerment*) das populações para melhorar suas condições de saúde, aumentar o seu controle sobre as mesmas e melhorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde (Ministério da Saúde, 2002).

Propõe cinco estratégias de ação consideradas prioritárias :

1. estabelecimento de políticas públicas saudáveis
2. criação de ambientes favoráveis à saúde
3. *empowerment* e fortalecimento das ações comunitárias
4. desenvolvimento de habilidades pessoais
5. reorientação dos serviços de saúde

Os conceitos aí gestados vieram reforçar as idéias e objetivos da promoção da saúde que passaram a ser divulgados em todo o mundo.

A construção da participação comunitária é um processo que se inicia quando várias pessoas decidem compartilhar suas necessidades, aspirações e experiências, com o objetivo de melhorar suas condições de vida. Para isso se encontram, se organizam, identificam prioridades, dividem tarefas, estabelecem metas e estratégias de acordo com os recursos (financeiros, técnicos e humanos) existentes e aqueles que poderão ser obtidos através de parcerias.

Para que ocorra a participação, a comunidade deve ter o direito e a responsabilidade de tomar decisões que sejam viáveis e que afetem a vida de seus membros favoravelmente.

Ainda tendo como premissas as decisões da Conferência Internacional de Saúde realizada pela OMS em Alma-Ata (antiga União Soviética, 1978), seguiram-se mais 3 conferências globais: Adelaide (Austrália, 1988) com o tema “Formulação de políticas públicas saudáveis para viabilização de ambientes favoráveis à saúde”, Sundsvall (Suécia, 1991), com o tema “Apoios ambientais para a saúde”, Jacarta (Indonésia, 1997) com o tema “Promoção da saúde pelo século XXI”, e 2 regionais: Bogotá (Colômbia, 1992) e Trinidad (Caribe, 1993). Todas essas conferências aprofundaram as idéias geradas em Ottawa, principalmente no que se referia às cinco estratégias de ação propostas (Pelicioni, 2005).

De 1990 em diante, a Promoção da Saúde como meio para obtenção de melhor qualidade de vida, com a participação de indivíduos e da comunidade veio fortalecer a saúde pública e a cidadania e, aos poucos, foi se espalhando por todo o Brasil.

Todos os participantes da V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México (México), em 2000, assumiram o compromisso de implementar planos nacionais de ação em promoção da saúde, em reconhecimento ao papel fundamental que ela exerce em uma gestão. O tema do evento foi “Luta por maior equidade”.

A VI e última conferência internacional de Promoção da Saúde até o momento, que ocorreu em Bangkok (Tailândia), em 2005, teve como tema a efetividade da promoção da saúde e recomendou como fundamental a formação de recur-

sos humanos pelas universidades para atuar no paradigma da nova cultura da saúde. Foram revisadas as cinco áreas de ação definidas em Ottawa e concluiu-se que a capacitação para a Promoção da Saúde deve ir além do desenvolvimento comunitário e do desenvolvimento de habilidades individuais, pois precisa considerar as políticas mundiais e locais, as parcerias, os sistemas econômicos e de informações, entre outros. Assumiu-se o compromisso de tornar a promoção da saúde um elemento fundamental da agenda de desenvolvimento mundial, uma responsabilidade de todos os governantes, priorizando uma atuação voltada às comunidades e à sociedade civil em geral.

O referencial forjado nesses eventos evidencia o tempo todo que a Promoção da Saúde tem que ser viabilizada pela Educação em Saúde, processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social e busca da melhoria da qualidade de vida. Deve-se preparar cada indivíduo para assumir o controle e a responsabilidade sobre a sua própria saúde e sobre a saúde da comunidade, preparar para o *empowerment*, para a participação, para a tomada de decisões, para o controle social, para exigir direitos, para atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes da sua saúde e qualidade de vida (Pelicioni MCF, Pelicioni AF e Toledo, 2007).

Para Cerqueira (1997) a Educação em Saúde consiste em proporcionar à população os conhecimentos e as destrezas necessárias para a promoção e proteção de sua saúde individual, da saúde de sua família e de sua comunidade por meio do desenvolvimento de capacidades e habilidades para que as pessoas participem ativamente na definição de suas necessidades, consigam negociar e implantar suas propostas para a obtenção das me-

tas de saúde. Sugere como delineamento estratégico para a educação em saúde na América Latina:

1. Fortalecer as políticas e as ações nos âmbitos comunitário e escolar;
2. Ampliar os vínculos com organizações não governamentais;
3. Fomentar a consolidação de pactos sociais, convênios e acordos com diversos setores sociais;
4. Ampliar a investigação em educação para saúde;
5. Estabelecer alianças de trabalho com os meios de comunicação de massa.
6. Manter o ideário e os enfoques de análise crítico-reflexiva e a educação popular.
7. Estabelecer garantias de continuidade e permanência dos programas e serviços de educação para a saúde.
8. Investir em ações de formação e capacitação de recursos humanos.

Com o enfoque político, a educação em saúde pretende ir muito além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos. Tem por objetivos preparar indivíduos para o exercício da cidadania plena, criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres visando a obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos, mas, principalmente, possibilitar que esses atores se tornem capazes de transformar a sociedade como sujeitos da história, como propõe a teoria freireana.

Profa. Dra. Éris Focesi, em entrevista realizada com as autoras, considera que a educação em saúde em seu papel social deve estar engajada na luta pela cidadania. Diz a educadora: “se uma população conhece seus direitos e vive a sua

cidadania terá condições de lutar e meios para reivindicar os recursos necessários para a manutenção e promoção da saúde buscando vontade política que a garanta”.

A visão integral de saúde apresentada pela promoção da saúde em contraposição ao modelo biomédico pressupõe que “todos os sistemas e estruturas que regem as condições sociais e econômicas, assim como as condições do ambiente físico, devem ser considerados quanto ao seu impacto nas condições de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade”. É também consequência das ações desenvolvidas por outros setores sobre os quais ela não possui um controle direto. Enquadrada como um componente fundamental da qualidade de vida ressalta a importância da intersectorialidade das medidas enfatizando a necessidade da participação social e o fortalecimento do poder local e das comunidades – *empowerment* (Ministério da Saúde, 2002).

Da intersectorialidade, requisito importante para engajamento dos segmentos sociais e da própria população, depende o desenvolvimento do processo político e social relativo à promoção da saúde e deve traduzir não só o estabelecimento de parcerias entre setores governamentais como também com a sociedade. As políticas de saúde baseadas nesses princípios nortearão a formulação e implementação de planos, programas e projetos para a sua operacionalização.

Cabe ao setor saúde definir ações de promoção da saúde es-

señciais e que serão trabalhadas no âmbito de suas políticas respeitando as especificidades de cada tema e ao mesmo tempo identificar aquelas que podem ser desenvolvidas por outros setores realizando a necessária articulação e parcerias correspondentes.

Após a participação de docente da área de Educação em Saúde Pública e de alguns alunos da FSP/USP representando o Brasil na III Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1991 em Sundsvall, na Suécia, o Curso de Especialização lato sensu em Educação em Saúde Pública para graduados, tradicionalmente oferecido a profissionais de saúde de diferentes formações passou a incorporar a Promoção da Saúde como disciplina. Dois anos depois, novas disciplinas sobre essa temática começaram a ser oferecidas na pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado e Doutorado) a fim de disseminar e discutir as novas idéias.

Em 1995, o Departamento de Prática da Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP passou por uma reestruturação, tendo sido decidido incorporar a Promoção da Saúde como um dos seus eixos temáticos de atuação o que acabou se viabilizando apenas informalmente. Em 1996, o Curso de Especialização em Educação em Saúde foi interrompido por vontade de parte dos docentes da área sob alegações nem sempre bem fundamentadas, ao mesmo tempo em que na maioria das faculdades do Brasil foram introduzidos cursos de educação em saúde atendendo a necessidades

sentidas enquanto processo necessário à atuação da saúde pública e particularmente à promoção da Saúde.

Depois de muitas discussões realizadas em Seminários com a consultoria da Organização Panamericana da Saúde, iniciou-se, em 1998, o I Curso de Especialização em Promoção da Saúde, no qual a Educação em Saúde aparece em algumas disciplinas de modo transversal. Até 2007 foram ministrados cinco cursos na FSP/USP, mais uma vez pioneira no país nessa área de formação.

Alguns anos depois, a Faculdade de Medicina da USP passou também a oferecer um curso de especialização em Promoção da Saúde, com enfoque um pouco diferente. Outras faculdades, aos poucos, por meio de seus departamentos e núcleos vêm incluindo a Educação e Promoção da Saúde no currículo de cursos de formação. Desde 2002, inclusive o Centro Universitário São Camilo, um dos primeiros na organização de um Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase no Programa Saúde da Família, possui como parte de seus programas, a disciplina de Educação e Promoção em Saúde.

Nesse período, muitas pesquisas foram realizadas sobre o assunto, e têm sido produzidos livros, artigos científicos, teses e dissertações por diferentes autores, contribuindo para que a Promoção da Saúde seja incorporada como uma filosofia baseada em novas práticas nas políticas públicas de saúde.



---

## REFERÊNCIAS

- Candeias NMF. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-1925 a 1967. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, 1988; 22(4):347-365.
- Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 5 mai 2007.
- Faculdade de Saúde Pública. Histórico. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/boletim.php?lang=pt&style=homepage&articleId=12110235200352&visionId=11162738200307&unitId=&homepage=>>>. Acesso em: 5 mai 2007.
- Hochman G. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpocs; 1998.
- Levy SN, Silva JJC da, Cardoso IFR et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1998.
- Marcondes RS. Educação sanitária em nível nacional. São Paulo; 1964. [Tese de Doutorado – Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo]
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 10 mar 2007.
- Pelicioni MCF. Promoção da saúde e meio ambiente: uma trajetória técnico-política. In: Philippi Jr A, Pelicioni MCF. Educação ambiental e sustentabilidade. São Paulo: Manole; 2005.
- Pelicioni MCF, Pelicioni AF, Toledo RF de. A Educação e a Comunicação para a Promoção da Saúde. In: Rocha AA, César CLG (orgs.). Saúde Pública. São Paulo: Atheneu. [no prelo]
- Pereira IMTB. O educador de saúde pública em um sistema de educação. São Paulo; 1977. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]
- Rosen G. Uma história da saúde pública. 2. ed. São Paulo: Hucitec/ Editora da Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
- Stotz EN. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências das décadas de 1970 e 1980. Trabalho, educação e saúde, 2005; 3(1):9-30.
- Westphal MF, Bógus CM, Mendes R, Akerman M, Lemos M do S. La Promoción de Salud en Brasil. In: Arroyo HV (ed.). La promoción de la salud en América latina: modelos, estructuras y visión crítica. San Juan (Puerto Rico): Universidad de Puerto Rico/UIPES/ORLA/CDC/OPS-OMS/CIUEPS; 2004. p.123-154.
- 

*Recebido em 8 de março de 2007  
Aprovado em 17 de abril de 2007*