

Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!

Why health promotion and why still not so!

Cynthia Rachid Bydlowski

Mestre em Farmacologia e doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da USP.

E-mail: crbydlowski@globo.com

Márcia Faria Westphal

Professora Titular da Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de Prática de Saúde Pública – eixo temático de Promoção da Saúde.

E-mail: marciafw@usp.br

Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de Prática de Saúde Pública – eixo temático de Promoção da Saúde.

Resumo

A situação da saúde e da vida da população brasileira é preocupante. O SUS, embora tenha sido institucionalizado a partir de um conceito amplo de saúde, opera ainda com o conceito de saúde como ausência de doença, não desenvolvendo ações que levem em conta fatores sociais, econômicos e ambientais que afetam os determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos que interferem nas condições de vida e saúde da população. A Promoção da Saúde, como referencial que oferece uma forma mais ampla de pensar e agir em saúde, vem reforçar as propostas do SUS de melhoria nesse quadro, por meio da intervenção nesses fatores. Coloca, como necessária, a participação da população nos processos de decisão e na elaboração de políticas públicas, sendo que para isto é importante o empoderamento da população. Mas estas práticas ainda são pontuais e inexpressivas frente aos problemas existentes. O objetivo desse trabalho é apontar e comentar as forças que podem estar agindo no sentido contrário à inserção e ao desenvolvimento da Promoção da Saúde: o modelo biomédico, a estrutura dos relacionamentos, a estrutura do governo, os meios de comunicação e a própria cultura medicalizada da população.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Participação Social; Intersetorialidade; Modelo Biomédico; Comunicação Social

Abstract

Health and life situation of Brazilian population is worrisome. The SUS although institutionalized from a broad health concept still operates with a narrow health concept. It does not take actions that take into consideration social, economic, and environmental factors that interfere on the life and health of the population. Health Promotion as a theoretical referential that offers a broad way of thinking and acting in health reinforces the SUS' framework proposal through the intervention on those factors. It postulates as necessary the participation of the population in the decision and policy-making processes, which entails their empowerment. Such practices, however, are fortuitous and inexpressive in face of the existing problems. The objective of this paper is to show and comment on the forces that may be counteracting the insertion and development of Health Promotion: the biomedical model and the structures of the relationships, government, mídia and the very medicalized culture of the population.

Key Words: Health Promotion; Social Participation; Intersectoriality; Biomedical Paradigm; Social Communication

Este artigo surgiu de uma inquietação originada pela observação de que os conhecimentos teóricos existentes, que visam à solução de grandes e sérios problemas da humanidade, muito lentamente transformaram-se em práticas, ou, o que é mais grave, com frequência não passam do estágio de conhecimentos.

Não se pretende aqui solucionar a falta de interação entre a teoria e a prática, mas apontar fatos que, se analisados objetivamente, talvez possam colaborar para o rompimento das barreiras existentes entre esses dois momentos do conhecimento.

Serão focalizados problemas e propostas relacionados à saúde das populações, partindo-se de um conceito amplo no qual saúde não é considerada apenas ausência de doença, mas um estado de bem-estar, com ampla determinação.

A Relação Saúde e Pobreza

Hoje, no Brasil e em praticamente todo o mundo, predomina o modelo biomédico de atenção à saúde, no qual ter saúde significa não estar doente: não se sentir doente, não ter aparência de doente e não necessitar de medicamentos. Esse modelo conta com grande apoio social, como comenta Briceño-Léon (2001), pois além das indústrias e distribuidoras de produtos e tecnologias médicas, funcionários e grande parte da população, inclusive a de baixa renda, também o incorporam e praticam. Em geral, a população mais pobre exige do Estado um modelo biomédico de atenção à saúde com base hospitalar, pois vê nesse sistema a única alternativa para conservar ou recuperar sua saúde (Briceño-Léon, 2001).

Há algum tempo, vem sendo gestada outra forma de pensar e agir em saúde. Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, foi enfatizado que saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social; na I Conferência de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2001) colocou-se que, para atingir esse estado, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde é produzida socialmente, determinada por vários fatores: biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais. Assim, a manutenção da saúde ou sua promoção não deve ser somente responsabilidade do setor saúde, mas resultado de ações intersetoriais, multidisciplinares e apoiadas

por políticas públicas saudáveis, isto é, promotoras de qualidade de vida. A saúde é valorizada como componente central do desenvolvimento humano (Ferreira e Buss, 2001).

Essa relação da saúde com vários fatores já vem sendo reconhecida há algum tempo como relatado por Buss (2000), Minayo (2001) e vários outros autores. Países em desenvolvimento, onde grande parte da população vive em condições de pobreza ou abaixo da linha de pobreza, têm grandes problemas de saúde, com altas taxas de mortalidade resultantes de doenças que poderiam ser evitadas, não fossem as más condições de alimentação, moradia, saneamento básico e do meio ambiente.

Barata (2000) relata várias epidemias e endemias de doenças transmitidas por vetores (ex.: febre amarela), por via hídrica (ex.: febre tifóide) e pelo ar (ex.: tuberculose), que ocorreram no Estado de São Paulo durante o século XX. Em todos esses casos, os indivíduos mais afetados eram os que viviam em condições de pobreza, em geral na periferia, em moradias pouco espaçosas (sem estrutura de saneamento básico), com má alimentação e com renda insuficiente para manter um padrão mínimo de sobrevivência. Também contribuíram para o aparecimento de algumas dessas doenças, problemas ambientais, como o desmatamento descontrolado. A autora observa que com o aumento da cobertura vacinal e do saneamento básico houve uma melhora no quadro das epidemias e endemias, mas enfatiza que, mesmo com os avanços técnicos científicos ocorridos, ainda é difícil evitar o aparecimento dessas doenças e controlá-las.

As condições socioeconômicas da população e o aumento na concentração de renda, nesse momento, agravam a situação de exclusão e mantém essas condições de saúde, como enfatiza Minayo (2001). A autora relata ainda que, segundo informações recentes da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe), *as condições de vida e saúde da América Latina se encontram piores que nos anos 70; houve um retrocesso na equidade social, provocado pela crise econômica da década de 80 e as reformas neoliberais dos anos seguintes. No caso do Brasil, não houve aumento de pobreza, mas da desigualdade, historicamente uma das maiores do mundo: "a renda dos 10% mais ricos é hoje 30 vezes maior que dos 40% mais pobres, enquanto em países com desenvolvimento comparável ao do*

Brasil, é apenas 10 vezes" (Minayo, 2001, p. 59).

A situação dos problemas sociais do Brasil pode ser resumida da seguinte maneira: alta concentração de renda; 15,8% da população sem acesso às condições mínimas de higiene, educação e saúde; 17% em situação de miséria; 11,5% morrendo antes de completar 40 anos; 16% analfabetos; 34% sem água potável e 30% sem acesso a esgoto (Minayo, 2001). Essas condições têm reflexo direto na saúde. Apesar de ter havido melhora nos índices de mortalidade/morbidade, as taxas de doenças infecciosas, relacionadas diretamente com a pobreza, ainda são significativas. Essas doenças, que nos países desenvolvidos foram substituídas por doenças crônico-degenerativas, no Brasil, ainda persistem, principalmente nos estados mais pobres, convivendo com as doenças crônico-degenerativas, desafiando os técnicos a resolver, ao mesmo tempo, problemas de países em desenvolvimento e desenvolvidos (Minayo, 2001). Outros efeitos relacionados ao aumento de concentração de renda são o desemprego e a violência, que vêm atingindo níveis alarmantes, com concentração do número de vítimas em favelas e na periferia (Minayo, 2001).

Medidas para a melhoria das condições anteriormente citadas, tanto no setor saúde quanto em outros setores, não têm sido efetivas para reduzir as doenças. São realizadas de maneira assistencialista, não atuam nas causas dos problemas, obedecendo a interesses hegemônicos, e não promovem melhora satisfatória no quadro atual. E, ainda, o serviço de saúde, baseado no modelo biomédico curativo, com a medicalização da população e o desenvolvimento de tecnologias de alto custo, promove uma situação de exclusão, dificultando o acesso de pessoas de baixa renda.

São necessárias propostas que provoquem mudanças reais nos indivíduos, nos grupos, nos governos, ou seja, na sociedade, para que se consiga uma situação em que pelo menos as condições mínimas necessárias para uma sobrevivência com dignidade seja assegurada à população.

Nesse sentido, vem avançando o movimento da Promoção da Saúde que traz, para os profissionais envolvidos com as questões de qualidade de vida, uma nova forma de pensar e de agir, cuja a principal preocupação seja o desenvolvimento do ser humano num mundo saudável. Essas propostas serão discutidas a seguir.

Promoção da Saúde. Porque sim!

A Promoção da saúde, definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (Brasil, 2001), traz um novo enfoque e uma ampliação do conceito de saúde, como já dito anteriormente. Essa nova forma de pensar a saúde é oportuna e necessária para o momento atual, pois vários trabalhos sugerem que fatores específicos de estilo de vida explicam parcialmente as doenças, sendo a pobreza (más condições socioeconômicas) considerada como fator de risco à saúde (Wallerstein, 1992).

As más condições socioeconômicas, definidas, por exemplo, por renda *per capita* menor que o salário mínimo, moradia com problemas de conforto térmico ou ausência de água e/ou saneamento básico, ausência de alimentos necessários para a sobrevivência, criam condições iníquas entre os diferentes grupos da população, gerando diferenças de condições de vida que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas insatisfatórias e injustas (Whitehead, 1990). As situações podem ser consideradas injustas quando comparadas ao resto da sociedade. Assim, diferenças naturais ou de variações biológicas, ou a livre escolha de comportamentos de risco, não podem ser consideradas causas da iniquidade. Mas, quando comportamentos de risco ou exposição a situações de vida e trabalho insalubres ocorrem por falta de opção da população e, além disso, quando o acesso aos serviços de saúde e a outros serviços públicos é inadequado, caracteriza-se a iniquidade. Além de não ter oportunidade de escolha, há total falta de controle dos indivíduos sobre a situação em que se encontram.

O que a Promoção da Saúde propõe é uma atuação que reverta situações como as descritas, para que a equidade seja alcançada, isto é, possam ser criadas oportunidades para a justiça social, em que diferenças biológicas e de livre escolha sejam respeitadas, ao mesmo tempo que sejam asseguradas condições mínimas para uma sobrevivência digna.

As estratégias propostas pela Promoção da Saúde apóiam-se na democratização das informações e num trabalho conjunto de toda a sociedade (população, governo, instituições privadas, universidades, etc.) para que os problemas sejam superados. Essas estra-

tégias envolvem a descentralização do poder, ações multidisciplinares e intersetoriais, além da participação da população não só na elaboração de políticas públicas favoráveis como nos processos de decisão. Essa participação fundamenta-se no exercício da cidadania tendo, como elemento essencial, o empoderamento da população: um processo de capacitação que habilite a população a exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria das suas condições de vida e saúde (Wallerstein, 1992). Para que isso ocorra é importante o desenvolvimento de processos participativos que promovam o desenvolvimento (de preferência de grupos) da capacidade dos indivíduos de controlar situações, a partir da conscientização dos determinantes dos problemas ou da formação do pensamento crítico (Labonte, 1994). O empoderamento da população surge como uma esperança de melhoria desse quadro perverso, que se impõe já que as iniciativas para a modificação até hoje utilizadas não foram satisfatórias.

Vários setores brasileiros, públicos, privados e não-governamentais, têm procurado tomar iniciativas focadas no novo paradigma, que orienta para a Promoção da Saúde e da qualidade de vida. Porém, vários outros fatores têm dificultado avanços significativos nesta direção.

Promoção da Saúde. Porque ainda não?

Se as condições de vida e de saúde da população brasileira são no mínimo preocupantes e as ações no sentido de melhorá-las não têm obtido o resultado esperado, por que então as propostas da Promoção da Saúde, que mudam os paradigmas e as estratégias de ação em saúde, ampliando o seu espectro, não têm sido colocadas em prática? Por que não há, ainda, uma política de saúde orientada para a Promoção da Saúde? Por que os vários setores da sociedade não se articulam para trabalhar pelos mesmos objetivos, promovendo um efeito sinérgico para a melhoria das condições de saúde e vida da população?

É necessário, inicialmente, assumir o processo da Promoção da Saúde como uma mudança de enfoque, conceitos e formas de atuar, com o intuito de vencer a fragmentação e a hiperespecialização hoje existentes no mundo ocidental, isto é, todas as áreas de conhecimento se especializando cada vez mais no entendi-

mento do infinitamente pequeno, como comenta Carvalho (2003). Carvalho (2003) também observa que, apesar de esforços de algumas áreas de conhecimento, a cultura científica ainda permanece distante das humanidades, e minimizar essa distância para que elas caminhem na mesma direção, contestando e rompendo barreiras, progredindo para a sustentabilidade planetária, deve ser o propósito da sociedade.

Há a necessidade de uma transformação da sociedade como um todo, com mudanças na estrutura dos relacionamentos humanos e nos próprios indivíduos. Isso seria possível?

Deve-se notar que, ao longo da história, ocorreram transformações que hoje parecem naturais e que aconteceram de uma forma simples. Mas na realidade, qualquer transformação da sociedade tem de vencer resistências, sendo processos complexos e longos, resultantes de uma combinação de fatos, fatores e condições e nunca de um fato isolado (Elias, 1993).

Pretende-se, neste trabalho apontar fatos, ou resistências, que possam influir na aceitação da Promoção da Saúde, como uma estratégia positiva para reforçar a consecução dos objetivos da reforma sanitária brasileira.

É importante, de início, refletir sobre a estrutura dos relacionamentos humanos que ocorreram e estão ocorrendo no Brasil. Matuí (2001, p. 13) relata que durante o período colonial e imperial predominou no país o regime estamental e comenta as características desse regime observadas por Faoro (2000):

...“supõe distância social e se esforça pela conquista de vantagens materiais e espirituais exclusivas; no estamento, não vinga a igualdade das pessoas; configura governo de uma minoria: poucos dirigem, controlam e infundem seus padrões de conduta a muitos, governo patrimonial que se projeta e domina “de cima para baixo”...

Assim, pode-se dizer que, nessa época, havia o domínio de uma minoria e a submissão da maioria da população, situação que persistiu mesmo depois da Proclamação da República, sendo que o Brasil ainda não conseguiu se desvencilhar totalmente desse regime, pois “o paradigma do estamento é ainda meio e referência das instituições e organizações empresariais no Brasil...” (Matuí, 2001, p. 15).

A persistência desse antigo regime, que entremeia-se com o novo, a democracia, reflete-se nas atitudes

da maioria da população, que mantém uma postura de submissão ao poder de poucos, que têm por objetivo a preservação desta situação, isto é, a manutenção do poder. Essa é a grande resistência a ser vencida, pois a Promoção da Saúde considera que melhores condições de vida e saúde só são atingidas através da participação da população de maneira ativa, o que pressupõe um relacionamento mais horizontal e menos submisso, isto é, a Promoção da Saúde pretende que situações de paternalismo e assistencialismo sejam evitadas através da participação efetiva da população e que mecanismos políticos efetivos comecem a promover a equidade nas diferentes regiões do país.

População Brasileira

Voltando a analisar a estrutura dos relacionamentos sobre a qual se apóia a sociedade brasileira, percebe-se que a relação de submissão da população ainda permanece, embora algumas mudanças já tenham ocorrido. Na maior parte das situações, a população aceita o domínio e os privilégios dos poderosos de maneira natural como se as coisas tendessem a ser e continuassem sendo sempre assim. Como, então, falar em direitos de cidadania com uma população que vive em condições de extrema necessidade e por isso contenta-se com soluções imediatistas para uma sobrevivência momentânea sem a qual não existe futuro?

Segundo Chauí (1996), a cidadania foi recusada para a maior parte da população brasileira. Pode-se dizer que, no Brasil a cidadania é vista como um ato de doação. Às vezes, os ricos doam, por exemplo, dinheiro e alimento para os mais pobres, sentindo que cumpriram sua missão, não colaboram com estratégias de redistribuição de riquezas nem ajudam a empoderar os mais carentes. Essas atitudes, amplamente divulgadas e incentivadas, mostram que nem pobres nem ricos exercem a cidadania de fato, pois os primeiros são considerados e tratados como “os necessitados” e os últimos exigem e conseguem manter “privilégios” que interpretam como direitos.

Nesse cenário, surgem propostas como as da Promoção da Saúde, que indicam um caminho para a melhoria das condições de saúde e de vida da população e que se apóiam no exercício da cidadania!

É preciso, então, ações generalizadas que provoquem transformações nos indivíduos, para que estes

passem a atuar como sujeitos dentro da sociedade, tendo a capacidade de atuar no controle das situações a que são submetidos, isto é, que atuem como cidadãos. Nesse sentido, a Promoção da Saúde coloca a educação (institucional ou não) uma forma de desenvolver o exercício da cidadania para, desse modo, conseguir atitudes que levem à melhoria das condições de saúde e vida. Embora ainda pontuais, algumas ações nesse sentido vêm sendo realizadas por grupos que desenvolvem estratégias de Promoção da Saúde que, apesar das enormes dificuldades, tem conseguido resultados de grande importância em projetos como os de Município Saudável, DLIS (Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável), Escola Saudável, Anti-tabagismo, Anti-sedentarismo e outros.

Vale a pena lembrar que, embora predomine a relação de submissão da população em relação ao poder hegemônico, algumas mudanças que ocorreram, seguindo os processos históricos pelos quais o Brasil passou, conseguiram quebrar parcialmente, às vezes momentaneamente, essa estrutura. Paoli (1991), relatando a história dos movimentos sociais no Brasil, com relevância para os das décadas de 70 e 80, observa que esses movimentos, embora não tenham se constituído como um bloco unitário de interesses visando à democracia, trouxeram a idéia e o exercício de participação em assuntos de interesse público para dentro da sociedade. Isso é importante para uma colocação dos movimentos sociais como sujeitos coletivos e de direitos. Segundo Paoli (1991, p. 131):

... "mostram que sua mobilização muda a qualidade e o entendimento do que vem a ser "participação popular": sendo ação coletiva organizada e diferenciada, é ao mesmo tempo algo que vai além da ação, como momentos de descoberta do mundo diversificado e conflitivo, onde "pobres e carentes" se descobrem como cidadãos destinados ao exercício das práticas, da reflexão, do debate e das incertezas sobre a condução dos assuntos públicos."

Vários fatores interferiram e interferem nos fundamentos e práticas dos movimentos sociais, levando ao aparecimento e desaparecimento de dificuldades, refluxos e divisões desses grupos ao longo da história (Paoli, 1991). Mas a existência de movimentos vem promovendo mudanças que favorecem a implementação dos princípios e das estratégias da Promoção da Saúde.

Se os movimentos sociais favoreceram a formação política dos indivíduos a partir de práticas de mobilização social, as organizações não-governamentais (ONGs), que surgiram nos anos 70, financiadas e promovidas por políticas neoliberais, segundo Petras (1997), despolitizaram e desmobilizaram a população. O autor comenta que as ações das ONGs visam compensar atos do modelo neoliberal que colocaram grande parte da população em situações injustas, minando os esforços das lutas contra o sistema. Além disso, não prestam contas à população envolvida, mas aos seus "donos", isto é, a quem a sustenta, e isso têm sido um instrumento do neoliberalismo para manter a hegemonia. Sua forma de agir não pode ser considerada algo que se opõe ao autoritarismo e ao clientelismo, mas sim um reforço destes. As ONGs estão competindo com os movimentos sociais (Petras, 1997) e, talvez assim, retardando o aparecimento de uma população com práticas de cidadania, o que pode também retardar o processo da Promoção da Saúde. Vale a pena ressaltar que nem todas as ONGs se enquadram nessas características, pois algumas lutam contra a hegemonia do neoliberalismo e favorecem alguns movimentos sociais.

Além de tudo isso, existem características, próprias do ser humano, que podem estar mais ou menos presentes nas populações que vivem em diferentes territórios e que também podem dificultar mudanças nas suas formas de pensar e agir. Por exemplo, a naturalização da questão dominação-submissão ao longo de nossa história. A consequência disso é que, por mais que sejam injustas as condições que fazem perdurar a pobreza e a violência, muitas vezes não há reação contra elas, pois as pessoas acabam se acostumando ou se conformando com as desigualdades, sentido-as como naturais ou normais, não se interessando nem se dispondo a modificá-las.

O respeito à autonomia do ser humano é outro aspecto que deve ser levado em conta. A partir dos anos 60, "vem se ampliando a consciência por parte dos indivíduos de sua condição de agentes morais autônomos, desejosos de estabelecer com os profissionais de saúde relações onde ambas as partes mutuamente se necessitam e respeitam" (Fortes, 1994, p.129). Esse respeito se traduz no reconhecimento de que os indivíduos possuem pontos de vistas, embasados em crenças, aspirações e valores próprios, que determinam

suas ações e, estas podem, em determinadas circunstâncias, divergir de valores dominantes da sociedade (Fortes, 1994). As decisões devem ser do indivíduo e ele tem de ser considerado capaz de tomá-las.

Em certas circunstâncias, decisões tecnicamente satisfatórias podem não ser aceitas por determinado indivíduo ou grupo. Um exemplo disso é quando, em indústrias, são realizadas campanhas contra o hábito de fumar e para um grupo específico de trabalhadores, naquele momento e local, a preocupação está centrada no risco de acidentes. Outras situações são mais polêmicas, como no caso dos indivíduos da seita Testemunha de Jeová, que rejeitam a transfusão de sangue. Essa rejeição é respeitada quando o indivíduo é maior e capaz, mas no caso de crianças a decisão tem sido levada à justiça (Fortes, 1994). A proposição de mudanças no estilo de vida, que podem ferir o princípio da autonomia dos indivíduos, tem de ser esclarecida e discutida com os indivíduos em questão. As decisões e deliberações destes têm de ser respeitadas.

Outro fenômeno contra o qual o processo da Promoção da Saúde se opõe é a “culpabilização da vítima” (Valla, 2001). Como comenta Valla, a falta de investimento em infra-estrutura adequada às boas condições de vida e saúde tem como consequência o aparecimento de situações como, por exemplo, as epidemias de dengue e cólera, cuja emergência faz com que medidas de aconselhamento da população sejam adotadas. Caso não haja melhora na situação, a “culpa” é da população que não soube agir da maneira correta. Pode-se notar que a população, na maior parte das vezes, aceita essa culpa, não se preocupando em ver o que realmente é preciso ser feito e de quem é a responsabilidade ou parte dela. Assim, é essencial o desenvolvimento de uma visão crítica e do empoderamento da população para que essa situação seja revertida e ações no sentido da Promoção da Saúde sejam realizadas. Vale a pena lembrar que campanhas de esclarecimento, como no caso da dengue, são realizadas, mas, muitas vezes, não atingem o objetivo proposto por falta de uma linguagem adequada ou por falta de um planejamento abrangente (Westphal e col., 1998; Lefèvre, 2000).

A medicalização da população, que vem ocorrendo desde que a indústria e o *marketing* de produtos farmacêuticos cresceram, em 1945, é outra resistência de caráter cultural muito forte a ser vencida pelos

processos que caracterizam a Promoção da Saúde. Essa medicalização vem surgindo e se mantendo na medida em que os conhecimentos tradicionais, transmitidos de geração em geração, vão perdendo sua credibilidade, enquanto a dos conhecimentos científicos foi sendo reforçada (Singer e col. 1978).

Além disso, uma visão só voltada para a cura das doenças ou para aspectos preventivos específicos tem levado a avanços, já citados, especialmente na tecnologia médica, mas não fica claro para a maioria da população, principalmente para os segmentos excluídos, que estes não resultaram na melhoria dos níveis de saúde e da qualidade de vida da população de forma equitativa. Os segmentos mais excluídos da população continuam com índices de mortalidade infantil, de violência, e outros, mais altos do que os que vivem em melhores condições econômicas e sociais (Chiesa, 1999; Barata, 2000; Néri e Soares, 2002). Esses avanços são amplamente divulgados, dando uma visão de que só através deles é que se consegue alcançar a saúde. Modificar esse credo, já enraizado na população, é outro grande desafio para a Promoção da Saúde.

Como não há uma hegemonia no conceito holístico de saúde, os serviços de saúde ainda estão investindo quase que somente no controle das doenças. A organização burocrática destes serviços e a estrutura piramidal que os sustenta não colabora para que a proposta democrática do Sistema Único de Saúde e da Promoção da Saúde se viabilize. A intersetorialidade e a integralidade das ações também têm muitos obstáculos a serem ultrapassados quanto à estrutura, como mostraremos à seguir.

As Formas de Gestão e a Intersectorialidade

A manutenção do poder é a finalidade de grupos hegemônicos e isso se reflete nas estruturas organizacionais do Brasil. Os modelos de gestão vigentes colaboram para essa manutenção, sendo que as estruturas organizacionais de governo, que ainda predominam no país, são piramidais, “composto de vários escalões hierárquicos, e departamentalizado setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização”, como relata Inojosa (1998, p. 38). Essa estrutura somada às práticas de organização de trabalho como: cen-

tralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução, sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva e distanciamento do cidadão (Inojosa, 1998) dificultam uma relação democrática entre o governo e a população e, praticamente, impedem a participação desta última.

O modelo piramidal foi moldado historicamente, seguindo o modelo de estamento, que persiste por grupos hegemônicos da sociedade visando à atenção a seus próprios interesses e, assim, constitui-se uma forma excludente, tanto do ponto de vista da participação nas decisões quanto na contribuição para a redistribuição das riquezas e configura-se, também, como um modelo assistencialista, que pensa nos problemas da população como carências e não como direitos. Além disso, os vários setores agem sobre os problemas de maneira isolada e desarticulada, levando a ações ineficazes. Perpetua-se, assim, uma situação de domínio sobre a população, com a preservação dos interesses de grupos hegemônicos detentores do poder cujas atitudes são voltadas para a manutenção de suas condições privilegiadas, inviabilizando qualquer mudança que coloque em risco tal situação (Inojosa, 1998).

As características desse modelo são desfavoráveis ao desenvolvimento da Promoção da Saúde, pois esta apóia-se na democratização das informações, na descentralização do poder, em ações intersectoriais, o que, visivelmente, não é contemplado no modelo piramidal. Além de ser um dos fatores de resistência à Promoção da Saúde, essa forma de organização é, também, resistente à mudanças na própria estrutura, pois pretende a manutenção de interesses dos grupos dominantes (Inojosa, 1998).

A descentralização administrativa do setor saúde, hoje de responsabilidade das prefeituras municipais, e o modelo de gestão integrada do governo são medidas que favorecem a implantação da Promoção da Saúde. Mas como têm sido, na maior parte das vezes, sentidas como desnecessárias pelos poderes constituídos, não têm sido implantadas. Os representantes destes poderes têm resistido às mudanças, principalmente àquelas que tentam rever as relações de poder entre os secretários e as secretarias e destes com a população. Esses acontecimentos não colaboram com mudanças significativas das condições de vida e de saúde da população.

Áreas Médica e Paramédica

Na área da saúde, o modelo biomédico vigente tem como propósito a cura das doenças e a recuperação da saúde, isto é, atua quando a doença já está instalada, não se preocupa com as causas das doenças. Além disso, como enfatiza Ackerman e Nadanovski (1992, p.362), “desde meados do século XX vem sendo disseminada, agressivamente, a idéia de que a saúde é fortemente determinada pela ação da “Medicina Moderna”. Essa idéia pode ser atribuída, como dizem os autores, ao *marketing*, direcionado pelos interesses da indústria de insumos e tecnologia médica, à corporação médica, que se tornou extremamente técnica e a algumas ações médicas eficazes que, logicamente, são desejadas. As tecnologias desenvolvidas são de alto custo e, conseqüentemente, só grupos privilegiados têm acesso a elas, caracterizando uma situação de exclusão.

O forte domínio do mercado financeiro sobre a vida dos indivíduos e sobre a sociedade, em geral, juntamente com os fatos anteriormente citados, explicam a submissão da saúde ao consumo: os indivíduos buscam produtos que lhes possibilitem atingir um padrão de boa saúde que é, insistentemente, oferecido pela mídia e que obedece a interesses hegemônicos, que tratam a saúde como uma mercadoria (Lefèvre, 1999).

Isso evidencia visão e conceito distorcidos da saúde, muito difíceis de serem alterados, pois mudanças podem desequilibrar o sistema dominante. É necessário que a maneira de pensar da população e, especialmente, dos técnicos de saúde, sofra uma transformação.

Para que haja essa transformação, são necessárias, também, alterações no conteúdo e na forma de ensino nas universidades que, ultimamente, tornaram-se extremamente especializadas e tecnicistas, mais comprometidas com as necessidades das empresas e do mercado de trabalho do que com as da sociedade (Rinesi, 2001) e do ser humano.

Tal transformação, evidentemente, também encontra várias resistências, não só porque os indivíduos, por si só, são resistentes a mudanças (é melhor ficar como está porque não se sabe o que o novo pode provocar), mas também porque indivíduos com uma formação cidadã (não só profissionalizante) teriam mais condições de desestabilizar as forças hegemônicas que ainda dominam o Brasil.

Outro fato que se soma aos anteriores, no sentido de dificultar o avanço do processo da Promoção da Saúde, é fato de os profissionais da saúde não possuírem um conceito unívoco sobre a Promoção da Saúde (Rocha, 2001), o que também se reflete na sua prática, muitas vezes, ainda, comportamentalista, mantenedora do *status quo*.

Assim, o sucesso da Promoção da Saúde depende também de uma transformação dos indivíduos técnicos, com grande relevância para os da saúde, o que implica em mudanças estruturais, que permeiam a área do ensino e se estendem até a vida profissional, com a educação continuada dos que já estão inseridos nela.

Meios de Comunicação

Acompanhando e, às vezes, provocando reações na sociedade, os meios de comunicação têm hoje um grande papel na determinação dos pensamentos e comportamentos dos indivíduos. É uma das instituições mais eficazes de manutenção da hegemonia, isto é, dos valores e práticas da sociedade atual.

Pode-se notar que o consumo é supervalorizado: o indivíduo é “medido” pelo que possui ou consome e não pelo que é. Essa é uma questão na qual se percebe a influência do poder hegemônico dos segmentos dominantes na determinação deste sentido de valorização, pretendendo assim, atender a interesses de manutenção do *status quo*.

Hoje, nos meios de comunicação, a notícia é um produto e tem de ser vendido como mercadoria. Notícias sobre a saúde não fogem a essa regra, somando-se o fato de a própria saúde estar sendo vista como mercadoria, dependente do consumo de outras mercadorias, de bens e de serviços. Essa forma de pensar a saúde não favorece o desenvolvimento dos processos da Promoção da Saúde, que pretendem desenvolver a autonomia dos indivíduos. Os meios de comunicação, assim considerados, distanciam-se dos problemas que realmente afligem a população e da sua causalidade múltipla. Raramente ouvem os movimentos populares de saúde, enfermeiros ou paramédicos que difundem práticas inovadoras promotoras de saúde, só procurando notícias contundentes e negativas, que vendam o jornal ou a revista ou aumente a audiência do rádio ou da televisão. Entrevistam médicos renoma-

dos ou autoridades que, muitas vezes, usam esses meios para se promover. Além das relações entre jornalistas e profissionais da saúde serem conflituosas, na maioria das vezes, os jornalistas procuram legitimar cientificamente idéias ou discursos pré-elaborados, levando a distorções nas notícias (Kuscinsky, 2002).

Uma mudança nos relacionamentos desses profissionais é importante pois, como afirmou Capistrano Filho (1985), iniciativas financiadas com recursos públicos devem ser amplamente divulgadas para serem avaliadas, fiscalizadas e criticadas pela população, e essa divulgação será mais eficiente se contar com a participação dos meios de comunicação existentes. Também merecem atenção dos meios de comunicação as informações epidemiológicas, descobertas e outras iniciativas financiadas ou não pelos recursos públicos.

Atualmente, o envolvimento dos meios de comunicação com a Promoção da Saúde é praticamente nulo. Em algumas situações, pode-se até dizer que estes colocam-se contra certos pressupostos da Promoção da Saúde. Eles vêem a saúde apenas como ausência de doença e enfatizam o consumo de determinados produtos para a cura das doenças (Lefèvre, 1999). Assim, a mídia reforça uma visão curativa e biomédica do processo saúde-doença, não propondo uma ação que dê conta das causas das doenças, como propõe a Promoção da Saúde.

Seria muito importante uma cooperação destes meios no sentido de valorizar o ser humano como cidadão, de facilitar a introdução de relacionamentos menos opressivos na sociedade, de trazer informações menos tendenciosas, isto é, não colocar o consumo como objetivo principal da informação, enfim, um conjunto de mudanças que poderiam culminar com a obtenção de melhores condições de vida e de saúde.

Finalizando

Há milhões de brasileiros vivendo abaixo da linha de pobreza. Como conviver com esse fato real? É uma situação de inigualável importância, que deve ser priorizada. Permitir que a população viva abaixo da linha da pobreza significa sufocar o lado humano do ser, ainda mais quando esse fato se contrapõe ao fato de outra parcela da população estar vivendo em ex-

trema riqueza. A nação não vai mudar seu *status* de terceiro mundo se não enfrentar o problema das diferenças.

O grande desafio é resolver um problema filosófico e de valores. Isso significa enfrentar o dualismo e a alienação e, assim, abrir caminho para a adoção de estratégias como as da Promoção da Saúde que privilegiam uma visão ampla e equitativa da realidade.

Referências

- AKERMAN, M.; NADANOVSKI, P. *Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê?* Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p. 361-365, out/dez. 1992.
- BARATA, R. B. *Cem anos de endemias e epidemias. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p.333-45, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. *Declarações das conferências de promoção da saúde*. Brasília, 2001.
- BRICEÑO-LÉON, R. Bienestar, salud pública y cambio social. In: BRICEÑO-LEON, R.; MINAYO, M. C.; COIMBRA Jr., C. E. A. (Orgs). *Salud e equidad: uma mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p 15-24.
- BUSS, P. M. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163-177, 2000.
- CAPISTRANO FILHO, D. Trabalhando com a Mídia. In: PIMENTA, A. L.; CAPISTRANO FILHO, D. *Saúde do trabalhador*. São Paulo: Hucitec, 1985. p.31-38.
- CARVALHO, A. C. *Dualismo e alienação*. Scientific American Brasil, n.12, p.29, maio 2003.
- CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1996.
- CHIESA, A. M. *A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância*. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- ELIAS, N. *O Processo civilizador vol 2: formação do estado e civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- FAORO, R. Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro. In : MATUÍ, J. *Cidadão e professor em Florestan Fernandes*. São Paulo: Cortez, 2001.
- FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- FORTES, P. C. A. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. *Bioética*, São Paulo, v. 2, p.129-135, 1994.
- INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar/abr. 1998.
- KUSCINSKY, B. *Jornalismo e saúde na era neoliberal*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 11, n.1, p. 95-103, 2002.
- LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, v. 21, n.2, p. 253-68, 1994.
- LEFÉVRE, A. M. C. *Ações coletivas de saúde no Município de São Paulo*. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- LEFÈVRE, F. *Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem*. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1999.
- MATUÍ, J. *Cidadão e professor em Florestan Fernandes*. São Paulo: Cortez, 2001.
- MINAYO, M. C. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. In: BRICEÑO, R.; MINAYO, M. C.; COIMBRA Jr., C. E. A. (Orgs). *Salud e equidad: uma mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p. 55-71.
- NÉRI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p.77-87, 2002. Suplemento.
- PAOLI, M. C. Movimentos sociais, cidadania, espaço público: perspectivas brasileiras para os anos 90. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, Portugal, n. 33, out. 1991.
- PETRAS, J. Imperialism and NGOs. *Latin America Monthly Review*, v.49, n.7, Dec. 1997.
- RINESI, E. Universidade reflexiva e cidadania. In: SANTOS, G.A. (Org.). *Universidade formação cidadania*. São Paulo: Cortez, 2001. p.87-98.

- ROCHA, D.G. *O movimento da promoção da saúde na década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira*. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- VALLA, V. V. Participación, derechos humanos Y salud: procurando comprender los caminos de las clases populares. In: BRICEÑO-LEON, R.; MINAYO, M. C.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs). *Salud e equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p.57-71.
- WALLERSTEIN, N. Powerless, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, Michigan, v. 6, n. 3, 1992.
- WESTPHAL, M.F.; PELICIONI, M.C.F.; FARIA, M.M. Recursos institucionales en salud y el <<Habitus>> de los grupos poblacionales receptores: el caso del Programa Nacional de Erradicación Del Aedes Aegypti en el Brasil. *Fermentum*, Venezuela, n. 22, p. 87-108, 1998.
- WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990. (Documento Técnico EUR/ICP/RPD 414).

Recebido em: 05/07/2003
Reapresentado em: 28/11/2003
Aprovado em: 02/12/2003