

ARTIGO · CULTURA & SAÚDE

Histórico da Promoção da Saúde no Brasil

Revisão da trajetória da saúde pública brasileira até a Política Nacional de Promoção da Saúde

Adrielly da Silva Barros; Fernanda Tavares Silva; Marta Azevedo Santos

Acadêmicas de Nutrição e professora - Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Palmas-TO

Recebido para publicação em abril de 2014 · Categoria: Artigo · Idioma: Português

RESUMO

O artigo acadêmico retoma a história do Brasil com foco no desenvolvimento da Saúde Pública e da promoção da saúde. As autoras contextualizam o enfraquecimento do paradigma biomédico e as mudanças no perfil epidemiológico e sociopolítico que favoreceram novas formulações sanitárias, destacando os paradigmas da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde como bases do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pelas leis 8080 e 8142 de 1990. O texto apresenta os objetivos e as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e percorre fatos históricos relevantes, desde a colonização em 1500, passando pela influência do modelo sanitário americano nos anos 1920, os institutos de pensão, o sanitarismo desenvolvimentista, o SESP e os períodos ditatoriais, até a redemocratização e a Reforma Sanitária. Conclui valorizando os determinantes sociais no processo saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVE: *promoção da saúde; saúde pública; sus; política nacional; história da saúde; saúde coletiva*

As opiniões e conceitos expressas no artigo são de inteira responsabilidade dos autores. A Cultura & Saúde não é responsável pelo conteúdo do texto.

BARROS, Adrielly da Silva¹, SILVA, Fernanda Tavares¹, SANTOS, Marta Azevedo².

¹ Acadêmica do Segundo Período do curso de Nutrição da Universidade Federal do Tocantins, Campus Palmas-TO.

² Psicóloga. Doutora em Psicologia. Professora dos cursos de Nutrição e Enfermagem - UFT

RESUMO: O enfraquecimento do paradigma biomédico, a mudança no perfil epidemiológico e os desafios sociopolíticos culturais enfrentados nas últimas décadas tem possibilitado o aparecimento de formulações sobre o pensar e o fazer sanitários. Entre estas merecem relevância os paradigmas da saúde coletiva no Brasil e a promoção da saúde, sendo o primeiro aquele que dá sustentação filosófica ao sistema único de saúde (SUS). O objetivo deste

artigo é retomar os aspectos da história do país com foco no desenvolvimento da Saúde Pública.

Palavras Chaves: Promoção da saúde, Política Nacional, Fatos Históricos e Aspectos Práticos.

1 - INTRODUÇÃO

O maior país da América Latina e o quinto do mundo em extensão territorial, o Brasil tem uma área de 8.511.065 Km² e uma população de 190.732.694 de pessoas, de acordo com o Censo 2010 do IBGE. Até a década de 1980 a população era de característica mais jovem, porém com o passar dos anos a população brasileira vem envelhecendo lentamente. De acordo com as estimativas oficiais, a esperança de vida ao nascer da população brasileira experimentou um ganho de 2,6 anos, ao passar de 66,0 anos, em 1991, para 68,6 anos, em 2000 (IBGE, 2000)

Com cinco regiões geográficas, o Brasil possui 26 estados e um Distrito Federal. Entre estas regiões há muitos contrastes e desigualdades em vários aspectos,

mesmo assim sua economia é a mais diversificada e com o maior potencial da América do Sul.

Em um país onde a maioria da população é considerada pobre, a melhoria da qualidade de vida é dificultada por uma estrutura administrativa tradicional, corporativista e excessivamente burocrática, resistente a ações intersetoriais e sistemas matriciais, dificultando assim a redução da pobreza crônica estabelecida na população brasileira.

Mudanças no perfil epidemiológico e os desafios socio-políticos e culturais enfrentados nas últimas décadas têm encorajado o aparecimento de novas visões sobre o pensar e o fazer sanitários. Os paradigmas da Saúde Coletiva no Brasil e a Promoção da Saúde nos países desenvolvidos merecem destaque, já que ambos influenciaram o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi adotado pela Constituição Federal de 1988 e normalizado pelas leis 8080 e 8142 de 1990, deixando um grupo de sanitaristas que acreditava na importância do social na determinação do processo saúde e doença, responsáveis pela gestão desse sistema. (CARVALHO, WESTPHAL, LIMA, 2013)

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

Assim, para garantir o direito à saúde é necessário assegurar o acesso igualitário de todos os cidadãos aos serviços de saúde oferecidos, além de garantir também a criação de novas políticas sociais e econômicas que trabalhem com o objetivo de reduzir a quantidade de pessoas doentes.

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2004b), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. (BRASÍLIA, 2006)

2 - A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir fragilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes – fatores sociais, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e serviços essenciais. (BRASÍLIA, 2006)

E como objetivos específicos:

- Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica.
- Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras).
- Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim.
- Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.
- Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde.
- Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.
- Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.
- Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.
- Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;
- Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.
- Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País.
- Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade. (BRASÍLIA, 2006)

Gerida por um sistema de esferas de gestão, federal, estadual e municipal, onde cada esfera possui responsabilidades específicas e também algumas em comum, dentre elas a Divulgação da Política de Promoção da Saúde.

Dentre as principais ações dessa política de promoção da saúde, destacam-se a divulgação e implementação da política nacional de promoção da saúde, ações relativas à alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e a promoção do desenvolvimento sustentável.

3 - FATOS HISTÓRICOS RELEVANTES DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A história da saúde pública no Brasil começa lá em 1500, com a chegada das embarcações portuguesas no território brasileiro. Até 1822 o Brasil colônia foi administra-

do por Portugal e o Estado não intervinha diretamente em questões saúde, salvo em casos de emergência, como nos casos de epidemias onde entre outras atividades educacionais eram transmitidas normas de higiene.

Até o fim do século XIX e início do século XX os interesses políticos e econômicos das classes dominantes se articulavam com as políticas de saúde. Com a abolição da escravidão e o desenvolvimento do comércio e indústria, as cidades que ainda não contavam com uma estrutura básica sólida recebiam uma grande quantidade de imigrantes, aumentando assim a necessidade de ampliação do comércio externo e abertura das fronteiras para receber trabalhadores que substituiriam os escravos negros, e com esse aumento populacional as cidades começaram a ser assoladas por doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e a expansão de atividades capitalistas tanto urbanas como rurais, assim era extremamente necessário encontrar soluções rápidas e eficazes para o controle dessas doenças.

Nesse período a medicina liberal atendia a classe média urbana e os setores dominantes da população. Enquanto medidas para identificação e prisão de enfermos de classe baixa em desinfetórios com base na “política sanitária” iam se desencadeando juntamente ao início do movimento de vacinação coletiva compulsória, prática essa que gerava grande revolta na população que era contrária a essa prática.

Em 1920 o modelo médico sanitário americano começou a influenciar de forma direta e decisiva no modelo de estrutura sanitária brasileira. Geraldo de Paula Souza e Borges Viera foram alunos do primeiro curso de Saúde Pública da Escola de John 5 Hopkins nos Estados Unidos, e reorganizaram o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, reduzindo ao máximo o poder de coerção da polícia sanitária e enfatizando a educação sanitária.

Em 1930 foi iniciado um período de ditadura no país que durou 7 anos. Neste período foi instituída uma legislação trabalhista onde em substituição aos Centros de Saúde extintos foram criados os Institutos de Pensão, que tinham como responsabilidade dar atenção à saúde dos trabalhadores de diferentes setores produtivos da sociedade, além de outras funções.

Na década de 40, com o fim desse período ditatorial começa a ampliar-se a discussão de uma nova concepção de processo saúde doença baseado na história natural desse mesmo processo. Foi a época do sanitarismo desenvolvimentista, que coexistia com um movimento político populista e que permitiu a criação de novas propostas de trabalho em saúde. A necessidade de exploração de matérias primas durante a II Guerra Mundial conseqüente movimentação de interiorização das ações de saúde inspirou a criação do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP financiada pela Fundação Rockefeller - americana - para atender as populações do interior, pobres e desamparadas.

Era objetivo desses Serviços favorecerem a percepção pela população de obstáculos sociais e econômicos ao desenvolvimento comunitário, através de novos recursos metodológicos de conscientização (Mello, 1987).

Nas cidades havia assistência técnica de responsabilidade da Previdência Social, campanhas sanitárias para o controle das grandes epidemias, os Centros de Saúde e os Hospitais das Santas Casas ofereciam assistência médica suplementar, dirigidas aos setores mais marginalizados da periferia. A educação sanitária era também uma das ações de saúde, em complemento e apoio às ações médico sanitárias, auxiliando para maior eficiência das mesmas. A educação era tida como um processo mudança individual de comportamentos não desejáveis como: ignorância, falta de higiene, desobediência das normas e prescrições baseadas em valores dos que eram culturalmente dominantes. Neste período foram adotadas estratégias que privilegiavam campanhas educativas dirigidas a problemas específicos, era a chamada “biologização da saúde”, despolitizando o social, no dizer de Cardoso de Mello e depois a “psicologização da saúde”, em consequência do desenvolvimento da psicologia, que propunha a adoção de uma rotina disciplinada para o alcance de bons hábitos de vida, o que significava ações de higienização, normalização e domesticação. As raízes estruturais e econômicas dos problemas de saúde nem sequer faziam parte do universo de pensamento dos profissionais de saúde da época e muito menos eram incluídas nas ações desenvolvidas por eles. (Mello, 1987; Oshiro, 1988).

De 1964 a 1985 durante outro período ditatorial controlado pelo governo militar, foram evidenciados resultados positivos em termos de desenvolvimento econômico, porém ainda com grande parte da população sendo marginalizada. A face obscura se encontrava nas arbitrariedades sociais, nas condições de vida desumanas e na situação sanitária que passava por uma situação em que as “doenças de ricos” se somavam as “doenças de pobre”. As populações excluídas dos benefícios dos resultados do desenvolvimento conviviam com um modelo de atenção à saúde privatista curativo, porém esse tipo de sistema, com práticas médicas centradas e curativas, possuíam uma baixa eficácia e não atendia às necessidades de atenção médica e preventiva de doenças e promoção da saúde. (Laurell, 1986, apud: Nunes, 1994, p 12 e Carvalho, 2005, pág. 97)

Após a crise social de 1970 e com o fim da ditadura militar, se iniciou um processo de redemocratização do país. Insatisfeitos com os avanços conseguidos com as mudanças propostas pelas correntes preventivistas grupos profissionais progressistas da saúde se engajaram nas discussões a procura de novos paradigmas que guiassem as programações de saúde e educação, buscando dar uma nova dimensão às políticas públicas de saúde, com foco

nos determinantes sócio-históricos do processo saúde/doença.

A abordagem político pedagógica de Freire, as propostas metodológicas de educação em saúde de Hortência de Holanda, os princípios e procedimentos da pesquisa participante de Carlos Brandão são algumas das importantes iniciativas que contribuíram durante este período. Tais iniciativas favoreceram mudanças nas concepções e procedimentos da Medicina Comunitária, pois de certa forma alimentaram uma transformação que se sobrepunha à visão conservadora higienista e moralista. Estas concepções eram aos poucos apropriadas não só por alguns técnicos da saúde que criticam à educação higienista e comportamentalista, além de serem adotadas pelos movimentos de educação popular em saúde, que apoiavam o movimento sanitário em processo de organização. (FREIRE, 1975; HOLLANDA, 1959, BRANDÃO, 1988)

“A saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações” é eleita como objeto de intervenção pela Saúde Coletiva. Através do exemplo histórico – estrutural que busca a incorporação da “dimensão histórico-social à análise e ao mesmo tempo aportar novas categorias de análise” (Paim & Almeida, 1998, p.61; Arredondo, 1992, p.258, apud Carvalho, 2005 pg., 95).

Hoje, a estrutura teórica da Saúde Coletiva orienta as atividades de diferentes Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Universidades brasileiras, assumindo uma importante função na sustentação político ideológica da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. (ABRASCO, 2004)

Na Constituição Federal de 1988, a saúde aparece como sendo um direito universal de cidadania, que resulta diretamente das condições de vida e de trabalho e que se encontra dentro do plano das políticas sociais como *“direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício através de políticas sociais e econômicas e do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (Brasil, 1988).

Estas políticas devem garantir ainda a alimentação, transporte, trabalho, a renda e o lazer a todos os brasileiros. A inclusão da determinação social do processo saúde/doença delimita um campo teórico e prático para a Saúde Coletiva, diferentemente dos movimentos anteriores (Berlinguer, 1988; Brasil, 1988; Westphal, 1992, Carvalho, 2005).

A partir de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser responsável pelo atendimento de saúde de 70% dos brasileiros e pela fiscalização de todo o sistema privado. Nesta década, o governo foi assumido por um presidente que deu ao seu governo características neoliberais, reforçando um modelo biomédico por meio de ações

do Ministério da Saúde. A política continuou sendo a arte de integrar ações preventivas e de massa, com ênfase em ações curativas individuais. (Westphal, e col, 2004)

Dez anos após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, oito anos que a Saúde integrou a Constituição Federal. Conquistara-se a lei, porém não foi alcançado o cumprimento total da mesma nem de seus objetivos. (Brasil, 1988)

4 - ASPECTOS PRÁTICOS DA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL.

A Reforma Sanitária Brasileira amplamente discutida a partir de 1986, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, propôs para a sociedade brasileira conceitos e objetivos semelhantes aos apresentados na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, no mesmo ano. Segundo a Carta de Ottawa a Saúde não era apenas a ausência de doença, mas também a atenção às necessidades básicas dos seres humanos.

Apesar de que essa Reforma não conseguiu concretizar suas propostas iniciais, ela contribuiu para uma série de mudanças e progressos que foram alcançados na perspectiva do SUS, como: a descentralização das decisões de saúde, que favoreceram o desenvolvimento de um Movimento Municipalista de saúde liderado pelos Secretários Municipais de Saúde e fortaleceram a participação da população nas questões de saúde, aumentando assim os conceitos e práticas de saúde.

A Conferência Latino-americana de Promoção da Saúde foi promovida pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e realizada na Colômbia, em Bogotá, contou com a participação de 550 representantes de 21 países latino americanos entre eles o Brasil, para discutir o significado da Promoção da Saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos para a melhoria da saúde das populações da região, com vistas a equidade, e foi mais um evento importante deste período (BUSS, 1997).

No ano de 1995, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) se reuniu no Congresso dos Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Fortaleza, Ceará. A Carta de Fortaleza, que foi elaborada ao final do Congresso, mencionava as experiências canadenses de Cidades Saudáveis. A partir daí, várias propostas de implementação de Projetos Cidades Saudáveis foram incentivados pela Organização Pan-americana de saúde e colocadas em prática em vários estados brasileiros, como, Paraná, São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Alagoas, entre outros, apoiados especialmente pelo CONASEMS. A realização do “I Fórum Brasileiro de Cidades Saudáveis” no Ceará em Agosto de 1998, também foi um apoio a estas iniciativas, a proposta da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis, inclusive, chegou a ser lançada (Westphal, Motta e Bogus, 1998).

Em Novembro de 2002, foi realizado em São Paulo a III Conferência Latino Americana de Promoção da

Saúde e Educação em Saúde, uma iniciativa conjunta da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, do Ministério da Saúde, da Organização Pan-americana de Saúde e da Universidade de São Paulo. Contando com 1500 participantes que apresentaram 600 trabalhos, registrados em Anais, sem os brasileiros a maioria dos participantes do evento.

Em Janeiro de 2003 com um novo governo no país, a estrutura do Ministério da Saúde foi novamente reformulada. Os novos gestores, entre eles muitos do movimento da Saúde Coletiva se mostraram resistentes à Promoção da Saúde, porém como havia um compromisso internacional de implementar “Um novo modelo de atenção na perspectiva da Promoção da Saúde”, resolveram adotá-la como uma filosofia de atenção, à realocando na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

O grupo brasileiro ligado à Promoção da Saúde, formado por professores de universidades, gestores de programas de alguns estados, continuou se reunindo, sob os cuidados da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2004), a maior e mais forte entidade de classe, responsável pelos estudos e oferecimentos de diretrizes ao governo sobre saúde.

Em 30 de Março de 2006, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, através da Portaria 687 MS/GM, neste momento já estava ratificado o compromisso da atual 15 Gestão do Ministério da Saúde com a Promoção da Saúde e reconhecida a concordância entre os princípios e diretrizes de ambos. Para a implementação desta política foi definido pelo Ministério da Saúde um Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, do qual fazem parte: representantes de todas as Secretarias do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional do Câncer e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, não havendo nenhum membro externo ao setor saúde.

5 - CONCLUSÃO

A saúde é um direito do cidadão brasileiro, garantido pela Constituição Federal de 1988, que a apresenta como um conceito amplo e muito mais significativo que apenas a ausência da doença, e que propõe estratégias de ação para a recuperação, proteção e promoção da saúde. Mas, apesar de ser mencionada explicitamente a importância do sistema se responsabilizar por estas ações, a promoção da saúde continua a ser tratada de forma superficial no Brasil, tanto em meio ao próprio setor da saúde, como em meios externos, até mesmo acadêmicos.

A história citada aqui nos permite compreender com mais clareza alguns dos vários motivos pelos quais a adoção da Promoção da Saúde o Brasil encontra tantas resistências. Assim, é de extrema importância persistir no desafio de realizar pesquisas e estudos que avaliem os resultados da Política Nacional de Promoção da Saúde e as

ações que a mesma propõe, com base nos conceitos e princípios estabelecidos pelo SUS, assim como os indicados na Carta de Ottawa: integralidade, equidade, co-responsabilidade, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, sustentabilidade e outros.

Continua o desafio de monitorar e avaliar programas, além da implantação desta Política de maneira mais incisiva neste país de dimensões continentais e que tem tantas diferenças sociais, mostrando que a Promoção da Saúde é efetiva na conclusão dos objetivos a que ela se propõe, auxiliando para a formação de indivíduos autônomos, capazes de promover mudanças na determinação social do processo saúde/doença.

REFERÊNCIAS

- Arredondo, A. Modelos teóricos del proceso salud enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3):254-261, 1992.
- Berlinguer, G. et al Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo, HUCITEC, 1988.
- Brandão C.R. Pesquisa Participante. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 2001. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>>. Acesso em: 27 de Novembro de 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Análise da estratégia global da OMS para alimentação saudável, atividade física e saúde: documento realizado pelo grupo técnico assessor instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 596, de 8 de abril de 2004. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde 2004-2007. Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- Buss, P. M. A Promoção da Saúde no Desenvolvimento sustentável, trabalho apresentado no I Seminário Institucional de Promoção de Saúde- SESC/RJ, 2 a 5 de Dezembro de 1997.
- Carvalho, S.R. Saúde coletiva e promoção da Saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CARVALHO, Antonio Ivo, WESTPHAL, Marcia Faria, LIMA, Vera Lucia Pereira. Histórico da promoção da saúde no Brasil. Acesso em 19 de Dezembro de 2013
- Freire, P., A Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 3ª ed. 1975.

GT-PROMOÇÃO DA SAÚDE/DLIS/ABRASCO – Promoção da Saúde consolida-se como Grupo Temático da ABRASCO e propõe articulação com os demais GTS – 19 documento elaborado durante reunião no pré- Congresso de epidemiologia - Recife, Junho de 2004. (<http://www.abrasco.org.br>)

Hollanda, H. H., Educação Sanitária. In: Revista Brasileira de Malarilogia e doenças Tropicais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, abril/junho. 1959.

Mello, J.A.C., Educação Sanitária: uma visão crítica. São Paulo: Cortez Editora, Caderno CEDES (4), p 28-43, 1987

Nunes, E.D. A questão da interdisciplinaridade no Estudo da Saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: Dilemas e Desafios das ciências sociais em Saúde coletiva

(A.M.Canesqui, org.), pp.95-114. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995

Oshiro, J.H. Educação para a saúde nas instituições de Saúde Pública, São Paulo, 1998 [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo] .

Paim, J.S., Almeida Filho, N. Saúde coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, 32(4):299-316, 1998.

Westphal, M.F; Bogus, CM; Mendes, R. Akerman, M e Lemos, MS A Promoción de Salud em Brasil In: Arroyo, H, V. La promoción de la salud em América Latina: modelos, estructuras y vision crítica, 1ª ed, Universidad de Puerto Rico, 2004.

Westphal, M.F, Motta, R.M.M., Bogus, C. M. Contribuição para Formação de uma Rede brasileira de Municípios Saludables Jornal do Conasems, Agosto de 1998.