Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas

Sônia Terra Ferraz*

Sumário: 1. Introdução; 2. Evolução do conceito de promoção da saúde; 3. Conclusão.

Palavras-chave: saúde; doença; promoção da saúde; prevenção; paradigma biotecnológico; paradigma holístico.

Este artigo discute os paradigmas de promoção de saúde, demonstrando sua estreita ligação com o conceito de saúde e doença. É analisada a transição do paradigma biotecnológico até o holístico, chegando-se à conclusão de que, dentro do novo paradigma da saúde, a tendência é que as estratégias sejam englobadas por setores mais abrangentes que o de saúde propriamente dito.

Health promotion under a changing paradigm

This paper discusses health promotion paradigms, showing the close connection between health promotion and the concept of health and disease. It analyzes the transition from the biotechnological paradigm to the holistic one, concluding that, under the changing paradigm, health strategies will be covered by sectors which are wider than that of health itself.

1. Introdução

Existe uma grande confusão de interpretações a respeito do conceito de promoção da saúde. Esta confusão, na opinião de alguns autores (Noack, 1987; Terris, 1992), tem origem nas diferentes concepções das teorias e causas das doenças e, obviamente, no conceito de saúde delas derivado.

* Médica especialista em saúde pública, mestre em administração de serviços de saúde pela Universidade de Montreal, Canadá, e consultora em saúde pública.

Noack (1987) opina que os conceitos de doença, cuidados médicos, saúde e promoção da saúde não existem em um vazio sociocultural, institucional e político. Ao contrário, eles refletem os valores, crenças, conhecimentos e práticas aceitas pelo conjunto da sociedade. Nos últimos 100 anos, a saúde vem sendo definida mundialmente em termos de ausência de doenças em conseqüência do acúmulo e do avanço de uma imensa produção de conhecimento médico e tecnológico que consolidou uma referência paradigmática biotecnológica.

Um paradigma, segundo Kuhn (1968), se define como um conjunto de conceitos que determina a legitimação do ponto de vista científico de situações ou questões teóricas formuladas no seio da sociedade. De acordo com a teoria de Kuhn sobre a evolução da ciência, as disciplinas científicas passam por estágios denominados de "ciência normal", na qual a comunidade científica aceita um paradigma particular (estágio paradigmático), e estágios onde os paradigmas estão se transformando ("estágio pré-normal", "crise" e " revolução").

Ao considerar que assistimos a uma verdadeira crise paradigmática da saúde, Noack (1987) observa que: "como inúmeros autores analisam, estamos assistindo ao início de um movimento que caminha de um estágio da ciência biomédica normal para o estágio de uma perspectiva global, o paradigma sócio-ecológico, que pode substituir o paradigma biológico porém de maneira à integrá-lo". Ele considera que enquanto a "promoção" da saúde está relacionada com os aspectos globais da comunidade, tendo maior expressividade fora da prática médica, a "prevenção" das doenças é uma atividade eminentemente médica; principalmente onde indivíduos de alto risco podem ser identificados e colocados sob cuidados preventivos especiais.

Para Stachtchencko e Jenicek (1990), as noções de promoção da saúde e prevenção das doenças estão de fato baseadas em paradigmas diferentes. A prevenção se baseia, a maior parte do tempo, sobre a concepção de risco ou probabilidade de se tornar doente, e os estudos clínicos e as intervenções visam em geral a grupos restritos. Por outro lado, a noção de promoção da saúde se preocupa mais freqüentemente com os múltiplos aspectos ligados a estilos de vida, e os programas são baseados na educação que visa a mudanças de hábitos individuais como a redução do uso de álcool e cigarro, o exercício, a mudança de alimentação, o controle do estresse etc. Sabemos, porém, que do ponto de vista operacional é bastante difícil separar estas duas noções, principalmente nos países subdesenvolvidos.

A incorporação da importância do impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais provocou a transformação do conceito de educação sanitária no de promoção de saúde. A partir da segunda metade dos anos 70, numerosos estudos norte-americanos favoreceram a elaboração da autocrítica da educação sanitária baseada na noção psicossocial de mudanças de hábitos de vida individuais. Em conseqüência, houve uma progressiva

ampliação do conceito de educação sanitária que contribuiu para a transformação desta em uma nova visão de promoção de saúde na América do Norte.

Na realidade, assistimos na atualidade a uma crise paradigmática que se reflete em todas as áreas do conhecimento humano. Alguns autores descrevem a emergência de um novo paradigma, holístico (Capra, 1987; Weil, 1988; Crema, 1988; Negret, 1994) ou holográfico (Wilber, 1990). No âmbito da medicina, esta transição de paradigma vem-se dando desde algumas décadas, com o questionamento do paradigma cartesiano biomédico (McKeown, 1996). O denominado paradigma sócio-ecológico (Hancock & Perkins, 1985; Kickbusch, 1986) pressupõe uma nova concepção de saúde e, conseqüentemente, de promoção da saúde, na qual existe uma interação de dois aspectos inter-relacionados, que Noack (1987) denomina estabilidade da saúde e potencial da saúde. Enquanto a estabilidade da saúde se refere ao equilíbrio físico, psicológico e social de um determinado grupo social ou indivíduo, o potencial de saúde se refere à capacidade destes grupos ou indivíduos conviverem com as mudanças e o estresse do meio ambiente físico e psicossocial. O potencial de saúde é um aspecto subjetivo de difícil avaliação, enquanto a estabilidade da saúde pode ser avaliada por uma gama de indicadores clínicos, epidemiológicos ou sociológicos.

Analisaremos a seguir a evolução do conceito de promoção da saúde em uma perspectiva histórica.

2. Evolução do conceito de promoção da saúde

Do ponto de vista histórico, a evolução do conceito de promoção de saúde acompanha a própria evolução do conceito de saúde-doença. Terris (1992) destaca que a expressão promoção da saúde foi utilizada pela primeira vez, em 1945, pelo historiador médico Henry Sigerist, que definiu quatro grandes tarefas para a medicina:

- a promoção da saúde;
- a prevenção da doença;
- o restabelecimento do doente;
- a reabilitação.

Sigerist considerava que "a saúde se promove quando se facilita um nível de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, descanso e recreação" e defendia uma ação integrada entre estadistas e líderes de trabalho, da indústria, da educação e dos médicos. Decorridos cerca de 40

anos, estas mesmas recomendações vieram a ser reiteradas pela *Carta de Ottawa* em 1986, como veremos adiante.

Em 1820, na Escócia, William P. Alison, professor de jurisprudência médica da Universidade de Edimburgo, já associava pobreza a doença, a partir de suas observações efetuadas nas epidemias de tifo e cólera. Contradizendo a teoria dos miasmas, ele apontou a importância de se corrigir o estado de indigência da população para controlar as epidemias, o que foi posteriormente aceito pela classe médica. Na França, em 1826, Lois René Villerme, em seus estudos sobre a mortalidade em diferentes setores de Paris, demonstrou a relação entre pobreza e doença. Rudolf Virchow, na Alemanha, ao investigar uma epidemia nos distritos industriais da Silésia em 1847, chegou à conclusão de que as "causas da epidemia eram mais sociais que físicas". Finalmente, temos os estudos epidemiológicos clássicos de John Snow sobre o cólera, demonstrando a interação entre causas específicas: hospedeiro e meio ambiente (denominada rede de causalidade).

Nas primeiras décadas do século XX, se desenvolveram na Europa os conceitos de higiene social e medicina social. Terris (1992) chama de "segunda revolução epidemiológica" a incorporação da importância dos fatores sócio-econômicos não só no âmbito das doenças transmissíveis como também no das crônico-degenerativas. Em Viena, por exemplo, Ludwig Teleky declarou a necessidade de se "investigar as relações entre estado de saúde de um grupo populacional e suas condições de vida que estão condicionadas por sua inserção social". Na Inglaterra, John A. Ryle, o primeiro professor de medicina social na Universidade de Oxford, em 1943 afirmava que "a saúde pública (...) tem estado preocupada com as doenças transmissíveis, suas causas, a distribuição e a preservação. A medicina social está interessada em todas as doenças prevalentes, incluindo a febre reumática, a úlcera péptica, as doenças cardiovasculares, câncer, psiconeuroses, traumas acidentais, as quais também têm suas epidemiologias e suas correlações com as condições sociais e ocupacionais e eventualmente devem ser consideradas em maior ou menor grau preveníveis".

A influência dos conhecimentos científicos e valores da sociedade inglesa no campo da saúde se fez sentir principalmente no Canadá, com a consagração dos princípios de universalização da assistência médica e da importância das ações de prevenção e de promoção da saúde na organização do sistema de saúde. Marc Lalonde, eminente epidemiólogo canadense, quando ministro da Saúde de seu país, criticou o estabelecimento de prioridades a partir somente das estatísticas de mortalidade que ele chama de "anos potencialmente perdidos". Ele analisou o desencanto do Canadá com o fato de que a universalização da assistência médica não foi por si só a grande responsável pelo declínio dos indicadores de mortalidade infantil ou de esperança de vida, pois as diferenças entre estes indicadores persistem conforme a inserção social dos indivíduos, independentemente do acesso universal aos serviços de saú-

de (Lalonde, 1978). Veremos em seguida como essas idéias repercutiram mundialmente no âmbito da saúde pública a partir da publicação do relatório Lalonde.

O impacto do relatório canadense Lalonde

O informe Lalonde, publicado pelo governo do Canadá em 1974, foi a primeira declaração teórica abrangente no âmbito da saúde pública, como resultado do desenvolvimento da epidemiologia das doenças não-transmissíveis. Este relatório pode ser considerado internacionalmente como um marco histórico (Ashton, 1991), na medida em que pela primeira vez se questionou oficialmente o impacto real para a saúde dos gastos excessivos com a organização dos cuidados médicos. A orientação preventiva do relatório Lalonde (1974) é clara, ao afirmar que: "Até o presente momento a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde enfatiza a organização dos cuidados médicos, apesar de termos identificado nas primeiras causas de mortalidade razões baseadas em três conceitos: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Parece-nos evidente, portanto, que vultosas somas de dinheiro estão sendo gastas erroneamente somente para tratar as enfermidades e não preveni-las efetivamente."

O informe Lalonde propôs cinco estratégias para atingir seus objetivos:

a) promoção da saúde;

b) regulamentação;

c) investigação;

d) cuidado eficiente;

e) estabelecimento de objetivos.

A concepção de promoção da saúde proposta por Lalonde estava claramente entendida como medidas preventivas, ou seja, mudança de estilos de vida e comportamentos. Tanto que 23 ações propostas referem-se a fatores específicos como dieta, cigarro, álcool, drogas e comportamento sexual; conseqüentemente, as atividades correspondentes incluíam programas educacionais dirigidos a pessoas e organizações.

Apesar da visão eminentemente preventiva do informe Lalonde, ele significou um avanço na política de saúde, em termos da compreensão e incorporação das ações intersetoriais que independem do sistema de cuidados de saúde, que Hancock e Perkins (1985) denominam "sistema de doenças". Estava, assim, trilhado o caminho que culminou com as recomendações da *Carta de Ottawa para a promoção de saúde,* em 1986, como veremos na seqüência.

As conferências de Ottawa e Adelaide: da promoção da saúde às políticas públicas favoráveis à saúde

De uma perspectiva histórica, a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986, patrocinada pela OMS, Ministério da Saúde e Bem-Estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública, foi um marco fundamental. A *Carta de Ottawa* reconheceu como "pré-requisitos fundamentais para a saúde, a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, a conservação dos recursos naturais, a justiça social e a eqüidade". A partir daí se estabeleceu a definição mais amplamente consagrada sobre a promoção da saúde: é o processo que confere às populações os meios de assegurar um grande controle sobre sua própria saúde.

A *Carta de Ottawa* significou a ampliação da concepção de promoção de saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Houve um reconhecimento de que a promoção de saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde, mas, ao contrário, constitui uma atividade eminentemente intersetorial. As estratégias propostas pela *Carta de Ottawa* para atingir os objetivos propostos foram:

f) estabelecer políticas públicas saudáveis;

g) criar os meios favoráveis;

h) reforçar a ação comunitária;

i) desenvolver atitudes pessoais;

j) reorientar os serviços de saúde.

Um outro evento muito importante dentro da evolução do conceito de promoção de saúde foi a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide (Austrália) em 1988. Esta foi exclusivamente consagrada à pesquisa de meios para coordenar estratégias concretas de promoção de saúde segundo os preceitos da *Carta de Ottawa*, visando à qualidade de vida através da adoção de políticas públicas favoráveis à saúde (Hancock & Duhl, 1986). Esta noção considera que os determinantes da saúde e suas repercussões dependem de uma ação integrada do conjunto de políticas públicas (O'Neill, 1990).

Observa-se que nos países do Hemisfério Norte a evolução de paradigmas vem sendo vivenciada de uma maneira muito mais evidente. Por um lado, as pesquisas científicas e a produção acadêmica, principalmente nos campos da física atômica, da engenharia genética e da neurofisiologia, embasam novas referências teóricas. Por outro, observa-se mesmo uma mudança concreta de comportamento da sociedade, que questiona a medicina "oficial". Por exemplo, os inúmeros processos por imperícia médica nos EUA colocam a classe médica em uma situação bastante defensiva, influenciando negativamente a relação médico-paciente. Estima-se que atualmente cerca

de 30% da população canadense procuram algum tipo de tratamento alternativo (denominada por eles de "medicina doce") paralelamente ao tratamento médico-hospitalar. O direito de morrer também é uma questão polêmica que vem sendo debatida abertamente no seio da sociedade, criando jurisprudência. Os altos índices de mortalidade por suicídio e violência associados à limitação dos tratamentos quimioterápicos do câncer e da Aids vêm colocando, para os médicos e demais profissionais de saúde, a crescente preocupação com a qualidade de vida dos pacientes.

Por outro lado, no campo da saúde pública, partindo da constatação de que a concepção da saúde calcada no modelo biomédico se mostrava impotente para enfrentar os enormes desafios e problemas advindos do fenômeno de urbanização, como a explosão da violência urbana nos países desenvolvidos, Hancock e Duhl (1986) conceberam um modelo de compreensão dos múltiplos determinantes da saúde, denominado ecossistema humano, segundo o qual a promoção da saúde exige a cooperação de múltiplos setores independentes dos serviços de saúde.

O fenômeno de envolvimento crescente da comunidade e da participação progressiva dos municípios na formulação de políticas sociais deu nascimento, na América do Norte, à concepção de cidades e comunidades saudáveis. Passaremos em seguida a analisar esta concepção e seu significado em termos de promoção de saúde.

Municípios ou comunidades saudáveis: uma evolução de promoção da saúde baseada em um novo paradigma

A concepção de cidades saudáveis surgiu como uma evolução no interior do movimento de promoção de saúde na América do Norte, que vinha fazendo, desde a década de 70, a autocrítica do conceito de educação sanitária calcada nos conceitos psicossociais de mudança de comportamentos individuais. Duhl e Hancock, em 1984, formularam idéias precisas sobre o papel dos municípios na promoção da saúde, em termos de políticas públicas favoráveis à saúde. Esses municípios foram denominados "cidades saudáveis" (Ferraz, 1994).

A partir deste conceito, o escritório da OMS/Europa em Copenhague apoiou a elaboração de projetos em algumas cidades européias que se interessaram pela idéia, como Rennes, Milão, Liège, Copenhague (Tsouros, 1990). A OMS (1992) considera uma cidade saudável aquela em que os dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos dentro de uma ótica ampliada de qualidade de vida, de acordo com a proposta de promoção da saúde referida na *Carta de Ottawa*. O movimento de cidades saudáveis atualmente é um fenômeno que se difundiu em inúmeras cidades da Europa e América do Norte, especialmente o Canadá, com a formação de redes (*networks*) de cida-

des que adotaram sua concepção e desenvolveram projetos. Na Europa existem atualmente 18 redes de cidades saudáveis, entre as quais a Rede de Cidades Saudáveis de Língua Francesa, que é uma das mais ativas, extrapolando fronteiras e continentes com a participação de cidades da Europa, Canadá (província de Quebec) e África de língua francesa.

Em termos operacionais, as atividades desenvolvidas por inúmeros projetos de cidades saudáveis nos países desenvolvidos incluem resumidamente:

- ações centradas sobre o meio ambiente, sobretudo o saneamento de regiões carentes, o tratamento dos resíduos sólidos e a qualidade do ar;
- desenvolvimento de serviços de saúde dos distritos e regiões carentes;
- ações de controle e de prevenção de doenças específicas não cobertas pelos programas do sistema nacional de saúde;
- promoção de modos de vida sadios — defesa de políticas de saúde mais saudáveis —, o que significa promover a elaboração de políticas municipais baseadas no desenvolvimento econômico que produzam um impacto potencial para a saúde e a proteção das populações.

Na América Latina, esta concepção vem sendo difundida com dificuldade para a exata compreensão de seu significado e aplicação no campo da saúde pública. Isto se deve a inúmeros fatores, entre os quais se destaca o fato de a cultura sanitária estar ainda referenciada no paradigma fragmentado e biotecnológico; que se traduz na estratégia de programas verticais. Ou seja, a compreensão dos determinantes globais da saúde ainda não foi incorporada pelas práticas quotidianas de organização dos serviços de saúde a ponto de se criar uma nova cultura. Outros fatores apontados como desfavoráveis são os interesses político-eleitoreiros manipuladores e clientelistas e a instabilidade política principalmente municipal (Ferraz, 1993).

A Opas (1992) elaborou um documento informativo sobre o movimento de municípios saudáveis contextualizando-o dentro do novo paradigma da saúde. Restrepo (1992), ao analisar as estratégias de promoção de saúde na América Latina, considerou que: "o movimento de municípios saudáveis que está sendo gestado em alguns países com o acompanhamento da Opas é um exemplo claro de espaços de trabalho em promoção de saúde que conduzem a novas formas de conceber e desenvolver ações de saúde pública".

Da Carta de Bogotá, esboço de um novo marco referencial de promoção de saúde para a América Latina, à Agenda 21

Na América Latina, vem ocorrendo um movimento progressivo de tentativa de incorporação do conceito de promoção da saúde nos moldes assinalados

na *Carta de Ottawa*. Nesse sentido, a realização da Conferência de Promoção de Saúde, em 1993, em Bogotá, sob os auspícios da Opas e do Ministério da Saúde da Colômbia, constituiu um evento importante. Com a presença de 550 representantes de 21 países pan-americanos, debateu-se sobre o significado da promoção da saúde na América Latina e estabeleceram-se princípios, estratégias e compromissos para o alcance da saúde da população da região.

A *Carta de Bogotá* intitulou-se *Promoção de saúde e igualdade* e seu preâmbulo assinala que: "A promoção de saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua de determinação entre saúde e desenvolvimento".

O programa de saúde da Opas (1992) assinalou no documento de implementação de estratégias de promoção de saúde que: "existe uma tendência a reduzir problemas sanitários sumamente complicados à conduta do indivíduo, especialmente no que se refere à conduta que implica riscos, como beber, fumar e alimentar-se mal. Como se sabe, tem-se conseguido modificar a forma de vida com medidas de intervenção de conduta. Isso ajuda a explicar por que tantos programas de promoção de saúde orientam suas estratégias para a promoção de uma conduta sadia. Por outro lado, atingir a meta de saúde para todos em todos os países, em especial nos países em desenvolvimento, depende, como se assinala na *Carta de Ottawa*, da melhoria de condições sociais tais como educação, habitação e salários. Ademais, são estas condições sociais que influem na modificação do estilo de vida. De fato, é difícil modificar a forma de vida quando faltam sistemas educativos completos e adequados, a higiene pessoal não é factível nas casas que carecem de água encanada e é difícil explicar uma dieta saudável a pessoas que passam fome. Em conseqüência, a promoção da saúde deve visar à promoção de condições de vida saudável; esta é uma questão central que devem enfrentar os organismos internacionais e nacionais que se ocupam da promoção da saúde".

Restrepo (1992) expressa de maneira lúcida essa nova visão de promoção de saúde para a América Latina, ao considerar que: "a promoção da saúde se refere à saúde dentro de um amplo contexto social e ecológico como uma estratégia que permite buscar um maior compromisso de todos para diminuir as desigualdades sociais e aumentar o bem-estar coletivo".

Porém, para a realidade latino-americana, resta o impasse do acúmulo de problemas que vão desde aos altos índices de morbidade de doenças transmissíveis, associados aos crescentes coeficientes de mortalidade por câncer e Aids, passando pela violência advinda da urbanização caótica associada aos problemas sociais, como a fome, permeados pelas imensas desigualdades sociais.

Sem pretensões de nos aprofundar, citamos a importância atual do apelo global deflagrado pela Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro em 1992. O documento

oficial desta conferência, conhecido como *Agenda 21* (1996), parte de um extenso diagnóstico das desigualdades sociais e econômicas mundiais e suas repercussões para o planeta e seus habitantes. Aborda a dimensão da saúde dentro de uma lógica integradora de meio ambiente e desenvolvimento sustentável, enfatizando a importância das estratégias de promoção da saúde, configurando, sem dúvida, a grande agenda intersetorial da atualidade.

3. Conclusão

Vimos que o conceito de promoção da saúde evolui de acordo com o próprio conceito de saúde e, conseqüentemente, de doença. Assistimos a uma mudança paradigmática global. No âmbito da saúde, a "crise da saúde" aparece como reflexo dos limites do paradigma cartesiano, fragmentado e biotecnológico.

Estamos convivendo ao mesmo tempo com novos e antigos conceitos, porém, conforme bem assinalou Noack (1987), o novo paradigma é integrador e não-excludente. Portanto, no campo operativo, faz-se necessário compatibilizar e conviver ao mesmo tempo com o velho, abrindo espaço para o novo. Em termos da promoção da saúde, isso significa continuar apoiando ações preventivas e de controle de saúde que estão afetas aos cuidados médicos e grupos de risco, abrindo espaços, concomitantemente, para novas intervenções de efetiva promoção de saúde, intervenções estas intersetoriais, fora do sistema de saúde propriamente dito.

Se, por um lado, o relatório Lalonde significou um avanço em termos do questionamento das limitações do impacto da assistência médica sobre as condições de saúde, a *Carta de Ottawa,* por outro, consagrou um novo marco conceitual no qual a promoção de saúde considera que a saúde "vai mais além dos estilos de vida". Desde então observa-se que novas estratégias e intervenções vêm sendo mundialmente experimentadas.

Em termos dessas novas estratégias de promoção de saúde, a concepção de cidades saudáveis vem significando na prática a incorporação do novo paradigma no campo da saúde.

Entretanto, em termos do contexto mundial, a grande agenda intersetorial da atualidade é, sem sombra de dúvida, influenciada pela Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Eco-92, e sua respectiva *Agenda 21*. Apesar de pouco percebidos pelo setor saúde, indiscutivelmente o apelo ecológico e das questões relativas ao meio ambiente e a noção de desenvolvimento sustentável são os portadores de uma nova mensagem que é integradora. Esta tende a apontar a direção das novas estratégias que colocam a saúde na sua verdadeira dimensão intersetorial, tendo como eixo a qualidade de vida.

Referências bibliográficas

Agenda 21. *Relatório da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento*. Brasília, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1996.

Ashton, J. The healthy cities projet: a challenge for health education. *Health Education Quarterly, 18*(1):39-48, 1991.

OMS; Salud Bien Estar Canada & Asociación Canadiense de Salud Pública. *Carta de Ottawa para promoción de la salud. Una Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública*. 1986.

Capra, F. *O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo, Cultrix, 1987.

Crema, R. *Introdução à visão holística. Breve relato do velho ao novo paradigma*. São Paulo, Summus, 1988.

Ferraz, S. T. *Villes en santé dans les pays du Sud: facteurs d'adoption au Brésil*. Montréal, Université de Montréal, 1993a. (Tese de Mestrado.)

———. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde em Debate* (41), dez. 1993b.

Hancock, T. & Duhl, L. Heathy cities: promoting health in the urban context. In: Health Cities Symposium. *Proceedings*. Lisbon, 1986.

——— & Perkins, F. The mandala of health a conceptual model and teaching tool. *Health Education*, Summer 1985.

Kickbusch, I. Health promotion: a global perspective. Annual Conference on Health Strategy for Action, 77. *Proceedings*. Vancouver, Canadian Public Health Association, 1986.

Kuhn, T. The structure of scientific revolutions. Chicago, University of Chicago Press, 1968.

Lalonde, M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Government of Canada, 1974.

———. El pensamiento de Canada respecto de las estrategias epidemiológicas en salud. *Boletim da Oficina Sanitaria Panamericana, 84*(3), 1978.

Mckeown, T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.

Negret, R. Na trilha do desenvolvimento sustentável. In: *Ecologia, natureza, sociedade*. Brasília, Instituto Transdisciplinar para o Desenvolvimento Sustentável, 1994.

Noack, H. *Concepts of health and health promotion, in measurements in health promotion and protection*. OMS, 1987.

O'Neill, M. Politiques favorisant la santé: perspective de l'OMS. *Promotion de la Santé, 28*(3):6-8, 1990.

OMS. Les réseaux intervilles pour la santé. Genève, 1990. (Discussion Techniques, 5.)

———. Regional Office for Europe. *Twenty steps for developing a healthy cities project*. 1992.

Opas & OMS. *Implementación de la strategia de promoción de la salud en la Organizacion Panamericana de la Salud.* Programa de promoción de la salud. Washington, 1992.

Restrepo, H. In: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. *Las políticas de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud.* Colombia, 1992.

Stachtchenco, S. & Jenicek, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health, 81*:53-5, 1990.

Terris, M. *Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública.* Opas/OMS, 1992.

Tsouros, A. *Healthy city project, a project becomes a movement: review of progress, 1987 to 1990.* OMS, 1990.

Weil, P. *O novo paradigma holístico.* São Paulo, Summus, 1988.

Wilber, K. (org.). *O paradigma holográfico e outros paradoxos. Uma investigação nas fronteiras da ciência.* São Paulo, Cultrix, 1990.