

# PROMOÇÃO DA SAÚDE E INIQUIDADES EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: UM DIÁLOGO COM AS CARTAS DAS CONFERÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE BOGOTÁ E BANGKOK

## HEALTH PROMOTION AND HEALTH INEQUITIES IN LATIN AMERICA: A DIALOGUE WITH THE LETTERS OF CONFERENCES ON HEALTH PROMOTION IN BOGOTA AND BANGKOK

Pauliana de Carvalho Noronha<sup>1</sup> e Eduardo Sodré de Souza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nutricionista, graduada pelo Centro Universitário São Camilo, mestra e doutoranda em Nutri o, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, docente no curso de Nutri o da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS.

<sup>2</sup> Enfermeiro, graduado pelas Faculdades Integradas de Jaú, especialista em Promo o da Saúde, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, e mestrando em Saúde Pública, pela FSP-USP.

### RESUMO

Com o objetivo de dialogar sobre a promo o da saúde e iniquidades em saúde com as cartas das conferências internacionais de promo o da saúde de Bogotá (1999) e de Bangkok (2005), escolheu-se a região da América Latina, onde as desigualdades, além da deteriora o das condi oes de vida de grande parcela da popula o, com aumento de riscos para a saúde e redu o de recursos para enfrentá-los, são mais acentuadas. A metodologia utilizada consistiu em uma revisão da literatura da base de dados da Lilacs. A promo o da saúde representa, para os países latino-americanos, uma importante estratégia para se alcançar a promo o da equidade em saúde. Implementar essa estratégia pressupõe um grande desafio: a mudança desse cenário ou das rela oes socialmente excludentes, por meio da concilia o dos interesses econ micos com os propósitos sociais de bem-estar para todos e, também, do trabalho em prol da solidariedade e da equidade social, condi oes indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

**Palavras-chave:** América Latina, Carta da Conferência de Promo o da Saúde de Bogotá, Carta da Conferência de Promo o da Saúde de Bangkok, promo o da saúde, equidade social, equidade em saúde.

### ABSTRACT

The present work aims to relating Health Promotion and inequities in Health in Latin America to the Bogotá Pact (Bogotá Health Promotion International Conference – 1999) and Bangkok Pact (2005). The Latin American Region was chosen for its marked inequalities, quality of life deterioration for most of the population and increase of health risks with diminished resources for confrontation. The methodology used consisted of a literature review from the LILACS database. The Health Promotion represents for the Latin American countries, a major strategy for the achievement of equity in Health. The enforcement of this strategy demands a great challenge: the changing of such scenario or socially excluding relations by means of conciliation of economic interests to social welfare for all along with work geared to solidarity and social equity – mandatory conditions for health and development.

**Keywords:** Latin America, Bogotá Pact, Bangkok Pact, Health promotion, Social equity, Health equity.

## I. INTRODUÇÃO

A iniquidade em saúde, alvo de recentes discussões nos diferentes setores da sociedade, será discutida nesse artigo como elemento que desfavorece o planejamento e a implementação de ações que visam à promoção da saúde.

Entendida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002: 11), a promoção da saúde, sob o ponto de vista de Buss (2000), representa atualmente uma estratégia de enfrentamento e resolução dos múltiplos problemas de saúde que atingem grandes contingentes humanos. Isso pressupõe uma articulação entre os saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados.

Baseada na Declaração de Alma-Ata, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (realizada em Ottawa, Canadá, em 1986), na tentativa de responder às progressivas expectativas para uma nova saúde pública, discutiu um elemento importante da promoção da saúde, a saber, “a saúde como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver” (BRASIL, 1996: 12), além de propor estratégias factíveis, eficientes e eficazes, que garantissem resultados positivos para as populações das diferentes regiões do globo, considerando alguns pré-requisitos, tais como paz, habitação, educação, alimentação, renda, meio ambiente, justiça social e equidade (BRASIL, 1996). Com o propósito de se atingirem níveis satisfatórios de saúde para a população da América Latina, o Ministério da Saúde da Colômbia e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) realizaram a Conferência Internacional em Promoção da Saúde, em Santa Fé de Bogotá, Colômbia, em 1992, que considerou a incorporação das propostas apresentadas anteriormente como condição essencial para a viabilização da promoção da saúde nessa região, onde as iniquidades em saúde são mais acentuadas.

Assim, pensar as iniquidades em saúde remete a uma breve reflexão sobre o conceito de equidade que, segundo Ferreira (1986: 675), corresponde à “disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um”. O mesmo autor trouxe uma segunda definição, como sinônimo de igualdade, que, para os signatários deste artigo, trata-se de uma utopia, considerando-se a heterogeneidade e a complexidade, inerentes à condição humana. Tais características exigem, então, uma abordagem intersetorial no que tange ao combate às iniquidades em geral e, mais

especificamente, às relacionadas ao setor de saúde, abordagem esta reforçada pela amplitude do próprio conceito de saúde: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou defeito” (OMS<sup>3</sup>), o que exige o planejamento e a implementação de ações não-restritas especificamente ao setor de saúde, mas que também envolvam os diferentes atores sociais representativos da problemática, como educação, habitação, trabalho, cultura e lazer, dentre outros.

Sicoli & Nascimento (2003) afirmaram que a equidade supõe uma ação que caminhe na direção da redução das desigualdades sociais, com prioridade dos segmentos mais vulneráveis e, portanto, deve ser o princípio norteador das ações de promoção da saúde. No entanto, salientaram e reforçaram a importância de um outro princípio, já citado anteriormente, que é o da intersetorialidade, essencial para a operacionalização das ações de promoção da saúde, que visam a atuar sobre os determinantes dos problemas de saúde e reduzir as iniquidades sociais. Isso só será possível com a reorientação dos serviços de saúde com vistas à ampliação do acesso, à criação de ambientes de suporte e à elaboração de políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde, além de priorizar grupos mais vulneráveis.

Whitehead, citada por Dowbor (2008), afirmou que as iniquidades em saúde correspondem às diferenças que são, simultaneamente, desnecessárias, evitáveis e injustas socialmente.

De acordo com a Carta de Ottawa, para se alcançar a equidade em saúde, faz-se necessária uma política que enfatize uma distribuição mais equitativa de renda, além da promoção de políticas sociais (BRASIL, 1996).

Com o objetivo de dialogar sobre a promoção da saúde e iniquidades em saúde com as cartas das conferências internacionais de promoção da saúde de Bogotá (1999) e de Bangkok (2005), escolheu-se a região da América Latina por abarcar significativos problemas de saúde, principalmente os associados às iniquidades em saúde, traduzidas pelas dificuldades de acesso aos bens e serviços de saúde, e pela ausência/ineficiência de políticas públicas, dentre muitos outros fatores.

Nesse artigo, a escolha por essas cartas justifica-se pelo fato de a primeira levantar elementos importantes referentes à problemática específica das nações latino-americanas com enfoque nas condições de vida (BRASIL, 1996) e a segunda, por abordar os efeitos deletérios

<sup>3</sup> Organização Mundial de Saúde.

da globalização, que, no caso da América Latina, dificulta a concretização das ações de promoção da saúde.

## 2. METODOLOGIA

Foi realizada uma busca sobre o tema nas bases de dados da Lilacs, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)<sup>4</sup>. A busca pelas palavras: “iniqüidade em saúde” e “promoção da saúde” contou com o recurso/comando “and”. Daí resultaram oito trabalhos. Um dos critérios para a escolha dessa base de dados foi o interesse pela discussão acerca das iniquidades em saúde no âmbito da América Latina. Também foram utilizados como referência outros artigos e uma tese, que foram indicados na disciplina ministrada na pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP (Promoção da Saúde e Qualidade de Vida), além das cartas das conferências de promoção da saúde de Ottawa, que apresenta conceitos, princípios e campos de ação da promoção da saúde, e de Bogotá e de Bangkok, cujos conteúdos serviram de base para o diálogo sobre as questões da iniquidade que nortearam a discussão entre as questões da promoção da saúde e iniquidades em saúde na América Latina.

## 3. RESULTADOS

A América Latina é uma região que, além de assolada por intensas desigualdades, assiste à deterioração das condições de vida de grande parcela da população, o que resulta no aumento de riscos para a saúde e na redução de recursos para enfrentá-los. A promoção da saúde nessa região assume, portanto, um grande desafio, que compreende a mudança desse cenário ou das relações socialmente excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como o trabalho pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. O incentivo para a elaboração de políticas públicas que garantam a equidade e possibilitem a criação de ambientes e opções saudáveis constitui um dos compromissos importantes discutidos e redigidos na Carta de Bogotá (BRASIL, 1996).

Reforçando esse compromisso acima descrito, Costa & Lionço (2006) argumentaram que a resolução das questões relacionadas à noção de equidade em saúde não pode basear-se apenas na produção de conheci-

mento sobre equidade e iniquidade em saúde, mas, principalmente, na implementação de políticas públicas que considerem a equidade em seu sentido fundamental e originário de negação da negação, ou seja, o da força reivindicadora de alteração de uma condição social clara de desigualdade. Sobre isso, Pellegrini Filho (2004: 348) acrescentou que os avanços do conhecimento técnico-científico “abrem enormes oportunidades, mas que seu potencial só se realiza se acompanhado por uma ampla e diversificada gama de inovações sociais”; além disso, afirmou que os resultados das pesquisas são pouco utilizados para a definição de políticas públicas e que os atores envolvidos na tomada de decisão (com os mais variados interesses) têm acesso desigual às informações ou ao conhecimento, o que representa uma “iniqüidade dramática”, pois gera e amplia qualquer outro tipo de iniquidade. Essas políticas públicas devem contemplar, assim, a reorganização dos serviços com vistas a evidenciar a estratégia de promoção da saúde, garantir o acesso universal aos serviços de atenção, modificar as condições que possibilitam o desenvolvimento de algumas doenças e mortes, e desencadear processos que promovam, dentre a população, a criação de ideais de saúde a partir da conscientização sobre sua importância.

Magalhães (2007) levantou outro aspecto importante referente às iniquidades em saúde, que compreende as dificuldades relacionadas ao mapeamento e à escolha de fontes de informações, o que representa um grande desafio, dada a natureza e a complexidade do problema. A mesma autora defendeu, ainda, que a fragilidade dessas fontes de informações dificulta o planejamento das ações, fundamentais para o enfrentamento dessa realidade desigual. Ou seja, as subnotificações ou a inadequação desses sistemas podem ser empecilhos quando se pensa em ações concretas que possam promover a equidade em saúde.

As constatações acima apresentadas são apenas algumas *nuances* das necessidades de intervenção, visto que a implementação de ações e de políticas públicas requer o engajamento e o envolvimento na busca por possíveis soluções, como a tentativa de se traçar um caminho que possibilite vislumbrar quais ações são eficientes e quais podem e devem ser intensificadas, por exemplo.

Pinheiro, Westphal & Akerman (2005: 457), após terem analisado os relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição de 1988, afirmaram que o termo equidade é utilizado nestes documentos poucas vezes, e até mesmo de modo indevido. Há um trata-

<sup>4</sup> Disponível no site <<http://www.bvs.br>>.

mento incompleto do tema; os grupos menos favorecidos e, portanto, mais vulneráveis, bem como suas reais necessidades em saúde, não são destacados. Estes mesmos autores afirmaram que tais fatos indicam “uma resistência inicial à incorporação do conceito, como um critério para a elaboração das diretrizes de políticas públicas”. O discurso sobre a equidade nesses relatórios é muito abrangente e geral, o que se reflete em avaliações e proposições sem especificidades e sem consistência, ou seja, muito vagas.

Quanto ao comprometimento ético pela equidade, Dowbor (2008), em seu trabalho de doutorado, identificou-o como uma das diferentes motivações dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) para trabalhar com determinantes sociais da saúde (DSS). A referida autora acrescentou ainda que as argumentações feitas por esses profissionais em relação à pertinência de se trabalhar com DSS no PSF se relacionam fundamentalmente com o imperativo ético da equidade, fato que, segundo ela, merece a defesa de um trabalho pautado nesse imperativo, mas associado com a eficiência da atenção primária de saúde com a institucionalização dos DSS na prática profissional.

No presente contexto globalizado, conforme discussões da Sexta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, Tailândia, é de suma importância a inclusão e a priorização de políticas e parcerias que visem ao empoderamento das comunidades, à melhoria da saúde e à equidade na saúde nos projetos de desenvolvimento global e nacional; portanto, a partir de ações, compromissos e promessas pautados nos determinantes da saúde (WHO, 2005).

A intersectorialidade, mais uma vez, se mostra como um importante recurso no enfrentamento das iniquidades em saúde no estudo de Szot (2003), que, comparando o índice de mortalidade infantil em comunidades de nível socioeconômico opostos, identificou que as mortes, nessa faixa etária, estão fortemente relacionadas ao grau de escolaridade, às condições de moradia, ao saneamento básico e à renda, e que, portanto, a redução desses índices só será possível com ações diretas no campo da saúde, da educação, da habitação e do trabalho, dentre outros, nas regiões mais vulneráveis, pressupondo uma ação articulada, ou seja, intersectorial.

Outro elemento importante na discussão sobre iniquidades em saúde, além dos já mencionados, é a questão do território. A detecção de grupos mais vulneráveis em determinadas regiões possibilita as seguintes ações: a identificação de necessidades de responsabilidade de outros setores, que não só o da saúde; a priorização de territórios, onde as iniquidades são maiores, bem como dos recursos necessários; e a execução de ações de prevenção que possam surtir efeitos positivos, no que se refere ao impacto sobre as condições de riscos e sobre os indicadores de doenças (CHIESA, WESTPHAL & KASHIWAGI, 2002).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se de grande pertinência as discussões aqui propostas, embora elas não esgotem a necessidade de um maior aprofundamento nas questões tangentes ao tema.

Sabe-se que a promoção da saúde se apresenta, principalmente na América Latina, como uma estratégia altamente eficaz por se apoiar em princípios que, indissociavelmente, contribuem para a promoção da equidade em saúde, reduzindo para o mínimo possível as injustiças em saúde.

Ressalta-se que, embora sejam necessárias ações comunitárias, reorganização dos serviços, utilização do conhecimento produzido na elaboração de políticas públicas, melhoria das fontes de informações, reconhecimento do território, é imprescindível e até inicial a participação social que, como um dos compromissos da Carta de Bogotá, se faz pela convocação de forças sociais para que apliquem a estratégia de promoção da saúde, “colocando os propósitos sociais à frente dos interesses econômicos, a fim de criar e manter ambientes familiares, físicos, naturais, de trabalho, sociais, econômicos e políticos que tenham a intenção de promover a vida, não degradá-la” (BRASIL, 2002: 46).

Assim, acredita-se que o debate sobre uma “desigualdade justa” deve ser fomentado nos diversos espaços em que a desigualdade injusta se apresenta e se instala, com o intuito de não só mobilizar para uma ou para as ações necessárias, mas para a consolidação e a validação de um direito assegurado por lei, que é o direito à saúde, o qual tem como um dos pilares o princípio da equidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Trad. de L. E. Fonseca. Brasília-DF: 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília-DF: 2002.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000; 5(1): 163-77.

CHIESA, Anna M.; WESTPHAL, Márcia F. & KASHIWAGI, Næa M. Geoprocessamento e promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 2002; 36(5): 559-67.

COSTA, Ana M. & LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde e Sociedade*, 2006; 15(2): 47-55.

DOWBOR, Tatiana P. 2008. *O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo*. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.

FERREIRA, Aurélio Buarque de H. *Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

MAGALHÃES, Rosana. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades

das fontes de informação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(3): 667-73.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9(2): 339-50.

PINHEIRO, Marcelo C.; WESTPHAL, Márcia F. & AKERMAN, Marco. Iniquidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005; 21(2): 449-58.

SÍCOLI, Juliana L. & NASCIMENTO, Paulo R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2003; 7: 101-22.

SZOT, Jorge. Epidemiologia de la desigualdad: diferencias en la mortalidad infantil em comunas de nível socioeconómico opuesto. *Revista Chilena de Salud Pública*, 2003; 7:12. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007001100002&lng=es&nrm=>](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001100002&lng=es&nrm=>)>.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta da Sexta Conferência de Promoção da Saúde de Bangkok. Tailândia, agosto 2005. Disponível em: <[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)>. Acesso em: 08 de junho de 2008.

**Endereço de correspondência:**

Pauliana de Carvalho Noronha. E-mail: pauliananoronha@usp.br.

Eduardo Sodré de Souza. E-mail: eduardossouza@usp.br.