

**Reflexões sobre promoção à saúde no contexto do Brasil**

Reflections on health promotion in the Brazilian context

Dalva A. Mello <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Brasília. SQN 315, Bloco B, Apto. 504, Brasília, DF 70774-020, Brasil. mdant@ig.com.br

Esta carta tem o propósito de trazer reflexões balizadas em nossa experiência profissional a respeito de Promoção à Saúde (PS) no contexto do Brasil. O ponto de partida dessas reflexões é constituído pelas discussões iniciais sobre PS, assentadas nas determinações de Alma Ata – Saúde para Todos no Ano 2000, e se reporta à Carta de Ottawa (CO) (Anonymous, 1987), produto da I Conferência Internacional (1986).

Neste documento, retomamos a explicitação da PS em sua dimensão social, que adota, como suporte, pré-requisitos de processos de participação e envolvimento de pessoas, grupos e segmentos sociais organizados nos serviços de saúde. Os cinco pontos essenciais indicados na CO (*desenvolvimento de políticas públicas para se viver com qualidade; reforço à ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; preocupação com o meio ambiente; re-orientação dos serviços*) implicam em procedimentos de ações interdependentes, cujo cenário de intervenção social tem por alvo a qualidade de vida como objetivo básico do ser humano. O caminho aponta para um olhar diferente da saúde pública – que pressupõe ruptura de paradigmas tradicionalmente consolidados nos serviços – no que concerne à estrutura burocrática hierarquizada e às abordagens conceituais e técnicas das ações e práticas. Por um lado, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade devem integrar uma diversidade de profissionais e instituições que atuem de forma conjunta e integrada. Por outro lado, os vários conclaves que foram sendo realizados sobre PS, ratificaram e agregaram novos conceitos, enfatizando sempre o acesso à Saúde como Direito e Justiça Social.

Dessa forma, a proposta de PS permanece inovadora e de indiscutível contribuição tanto para os sistemas de saúde de países desenvolvidos como para aqueles em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Os pressupostos básicos para viabilizar projetos em PS, continuam sendo a presença de governos democráticos com participação social efetiva e com determinação política de agendamento de propostas.

No Brasil, embora a PS esteja explicitada na Lei Orgânica Nacional de Saúde (CONASEMS, 1990a, 1990b) e venha tendo respaldo nas conferências de saúde, políticas e/ou ações não têm sido implementadas. Mesmo que a Conferência Internacional de Meio Ambiente, Desenvolvimento e Saúde (CIMADES, 1992) tenha encaminhado um conjunto de propostas pertinentes ao tema, a consecução de ações foi incipiente até o momento. Não obstante venham sendo desenvolvidas experiências com pesquisas em PS, permanecem equívocos ideológicos no que se refere a sua concepção nos serviços de saúde, sendo freqüente o uso inadequado do termo pelos profissionais, que o confundem com práticas de prevenção e/ou de educação para a saúde. Apesar dos progressos relativos às políticas e ações no setor econômico, contraditoriamente permanecem, no Brasil, profundas desigual-

dades sociais que borram a imagem do país no cenário internacional.

Entretanto, não podemos negar que ocorreram avanços significativos nas condições de saúde da população durante os últimos 15 anos. Esses avanços estão explicitados através de vários indicadores, a exemplo da queda da mortalidade infantil e natalidade, e da consecução rotineira de programas, como os de pré-natal, e de prevenção de câncer de útero e mama, de estimulação ao aleitamento materno e de cobertura vacinal, entre outros. As ações – que são predominantemente de natureza técnica e utilizam ferramentas do campo das ciências biomédicas – configuram um modelo de atenção à Saúde sob uma óptica quase exclusivamente médica.

A PS, em seus aspectos ideológicos, é um empreendimento de natureza holística que, conectado a dinâmicas de transformação social, demanda estratégias articuladas às necessidades sentidas, percebidas e desejadas pela população. Contudo, a implementação de ações e/ou programas segue caminhos de paciência, pois seus resultados, quase sempre, só são visíveis a médio e/ou longo prazo. Os processos, que são coletivos, envolvem trabalho contínuo com pauta de transformações de ordem estrutural e conjuntural. As experiências, às vezes conflituosas, colaboram para rupturas de paradigmas tanto no aparelho institucional público quanto da complexidade do conjunto dos Sujeitos sociais envolvidos, demandando desdobramentos de construção –reconstrução – transformação.

A prática com PS deve estar alinhada a uma pedagogia dialógica, crítica, reflexiva e problematizadora, bem como em acordo com os princípios da filosofia Freiriana. Entretanto, tomando-se em conta o contexto do Brasil – onde a alegria é elemento cultural forte e importante nas relações sociais –, a PS articulada aos conhecimentos técnico-científicos do saber Saúde constitui um projeto desafiante, que precisa ser construído com leveza, afeto e muito amor.

ANONYMOUS, 1987. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion*, 1:3-5.

CIMADES (Conferência Internacional de Meio Ambiente, Desenvolvimento e Saúde), 1992. *Carta da Saúde, Agenda Sanitária e Relatórios Finais, 20-24 de abril*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), 1990a. *Lei Orgânica da Saúde. Lei Número 8.080. Publicação Técnica 8*. Porto Alegre: CONASEMS.

CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), 1990b. *Sistema Único de Saúde. Lei Número 8.142. Publicação Técnica 8*. Porto Alegre: CONASEMS.