

Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional*



Martha A. Traverso-Yépez¹

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.

Health promotion, despite being a recurrent day-to-day theme, is a complex and multifaceted concept. The purpose of this article is to highlight some of the dilemmas and problematic aspects of the notions and ideas that concern this theme. It also emphasizes how difficult it is to think about the theme at hand without considering ways to eradicate the deep social iniquities of the Brazilian context. These considerations are developed in further depth within the scope of the National Health Promotion Policy instituted in 2006, showing the relevance of deconstructing politically correct discourses and the development of processes of reflection within our health-related practices.

KEY WORDS: Health promotion. Health public policy. National Health Promotion Policy.. Social Psychology.

Apesar de ser tema recorrente no cotidiano, a promoção da saúde apresenta-se como um conceito complexo e multifacetado. O objetivo do presente trabalho é destacar alguns dos dilemas e aspectos problemáticos nas concepções e idéias sobre a temática. Enfatiza-se, também, a dificuldade de pensar a promoção da saúde sem considerar formas de erradicar as profundas iniquidades sociais vigentes no contexto brasileiro. Aprofunda-se, ainda, essa reflexão no âmbito da Política Nacional de Promoção de Saúde, instituída em 2006, mostrando a relevância da desconstrução dos discursos politicamente corretos e o desenvolvimento dos processos de reflexão sobre as formas de atuar no campo da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde. Políticas públicas de saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde. Psicologia Social

*Algumas das idéias desenvolvidas no presente texto foram trabalhadas e debatidas durante o estágio de pós-doutorado no Community Health Division, Faculty of Medicine, Memorial University of Newfoundland em St. John's, Canadá, entre 2004-2005.

¹ Psicóloga; pós-doutora em Saúde Comunitária; professora, departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN. <traverso@ufrnet.br>

Introdução

Embora o desenvolvimento conceitual das expressões promoção de saúde e prevenção de doenças pertença apenas às últimas décadas, as idéias relacionadas com esses conceitos não são novas. Desde a antiguidade, médicos-filósofos têm refletido sobre a necessidade de promover saúde e, especialmente, prevenir doenças, mediante a observação da relação entre saúde e certas práticas sociais. Na Grécia Antiga, segundo Rosen (1994, p.39), “no modo ideal de vida equilibravam-se nutrição, excreção, exercício e descanso”. Contudo, eram poucas as pessoas que podiam seguir esse regime, fazendo tradicionalmente parte de uma “higiene aristocrática”.

A história da saúde pública, segundo o autor citado, ilumina o fato de quanto foi gradual e complexo fazer extensivas essas preocupações de promover a saúde e prevenir e tratar doenças para toda a população nos Estados modernos, estando a essência dessa consciência imbricada no próprio desenvolvimento da saúde pública. Essas inquietações aparecem, assim, vinculadas à incipiente medicina social do início do século passado e, posteriormente, à saúde pública.

Desde a década de 1870, com o Relatório Lalonde e a conferência de Alma Ata sobre atenção primária no Canadá, bem como a partir da primeira conferência internacional sobre promoção da saúde em Ottawa (1986), o desenvolvimento conceitual acerca da promoção da saúde aparece atrelado a uma concepção mais abrangente e complexa do processo saúde-doença-cuidado, o qual aponta, principalmente, para os determinantes socioeconômicos envolvidos nesse processo (Souza & Groundy, 2004; Buss, 2003; Brasil, 2002).

Contudo, a multiplicidade de concepções e a polissemia do termo evidenciam a impossibilidade de definições unívocas ou de relações unilineares e aponta para a multideterminação e a complexidade² do fenômeno em estudo, por envolver redes simbólicas diversas e multifacetadas (Buss, 2003; Czeresnia, 2003; Radley, 1994). Assim, enquanto as ações preventivas objetivam evitar o surgimento de doenças específicas, a promoção está mais preocupada com o bem-estar geral de pessoas e comunidades, partindo, então, de uma concepção positiva de saúde (Czeresnia, 2003). Na perspectiva da promoção, a Organização Mundial de Saúde - OMS define a saúde como “recurso que permite às pessoas manter uma vida, individual, social e economicamente produtiva” e compreende a promoção da saúde como

um processo social e político, não limitado a abraçar ações direcionadas a fortalecerem as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas envolvendo, também, ações dirigidas a mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu impacto na saúde pública e individual. (WHO, 1998, p.1)

Ao pensar a saúde de forma tão abrangente, como aponta Czeresnia (2003, p.46), “está se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida”, envolvendo tanto aspectos individuais como aspectos macro-estruturais, bem como sua permanente interação.

² Complexidade, segundo Mariotti (2000, p.87-8), “não é um conceito teórico, e sim um fato da vida [...] Por mais que tentemos, não conseguiremos reduzir essa multidimensionalidade a explicações simplistas, regras rígidas, fórmulas simplificadoras ou esquemas fechados de idéias [...] Este (o pensamento complexo) configura uma nova visão de mundo que aceita e procura entender as mudanças constantes do real e não pretende negar a contradição, a multiplicidade, a aleatoriedade e a incerteza, e sim conviver com elas”.

O objetivo deste artigo é destacar alguns dos dilemas e aspectos problemáticos nas concepções e idéias sobre promoção da saúde, bem como o desafio de pensar sobre a temática diante das profundas iniquidades sociais existentes no contexto brasileiro. Aprofunda-se, ainda, essa reflexão no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída mediante Portaria no. 687, de 30 de Março de 2006, visando

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (Brasil, 2006, p.19)³

³ Originariamente, trabalhou-se com o documento preliminar para discussão (Brasil, 2005a). Porém, como a Política, com algumas supressões e acréscimos, foi oficializada em 2006, enquanto este artigo estava sendo elaborado foram revistas as mudanças contempladas no documento definitivo.

Os dilemas conceituais da promoção da saúde

As dificuldades inerentes à definição conceitual sobre promoção de saúde são decorrentes da própria dificuldade de se definir saúde, não só pelas diferentes dimensões que perpassam o conceito: social, psicológica, econômica, espiritual, além da biomédica, mais tradicional. A maior dificuldade reside no fato da saúde ser, antes de mais nada, uma experiência individual. As formas como as pessoas percebem sua saúde e os meios como cuidam dela são tão diversas quanto as diferentes formas de significar e experimentar a vida (Radley, 1994). São formas perpassadas por processos de subjetivação dependentes das histórias de vida das pessoas, bem como da complexa rede de interações que fazem parte do cotidiano das mesmas.⁴

Radley & Billig (1996) propõem ir além do conceito sociológico de representações sociais e do conceito psicológico de atitudes. Os autores explicam que, geralmente, eles são reificados e tratados como coisas estáticas, sugerindo que as crenças e os discursos sobre saúde-doença sejam considerados como versões desses processos, os quais aparecem em contextos sociais, interacionais e experienciais específicos.

Existem, também, dilemas éticos quando se deve decidir entre iniciativas limitadas a certos grupos - caracterizados como "grupos de risco" - ou generalizadas para toda a população. Não é menos problemático, ainda, definir limites, no sentido de respeitar a liberdade de ação das pessoas, não sendo à toa que as práticas de intervenção da saúde pública têm sido, muitas vezes, apontadas como formas de controle social (Radley, 1994); bem como campanhas de prevenção de doenças criticadas por seu viés estigmatizante, repressivo ou gerador de pânico (Lupton, 1999).

Percebe-se, ainda, que há poucos anos, quando se falava de promoção de saúde, associava-se esta primordialmente à adoção de comportamentos saudáveis, centrando, então, a atenção nos indivíduos. Até hoje não faltam textos priorizando tal tendência, especialmente no campo da psicologia da saúde mais tradicional.

A preocupação pela adoção de comportamentos saudáveis fundamenta-se na premissa de que boa parte dos problemas de saúde estão relacionados com estilos de vida e a estratégia para trabalhar essa dinâmica foi a "educação para saúde". Porém, reconhece-se que existem muitas formas de educar, sendo que campanhas e palestras de informação, objetivando

⁴ Hacking (1999), apropriadamente, usa o termo "matriz" para se referir a essa rede de interações presente em todo fenômeno social. Esta inclui tanto a dinâmica institucional, quanto a infra-estrutura física, bem como os valores e ideologias mais amplas relacionadas à forma de significar a vida e o mundo a nossa volta.

mudanças de condutas, tendem a negligenciar o que Freire (2003, p.22) colocou com tanto acerto: “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou para sua construção”. O que nos traz de volta aos aspectos psicossociais do processo.

Por isso, para Radley (1994), quanto maior for a repetição de campanhas simplistas apontando riscos lineares de causa-efeito, menor será a probabilidade das pessoas sentirem-se afetadas por tais mensagens. Daí que abordagens reducionistas e homogeneizadoras, assim como a transmissão e/ou imposição vertical daquilo que os técnicos e profissionais consideram “saudável”, tão comum nos trabalhos ditos de promoção ou educação para saúde, estejam geralmente fadadas ao fracasso (Briceño-León, 1996).

Isso aponta a necessidade de substituir o modelo linear/vertical por outro que esteja mais atento às formas dialógicas de trabalho, levando em consideração a teia de interdependências na qual o trabalho em saúde está inserido.

Briceño-León (1996), inspirado nos critérios de Paulo Freire, lembra que, em toda ação humana, mais importante que as palavras, ou seja, que nossas práticas lingüísticas, é o que expressamos em todo o leque de nossas práticas cotidianas. Sugere, assim, que sejam considerados os efeitos da comunicação não verbal e a dimensão “educativa” não intencional das ações cotidianas, insistindo que educação não é apenas o que se exprime nos programas educativos, mas por meio de toda ação sanitária. Destaca, igualmente, que, nessa dinâmica de educação para saúde, não tem um alguém que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas diferentes; daí a afirmação de que “a ignorância não é um buraco a ser preenchido, mas um ‘cheio’ a ser transformado” (p.12). Portanto, o universo de significações fazendo parte desse conhecimento leigo deve ser considerado, e não simplesmente rejeitado em função de um conhecimento dito “científico” ou “verdadeiro”.

Em outras palavras, a promoção de estilos de vida que promovam saúde deve ser uma preocupação tanto individual quanto social, considerando até mesmo o gradativo aumento da população idosa e o conseqüente crescimento das doenças crônicas degenerativas. Não existe cura médica para muitos dos problemas crônicos de saúde, mas apenas intervenções paliativas de altos custos econômicos e sociais. Portanto, é bom ter também cautela quando a promoção da saúde é apresentada como estratégia prioritária de ação na atenção primária à saúde - como se fosse possível atingir a utopia de sociedade sem doenças. Como Campos (1997) destaca, pode ser pretexto para sucatear o investimento em serviços de saúde de qualidade.

Observa-se, assim, que os argumentos justificando a preocupação pela promoção de saúde variam. Encontram-se desde aqueles com uma perspectiva humanista, centrados na necessidade de trabalhar com uma concepção mais abrangente de saúde, até argumentos mais pragmáticos, que concebem a promoção como uma reação à acentuada medicalização da saúde e suas limitações iatrogênicas, ou os com um viés mais economicista, voltando o foco para os altos custos envolvidos na moderna tecnologia médico-farmacêutica.

Considerando que, em qualquer tipo de concepção e argumentação, estão

implícitas premissas sobre a relação indivíduo-sociedade, acredita-se ser relevante a atenção a essa complexa teia de interdependências que perpassa as práticas relacionadas com o processo saúde-doença e as formas diferenciadas de intervenção (Traverso-Yépez, 2001). Não é à toa, por exemplo, que a imagem de indivíduos induzidos a mudar seus estilos de vida para terem saúde tende a se associar à idéia de uma sociedade harmônica e sem conflitos de classe, deixando de lado os determinantes socioeconômicos que influenciam os processos saúde-doença.

Todavia, como observado por Rosen (1994), ao longo da história tem sido patente essa relação inversamente proporcional entre precariedade existencial e saúde, expressa hoje em dados epidemiológicos em cada país, bem como entre países mais e menos desenvolvidos, embora as peculiaridades dessa relação continuem sendo debatidas até hoje (Coburn, 2004, 2000). O trabalho de Wilkinson (1996), *Sociedades doentes: as aflições da desigualdade*, bem como de Wilkinson & Marmot (2003) sobre os determinantes sociais da saúde, evidenciam que um dos maiores determinantes de estatísticas tão diferenciadas de saúde da população tem a ver com o grau de desigualdade social. Esses trabalhos deixam em evidência que mais importante que os bens materiais de uma sociedade (no caso de uma nação, falamos do produto interno bruto ou PIB) é o combate às desigualdades sociais e às mazelas que estas acarretam, refletindo no bem-estar e na saúde geral da população.

A promoção da saúde e os empecilhos das desigualdades sociais no Brasil

Sem entrar na polêmica que as pesquisas de Wilkinson (1996) e Wilkinson & Marmot (2003) têm gerado no mundo desenvolvido, entre epidemiologistas de diversas tendências, a visão ampliada de saúde implícita nesses trabalhos tem sido o arcabouço conceitual para as novas propostas na área. Observa-se que o Brasil passa a aderir oficialmente a essa visão mais abrangente de saúde desde o final da década de 1980, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, até hoje, constata-se um profundo hiato entre o que está no papel e as práticas cotidianas. No caso da implementação das políticas de promoção da saúde, a dificuldade é ainda maior, como conseqüência da multiplicidade e complexidade dos aspectos envolvidos, entre esses: as desigualdades socioestruturais e as injustas relações de poder afetando negativamente mais de um terço da população brasileira.

Desde a *Carta de Otawa*, já mencionada, até a *Quinta Conferência Internacional* no México, em 2000, insistiu-se, com maior ênfase, na saúde como elemento necessário para o desenvolvimento social e econômico, bem como no imperativo de se abordarem os determinantes sociais, econômicos e ambientais, os quais influenciam as condições de saúde das populações (Brasil, 2002). Isso coloca a promoção “*como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais*” (Brasil, 2002, p.30).

Considera-se que o desafio da proposta baseia-se no fato de o Brasil estar

entre os três países com o maior índice de desigualdades sociais do mundo, apesar de estar também entre as dez economias mais ricas do planeta (IBGE, 2003). Contudo, os empecilhos gerados por esse alto grau de iniquidade social e, especialmente, a banalização que a acompanha, tendem a ser pouco considerados na literatura e nos documentos oficiais sobre promoção da saúde.

Como refere Coburn (2004, 2000), não é possível limitar o estudo aos efeitos das desigualdades sociais, mas deve-se prestar mais atenção aos seus aspectos ideológico-estruturais, ou seja, à complexa rede de interdependências socioeconômicas e político-ideológicas. Aponta-se, assim, que a ascensão do neoliberalismo, num mundo globalizado, subverte as bases ideológicas do Estado de Bem-estar (Coburn, 2004, 2000; Mehry, 1997), exacerbando individualismos e falta de solidariedade. Em países de capitalismo dependente, como o Brasil - que nunca atingiu, nem de perto, esse Estado de Bem-estar, mas adotou apenas alguns dos seus princípios no escopo dos serviços públicos - as políticas neoliberais orientadas pelo mercado entram permanentemente em conflito com aquelas de fundo social, tendendo a inviabilizar, de um modo ou de outro, as expectativas referentes às políticas de saúde mais progressistas (Paim & Almeida Filho, 2000).

Outro problema adicional é que as iniciativas de promoção da saúde, fazendo parte da vida institucional, além de serem expressão de concepções diferenciadas sobre esses termos, são bastante restritas a espaços, pessoas e momentos conjunturais, que confirmam e destacam as grandes limitações de uma saúde pública desenvolvida no contexto de uma política econômica neoliberal.

Analisando os discursos da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil

Com base nas considerações anteriores, enfatiza-se uma possível contribuição da Psicologia Social crítica ao processo de trabalho em promoção da saúde. Como qualquer trabalho em saúde, a promoção envolve um conjunto de ações que tem como objetivo o atendimento a determinadas necessidades das pessoas (Brasil, 2005b). Portanto, esse trabalho é sempre uma ação de encontro com um "outro", perpassado pelas experiências de vida, pelos saberes de saúde, pelas práticas e materialidades⁵ do sistema assistencial. De forma que concepções e argumentações sobre o tema não apenas expressam posicionamentos, mas sendo sempre relacionais, geram também formas de ação e formas de subjetivação na vida em sociedade, sendo, portanto, eminentemente psicossociais.

Parte-se, assim, da dimensão relacional-responsiva da vida humana, ou seja, da constante interação das práticas sociais, influenciadas e influenciando tudo o que está à volta (Spink, 2004; Bakhtin & Voloshinov, 1992). A concepção de (inter)ação como uma atividade significada deixa claro o caráter construtivo dos processos psicossociais, como também a constituição social da subjetividade, mas sempre dentro dos limites dos condicionantes contextuais. Sendo geralmente processos não reflexivos, a atenção a essa dinâmica, perpassando ações e práticas sociais, permite ir

⁵ O termo materialidades fundamenta-se nos trabalhos de Bruno Latour (2001) e de John Law (2003), entre outros, sobre a rede de práticas sociais interdependentes, que fazem parte da ciência e tecnologia no mundo moderno. Latour reconhece que, semioticamente, tanto atores humanos quanto participantes não-humanos (sejam computadores, políticas, ideologias ou constructos naturalizados, como bactérias ou vírus) são igualmente "atuantes". O fato relevante da teoria é que tanto humanos quanto não-humanos são definidos em campos relacionais. Isso leva a recusar a consideração positivista de objetos ou atores existindo, por si, sem nenhuma participação na rede ecossocial e semiótica de interações.

além das formas verbais e corporais de comunicação, tornando as pessoas mais cientes e ligadas às materialidades e às racionalidades produzidas, ou seja, às redes simbólicas de variadas naturezas que perpassam as ações de saúde, inclusive as de promoção da saúde.

Considera-se a facilidade de falar dessa perspectiva socioecológica, mas é bem mais complicado pensar essa complexidade em termos operativos, ou em práticas cotidianas, devido ao padrão linear de raciocínio no qual a socialização se dá (Mariotti, 2000; Morin, s/d). A dificuldade de lidar com a processualidade da vida e a multiplicidade de aspectos em contínua interação reside na necessidade de buscar certezas, o que leva ao reducionismo, à simplificação, ao imediatismo, à busca das causalidades simples e à previsão, para poder controlar.

Diante dessas considerações, qualquer “leitura” das novas propostas de ordenamentos sociais deve ser acompanhada de processos de reflexão e de auto-reflexão, pela tendência a reproduzir os parâmetros simbólicos aos quais as pessoas estão condicionadas. Assim, no caso da política de promoção da saúde, acredita-se ser resultado da pressão internacional somado à consciência, em muitos dos gestores, sobre as limitações de um modelo de saúde que continua centrado na doença. Contudo, nesse teor de reflexão crítica, é de se questionar se as práticas discursivas, ou formas de ação perpassadas pela linguagem, implícitas na política, viabilizam as mudanças necessárias.

Para o estudo da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006), adotou-se a estratégia de análise foucaultiana do discurso, sintetizada por Willig (2001) e utilizada na análise do Programa de Promoção da Saúde 1996-2000 da Comissão Européia, por Sykes et al. (2004). A análise documental apresenta-se em seis etapas: 1) identificando as construções discursivas que lidam com a temática de ‘promoção da saúde’ e aprofundando-se sobre as formas em que esse discurso é construído no texto; 2) situando as várias construções discursivas em discursos mais amplos, apontando, especialmente, para os juízos de valor envolvidos; 3) com base nesses discursos, apreendendo a função que eles têm e, portanto, a orientação para a ação implícita nos textos; 4) desvendando os posicionamentos que as pessoas envolvidas ocupam dentro da estrutura de direitos e deveres propostos, bem como as formas de ver e se situar no mundo; 5) apontando a forma em que a relação entre construção discursiva e posicionamentos envolvidos abrem ou fecham possibilidades de ação e de certos tipos de práticas em detrimento de outras; 6) explorando a relação entre posicionamentos e formas de subjetivação que estes geram entre os participantes.

1) Construções discursivas

Destaca-se que no texto da Política (Brasil, 2006) a promoção da saúde aparece inserida em diferentes construções discursivas, apresentadas segundo a ordem de aparição:

- **Como uma das estratégias de produção de saúde:** a promoção da saúde aparece articulada às demais políticas e tecnologias do SUS, como

possibilidade de focalizar os determinantes sociais da saúde. Define-se, especificamente, como

uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, como, por exemplo, violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada. (Brasil, 2006, p.14)

Igualmente, propõe uma visão ampliada da saúde, apontando para o caráter coletivo das escolhas e opções nos modos de viver, em lugar da perspectiva “individualizante e fragmentada” que “coloca os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/ arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida” (p.14). Insiste ainda que “as intervenções em saúde ampliem seu escopo” para “ir além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida” (p.14). Contudo, percebe-se que, embora identificando os efeitos nocivos decorrentes das precárias condições de vida e das profundas iniquidades sociais existentes no Brasil contemporâneo, não se problematiza a banalização/naturalização do regime de injustiças imperante. De fato, essa banalização não apenas coloca sérias restrições às possibilidades de implementação dos princípios e predicados das novas políticas, mas tende a atuar a favor da institucionalização e reprodução das mesmas desigualdades.

Assim, a evocação dos problemas sociais identificados como “modos de viver” deixa de refletir sobre como e porque eles aparecem, e as suas formas de se reproduzirem, e, por conseguinte, impossibilita operacionalizar algum tipo de ação.

• **Estreita relação com o conceito de vigilância em saúde:** na Política (Brasil, 2006), enfatiza-se a necessidade de “um movimento integrador na construção de consensos e sinergias” (p.15), visando que as políticas públicas “sejam mais favoráveis à saúde e à vida”. Fala-se, portanto, de políticas que incentivem o “protagonismo dos cidadãos”, “a participação social”, “o exercício da cidadania”, “o trabalho em rede, com a sociedade civil organizada”. Sugere que essa exigência da participação de todos os atores sociais envolvidos, usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde ou gestores, deve ser construída mediante a “gestão compartilhada”. Contudo, esse convite a formas democráticas de convivência está em desencontro com as formas hierárquicas de relacionamento vigentes numa sociedade tão vertical e estratificada como a nossa. Vale ressaltar que, como Sen (2001) aponta, a pobreza não é somente pobreza de ingressos, mas tende a condicionar o que ele denomina “pobreza de qualificação”, termo no qual está implícita a privação crônica de possibilidades de ação, escolhas, recursos, poder e direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais para grandes setores da população. É esse conjunto de limitações que gera a experiência subjetiva de déficit estrutural que se expressa como anomia social, inviabilizando a participação e o envolvimento das pessoas.

· **Articulação transversal da estratégia:** acertadamente, argumenta-se, na Política (Brasil, 2006), sobre a necessidade de uma articulação transversal que permita

visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, que defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (p.16).

Estreitamente relacionada à proposta de integralidade, que implica “além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente [...]” e à de intersetorialidade, considerada “como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa de saúde [...]” (Brasil, 2006, p.16), essa articulação transversal é uma das mais difíceis de serem viabilizadas no cotidiano dos serviços públicos. Devido às relações desiguais de poder vigente, os gestores e as pessoas de forma geral têm marcadas dificuldades para se comunicar uns com os outros, as quais podem se agravar quando levados a trabalhar em favor de ações consensuadas e “soluções inovadoras” (p.17), como sugere a citada Política.

· **Estratégia de fortalecimento dos princípios do SUS:** coloca-se, ainda, a promoção da saúde como estratégia de fortalecimento dos princípios de integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação. Porém, não há reflexão sobre todos os empecilhos e dificuldades para a implementação de tais princípios nas quase duas décadas de SUS. Na Política (Brasil, 2006), destaca-se, também, como “um desafio de produção de saúde” (p.18), acabar com as dicotomias e trabalhar “na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores”, objetivando terminar com a excessiva fragmentação que caracteriza o processo saúde-adoecimento, tão presente no modelo biomédico vigente.

· **Estabelecimento dos aspectos operacionais:** o objetivo geral, os objetivos específicos e as diretrizes, com diversas expressões, repetem essa preocupação “por promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes”, insistindo sempre na visão ampliada de saúde e na promoção da autonomia, da co-responsabilidade, da participação social, a fim de cumprir com os princípios pregados pelo SUS. Deve-se destacar que foi significativa a mudança em relação ao documento preliminar para discussão (Brasil, 2005), no qual quatro dos seis objetivos misturavam a idéia de promoção de saúde com prevenção da doença, já que fazia reiterada referência a “fortalecer ações de prevenção e controle de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e transmissíveis” (Brasil, 2006, p.19).

· **Estratégias de implementação e as ações:** observa-se que as orientações para a implementação, na sua grande maioria, estão voltadas para os gestores. As responsabilidades são distribuídas entre o gestor federal, o gestor estadual e o gestor municipal. Há a preocupação por qualificar esses profissionais, a fim de garantir a inclusão da promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos não transmissíveis nas ações da atenção primária e, mais especificamente, na Estratégia da Saúde da Família. Como já destacado, desconsideram-se as dificuldades de implementação e de operacionalização dessas estratégias nesse contexto de atenção primária caracterizado pelo baixo poder aquisitivo dos usuários do serviço e a hegemonia do modelo biomédico centrado na cura. Como observado no Nordeste, a demanda por serviços curativos é tão alta que deixa, às pessoas envolvidas, pouco espaço ou disposição para ações de promoção de saúde (Traverso-Yépez et al., no prelo).

Por isso, é preocupante observar que às ações focais para o biênio 2006-2007 centram-se, preferencialmente, em questões tais como: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, e promoção do desenvolvimento sustentável. Representam ações importantes, mas que precisam ser situadas no contexto sociocultural correspondente que as inibe ou dificulta em função das limitações do próprio ambiente.

2) Tipos de discurso

Nessa leitura, a proposta é situar o viés das diferentes construções discursivas, atentando especialmente para os juízos de valor que perpassam os discursos. Diferente da proposta original da política, que incluía também discursos “cientificistas”, nos quais conhecimento e evidências científicas aparecem como garantia de ação, tanto alinhados à preocupação economicista, quanto às formas de avaliação, o único tipo de discurso que se observa na versão definitiva é:

· **Discurso político-prescritivo:** até pelo caráter do documento, na maioria das construções discursivas, percebe-se a ênfase político-prescritiva, de forma a parecer que apenas pelo fato de ser citado já é norma de ação, sem considerar ou refletir sobre a viabilidade dos mesmos:

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (Brasil, 2006, p.18)

Observa-se a ambigüidade desse diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, o que se agrava mais em relação aos outros setores do Governo e

do setor privado. Também falar de “redes de compromisso e coresponsabilidade” parece interessante, mas nada fácil de se atingir no atual contexto de profundos individualismos e competitividades.

3) Orientação para ação

A atenção aqui se volta para os objetivos que os tipos específicos de construção discursiva tentariam atingir, bem como para as concepções implícitas nessas construções:

- Construídos os discursos com esse **caráter hierárquico-prescritivo**, a promoção da saúde, em lugar de proposta-processo, tende a aparecer como algo acabado, inquestionável e, especialmente, fácil de acontecer. A ambigüidade nos discursos, bem como a desconsideração da teia de interdependências envolvidas e as dificuldades a serem superadas, deixam vaga a definição das responsabilidades, impossibilitando cobranças se estas não forem assumidas. Justifica-se, também, a construção dos discursos centralizando as ações em técnicos e gestores especialistas. Legitima-se, assim, o investimento, muitas vezes exagerado, de pagamentos para esses especialistas, dando menos relevância ao conjunto mais amplo de atores sociais, representado pelos usuários do SUS e pelos trabalhadores da saúde envolvidos nas ações diretas junto a esses usuários.

4) Posicionamentos

Esta fase da análise está mais atenta às formas como a construção dos objetos discursivos posicionam os diferentes atores sociais. Percebe-se que, embora usem termos como “cidadania” e “envolvimento ativo”, novamente, a ambigüidade dos discursos e especialmente a própria dinâmica destes - verticais e impositivos - tende a deixar o público (os usuários, comunidade ou população) passivo.

De acordo com Sykes et al. (2004), observa-se que a ênfase no grupo ou na coletividade deixa as pessoas posicionadas como homogêneas, negligenciando as profundas diferenças socioculturais, especialmente em contextos de privação econômica. Assim, no discurso fala-se “dos cidadãos” ou “população” de forma geral:

na articulação entre promoção e vigilância da saúde reforça-se a exigência de um esforço integrado na construção de consensos e sinergias e na execução das agendas governamentais, a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação... (Brasil, 2006, p.15)

Contudo, predomina, nos discursos, uma relação verticalizada, outorgando sempre o papel central e executivo aos técnicos-gestores do processo. Assim, a grande maioria das ações e atividades que implicam uso de recursos refere-se à burocracia pública, especialmente gestores no âmbito federal, estadual e municipal. São comuns atividades de “apoio à cooperação técnica” ou “divulgação e mobilização de gestores, gerentes e trabalhadores da saúde”,

no entanto, observam-se poucos casos de propostas concretas de ação para se chegar à população usuária.

Insiste-se, ainda, em premissas de relacionamento quase impossíveis de acontecer no dia-a-dia:

o trabalho em rede com a sociedade civil organizada favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diversos territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.
(Brasil, 2006, p.15)

Deixa-se de lado, entre outras coisas, a falta de vontade política para gerar verdadeiras mudanças nas relações de poder vigentes.

5) Práticas

Aqui considera-se relevante fazer uma leitura do tipo de práticas que tais construções discursivas viabilizam no texto da Política (Brasil, 2006). Fica óbvio que os receptores dos discursos, sejam quais forem - “o público”, “a cidadania” ou “a população” - são posicionados como passivos e condicionados aos ditames dos gestores, técnicos e especialistas tendo, assim, pouca ou nenhuma possibilidade de assumir as responsabilidades de suas ações de saúde. Por outro lado, técnicos, gestores e especialistas, posicionados como autoridades, apontam para a legitimidade de qualquer medida tomada por eles.

Contudo, o mais preocupante é a grande distância e uma quase total impossibilidade de diálogo entre a elite de gestores e especialistas e a maioria da população na base da pirâmide social, usuária da saúde pública, e para quem essas práticas são, supostamente, desenhadas.

6) Processos de subjetivação

Quanto à dinâmica de interanimação dialógica ou de influências mútuas, esses posicionamentos e as práticas que são viabilizadas condicionam processos de subjetivação dos atores envolvidos. Assim, as relações verticais instituídas posicionam “a população” usuária do serviço público como passiva e a condicionam a se comportar dessa forma. Não adianta falar de “empoderamento” ou do desenvolvimento de autonomia se essas pessoas têm sido posicionadas sem voz e sem iniciativa (Sykes et al., 2004). Concebidas como um grupo homogêneo, as pessoas, temendo mostrar suas individualidades, podem deixar de exprimir qualquer posicionamento. Igualmente, o poder social atribuído aos gestores condiciona muitas dessas pessoas a se sentirem superiores e a reforçarem relações autoritárias com os que estão a sua volta.

Assim, a análise mostra que os discursos não são neutros, mas carregados de intenções, juízos de valor e posicionamentos que viabilizam certo tipo de práticas sociais em detrimento de outras, sempre em interdependência com a dinâmica das práticas sociais/institucionais de tipo vertical e autoritário na qual se inserem.

O que essa perspectiva vertical baseada em noções de objetividade desconsidera é que o bem-estar é sempre uma produção conjunta e relacional. Os conceitos de cuidado e promoção de saúde devem ser definidos interacional e dialogicamente (Riikonen, 1999). A interação autoritária e o foco nas patologias tende a deixar de lado as competências potenciais dos usuários, fortalecendo as relações de poder instituídas.

Pontos para continuar a reflexão

Ressalta-se que a postura epistemológica da modernidade (nós, cientistas, aqui, as transformações e os nossos objetos, lá fora) tende a gerar criações intelectuais de “realidade”. Isso, como destaca Santos (1995, p.19), decorre tanto do peso da racionalidade cientificista moderna quanto da rapidez e intensidade das mudanças sociais que:

se, por um lado, torna a realidade hiper-real, por outro lado, trivializa-a, banaliza-a, uma realidade sem capacidade para nos surpreender ou empolgar. Uma realidade assim torna-se, afinal, fácil de teorizar, tão fácil que a banalidade do referente quase nos faz crer que a teoria é a própria realidade com outro nome, isto é, que a teoria se auto-realiza.

Desse modo, uma maior ênfase na reflexividade, nas relações dialógicas e no senso crítico - valores basilares para desenvolvimento de uma reflexão crítica por parte dos diferentes atores sociais -, seria salutar na política pública de promoção da saúde e, em geral, em todas as nossas políticas e práticas de saúde. De nada adiantam políticas bem intencionadas se são inviabilizadas pela falta de vontade política e pela distribuição desigual de poder, ou pelas próprias práticas institucionalizadas, dentro das quais tende-se a atuar com automatismos e de forma não reflexiva.

A prática reflexiva, em permanente interação com outros, constitui um dos pontos centrais nessa variedade de abordagens da Psicologia Social crítica. Essas abordagens, como apontam Domenech & Ibañez (1998), devem ser entendidas como uma disposição ou sensibilidade especial para a elaboração de reflexões “generativas”. Reflexões que “*questionem as premissas dominantes da cultura e que propiciem a reconsideração de tudo aquilo que se apresenta como evidente, gerando, assim, novas alternativas de ação social*” (p. 21).

Essa dinâmica também irá apontar as raízes de nossas racionalidades, bem como das materialidades operando no campo social, visando desenvolver uma ontologia crítica de nós mesmos. Em termos de Foucault (1994, p.30), essa ontologia crítica

não deve ser entendida como teoria, nem como doutrina, nem como corpo de conhecimentos estáveis que vão em aumento. Deve ser concebida como uma atitude, um *ethos*, uma vida filosófica em que a crítica do que somos seja, ao mesmo tempo, análise histórica dos limites que nos são impostos, bem como a experimentação da possibilidade de transgressão.

Esse tipo de prática faz parte do “cuidado de si mesmo”. Implica um controle reflexivo dos vieses condicionados pelas limitações sensoriais, pelos instintos e pelo ego, bem como pelos condicionamentos socioestruturais, pressupondo a negociação de contradições e conflitos (Morin, 2001; Mariotti, 2000; Csikszentmihaly, 1993). Cuidar, aqui, é um conceito operativo estreitamente ligado ao conceito de ética relacional. Essa concepção de ética seria, antes de mais nada, uma postura autocrítica das formas como as pessoas se posicionam em diferentes práticas sociais, no encontro com o outro. Como processo relacional, não pode ser considerado como algo definitivo e acabado, mas como um vir-a-ser e como uma categoria de orientação para a ação.

O que essa perspectiva sugere, ainda, é fugir dos excessivos racionalismos e intelectualismos, tão caros nos momentos atuais. A linguagem tecnicista e o pensamento dito “científico” são problemáticos por tenderem a reproduzir as diferenças de poder. Como sugerido por Riikonen (1999), essas posturas afastam do momento inspirador vivencial da interação e do diálogo. Inibem, de certa forma, as possibilidades potenciais de gerar, nesse encontro com os outros, práticas conjuntas de promoção de saúde que, de forma geral, o autor considera como “*contextos, momentos, experiências, e projetos de vida geradores de bem-estar*” (Riikonen, 1999, p.144).

Agradecimentos

À agência financiadora CAPES.

Referências

- BAKHTIN, M.; VOLOSHINOV, V.N. **El marxismo y la filosofía del lenguaje**. Madrid: Alianza, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento preliminar para discussão). Brasília, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde. Unidade de Aprendizagem: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Política_nacional_%20saude_nv.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2006
- BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.1, p.7-30, 1996.
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; MACHADO, C.E. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.39-54.

CAMPOS, G.W.S. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.113-24.

COBURN, D. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism. **Soc. Sci. Med.**, v.51, p.135-46, 2000.

_____. Beyond the income inequality hipótesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. **Soc. Sci. Med.**, v.58, p.41-56, 2004.

CSIKSZENTMIHALYI, M. **The evolving self: a psychology for the third millennium**. New York: Harper Perennial, 1993.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.E.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.39-54.

DOMENECH, M.; IBAÑEZ, T. La psicología social como crítica. **Anthropos**, n. 177, p.12-21, , 1998.

FOUCAULT, M. **Hermenéutica del sujeto**. Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 17.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

HACKING, I. **The social construction of what**. 9.ed. Cambridge: Harvard University Press, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais, 2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.br/home/presidencia/noticias/0404sintese.shtm>>. Acesso em: 5 maio 2004.

LATOUR, B. **A esperança de Pandora**. Bauru: EDUSC, 2001.

LAW, J. **Materialities, spatialities, globalities**. Lancaster: UK. Centre for Science Studies, Lancaster University, 2003. Disponível em: <<http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law-Hetherington-Materialities-Spatialities-Globalities.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2004.

LUPTON, D. The imperative of health: public health and the regulated body. In: K. CHARMAZ, K.; PATERNITI, D.A. (Eds.). **Health, illness and healing: society, social context, and self: an anthology**. Los Angeles: Roxbury Publishing Company, 1999. p.42-7.

MARIOTTI, H. **As paixões do ego: complexidade, política e solidariedade**. São Paulo: Palas Athena, 2000.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.117-60.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez/Unesco, 2001.

_____. Problema de uma epistemologia complexa. In: MORIN, E; MARQUES, A; COELHO, E.P; RODRIGUES, J.R. ; JESUINO, J.C.; GAGO, J.M.; BARRETO, L.F.; BARRETO, M.M. (Orgs.). **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Publicações Europa-Americana, s/d. p.13-34.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

RADLEY, A. **Making sense of illness: the social psychology of health and disease**. London: Sage, 1994.

RADLEY, A.; BILLIG, M. Accounts of health and illness: Dilemmas and representations. **Sociol. Health**, v.18, n.2, p.220-40, 1996.

RIIKONEN, E. Inspiring dialogues and relational responsibility. In: McNAMEE, S.; GERGEN, K.J. (Orgs.). **Relational responsibility: resources for sustainable dialogue**. Thousand Oaks: Sage, 1999. p.139-50.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A.

ROSEN, G. **Uma historia da saúde pública**. São Paulo: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SOUZA, E.M.; GROUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1354-60, 2004.

SPINK, M.J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SYKES, C.M.; WILLIG, C.; MARKS, D.F. Discourses in the European Commission's 1996-2000 Health Promotion Programme. **J. Health Psychol.** v.9, n.1, p.131-41, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Interface Psicologia Social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicol. Estudo**, v.6, n.2, p.49-56, 2001.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A.; BERNARDINO, J.M.; GOMES, L.O. Fazem um PSF lá de cima... Discursos e vivências na implementação de uma nova unidade do Programa Saúde da Família em Natal (RN). **Psicol. Est.**, no prelo.

WILKINSON, R.G. **Unhealthy societies**: the afflictions of inequality. London: Routledge, 1996.

WILKINSON, R.G.; MARMOT, M. (Eds.) **Social determinants of health**: the solid facts. Copenhagen: WHO, 2003.

WILLIG, C. **Introduction to qualitative research in psychology**: adventures in theory and method. Buckingham: Open University Press, 2001.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. WHO: Geneve, 1998.
Disponível em: <<http://www.ldb.org/vl/top/glossary.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas en la promoción de la salud en Brasil: consideraciones sobre la política nacional. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.

Aunque es un tema común de nuestro cotidiano, la promoción de la salud se presenta como un concepto complejo y multifacetado. El objetivo del presente artículo es destacar algunos de los dilemas y aspectos problemáticos sobre las concepciones e ideas relacionadas con esta temática. Se presenta como relevante a la dificultad de pensar la promoción de la salud, sin considerar formas de erradicar las profundas iniquidades sociales vigentes en el contexto brasileño. La reflexión también es pensada en el contexto de la Política Nacional de Promoción de la Salud, aprobada en 2006, demostrando la importancia de la desconstrucción de los discursos políticamente correctos y el desarrollo de procesos de reflexión sobre las formas de actuar en este campo.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud. Políticas públicas de salud. Política Nacional de Promoción de la Salud. Psicología Social.

Recebido em 09/01/06. Aprovado em 26/12/06.