Parte 1: Introdução ao Sistema Único de Saúde (SUS) Promovendo a saúde

Lana Bleicher
Taís Bleicher

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BLEICHER, L., and BLEICHER, T. Promovendo a saúde. In: *Saúde para todos, já!* [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 69-81. ISBN 978-85-232-2005-1.
<https://doi.org/10.7476/9788523220051.0006>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PROMOVENDO A SAÚDE¹

Aqueles que transitam entre profissionais de saúde já devem ter ouvido bastante a expressão “promoção de saúde”. Como já dito, esse termo é usado em tantos contextos e com tantos sentidos, que às vezes parece que as pessoas se referem a coisas diversas.

Se recorrermos ao dicionário, veremos que a palavra promover está definida como “dar impulso a; favorecer o progresso de; fomentar; trabalhar a favor de” ou ainda “ser a causa de”. (PROMOVER, 2012) Logo, há variadas acepções de promoção da saúde simplesmente porque há distintos entendimentos sobre o que venha a ser saúde ou sobre como ela pode ser promovida. Atente-se que, quando se diz que promover significa causar, a pergunta fica então recolocada da seguinte forma: o que causa saúde? O que causa doença? Disso decorre que, para se discutir o conceito de promoção de saúde, é necessário discorrer sobre a polissemia do termo “saúde”.

As explicações que as pessoas dão ao se referirem à saúde sempre sofrem a influência do momento histórico em que estão vivendo, da posição que ocupam na sociedade. É por isso que a causalidade das doenças

1 Adaptado do documento elaborado com a finalidade de subsidiar oficinas de trabalho em saúde bucal da Secretaria da Saúde do Ceará. (BLEICHER, 2001)

tem historicidade.² Por ora, será suficiente contar que um grande marco aconteceu no Renascimento: o surgimento do método científico.

O que chamamos de método científico é um conjunto de regras embasadas na lógica e na experimentação, pelo qual buscamos conhecer a realidade. O exemplo máximo dessa racionalidade é a física de Newton: por meio de leis universais e cálculos matemáticos, é possível descrever com exatidão o movimento dos objetos, sejam eles planetas ou maçãs.

Na área da saúde, este legado ajudou a construir o modelo biomédico. Tendo a física como exemplo ideal de ciência, o modelo biomédico entende o corpo humano como se fosse uma máquina, que para ser compreendida deve ser decomposta em partes – ou peças – cada vez menores. Quando, no século XIX, começaram a ser descobertas as bactérias causadoras de diversas doenças, a compreensão do processo saúde-doença ficou ainda mais estreita, pois parecia bastante e suficiente encontrar, para cada mal, o agente infeccioso correspondente, e contra ele desenvolver um medicamento.

Esse modelo de explicação do processo saúde-doença, dito unicausal, dava conta de explicar o adoecimento quando ainda era mais comum as pessoas morrerem de doenças infecciosas – varíola, tuberculose, dengue. Quando essas foram cedendo espaço para as doenças crônico-degenerativas, tais como as doenças cardiovasculares e o câncer, suas limitações ficaram evidentes: não mais apenas o “agente etiológico” deveria ser considerado, mas também o “hospedeiro” e o “ambiente”. Entretanto, esses elementos continuam a ser examinados com base numa lógica reducionista, que prima pela explicação biologicista. Relações sociais, culturais, políticas e econômicas são reduzidas a fatores do ambiente físico. Assim, por exemplo, a brutal exploração e expropriação da saúde a que são submetidos os trabalhadores na indústria do

2 Quem quiser saber mais sobre o tema encontrará nos textos de Rita Barata (1990), “A historicidade do conceito de causa”, e de Elizabeth Souza e Angelo de Oliveira (2000), “O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos”, excelentes suportes.

amianto fica reduzida à existência de um agente – o asbesto – no ambiente, causando assim a asbestose.

Portanto, foi possível identificar pelo menos duas grandes correntes que procuram explicar como ocorre o processo saúde-doença: uma que o reduz a seus aspectos biológicos, e outra que o toma como determinado pelas estruturas sociais e políticas por meio das quais se relacionam os homens.

Retornando à discussão inicial, fica mais fácil entender porque promover saúde pode ter significados vários. Procure responder você mesmo: como é a promoção da saúde dentro de um e outro referencial?

O desenvolvimento do conceito de promoção da saúde esteve relacionado à percepção de que o avanço tecnológico na medicina e a oferta massificada de atos médicos não estavam produzindo necessariamente melhoria na saúde das populações. Vários estudos começaram a apontar que outros fatores – externos à área médica – pareciam produzir impactos muito mais significativos.

Foi emblemático o Relatório Lalonde, produzido em 1974, no Canadá. Nele são reconhecidas várias influências sobre a saúde das pessoas: a extensão e natureza dos serviços de saúde, a carga genética e a constituição biológica, o estilo de vida individual e a influência ambiental. Essas e outras contribuições vieram desaguar na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em Alma-Ata, em 1978. Nessa Conferência houve forte crítica ao uso inadequado de tecnologia, propugnando-se a priorização de serviços promocionais e preventivos.

Em 1986, foi realizada a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Ottawa, no Canadá. Na Carta de Ottawa, afirmava-se:

Promoção de Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações,

satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver. (PROMOÇÃO, 1996, p. 11)

À Conferência de Ottawa seguiram-se outras que reafirmaram e esmiuçaram seus princípios. Cumpre observar que muito do pensamento da promoção da saúde foi gerado nos países desenvolvidos, portanto voltado para os desafios concretos que aqueles sistemas de saúde precisavam superar. Em geral, as necessidades básicas das populações já haviam sido supridas, ainda que desigualdades sociais não tivessem sido eliminadas. No interior do setor saúde, a questão não chegava a ser o aumento dos recursos investidos, mas uma maior efetividade resultante destes.

Nos países periféricos, o pensar a promoção da saúde não poderia prescindir de uma reflexão sobre a gritante iniquidade social, as relações de dependência, a falta de investimentos públicos nos setores sociais.

A Carta de Ottawa, reforçada pela Declaração de Adelaide, sugere cinco campos de ação para a promoção da saúde:

- construção de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- desenvolvimento de habilidades individuais;
- reforço da ação comunitária;
- reorientação dos serviços de saúde.

Estes campos de ação serão discutidos a seguir.

CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

Quando se parte de um referencial de saúde que comporta somente seus aspectos biológicos, as ações com vistas a alcançar a saúde são exclusivamente internas ao setor saúde. Entretanto, se há o entendimento

de que a saúde é socialmente determinada, o espectro de ação política amplia-se sobremaneira.

Um exemplo banal, que ocorre em boa parte das cidades brasileiras: o enfrentamento das doenças de pele, extremamente comuns em áreas com precárias condições sanitárias. O enfoque biologicista tende a abordar o problema através de medicamentos que debelem, temporariamente, o problema, que volta a se recolocar de imediato. Mesmo assumindo um discurso mais avançado e adotando a retórica da “educação em saúde”, a intervenção se restringe ao aconselhamento de “hábitos saudáveis”, muitas vezes deslocados da realidade em que as pessoas vivem.

Para enfrentar esse problema, políticas públicas saudáveis envolveriam a universalização do acesso ao saneamento básico; a garantia à moradia de qualidade; a geração e distribuição de renda. Entretanto, tais políticas não seriam realizadas exclusivamente por médicos, ao contrário da prescrição de medicamentos e aconselhamento sobre higiene. Percebe-se então que a promoção da saúde é tarefa cujos atores vão muito além do que tradicionalmente se entende por “profissionais de saúde”.

Começamos por um exemplo de fácil entendimento, mas outros podem ser colocados. É necessário que se pergunte: a política de transportes é uma política saudável? Seu desenho visa privilegiar um maior conforto e segurança ao transporte individual ou coletivo? Ela torna o deslocamento dos trabalhadores num momento a mais de exposição a riscos e de deterioração da saúde? Ela incentiva o emprego de transportes menos poluentes? Leva à superutilização de veículos individuais? Há alguma opção declarada pela segurança de pedestres e ciclistas, mesmo quando compromete a fluidez do tráfego?

Tudo isso pode parecer muito distante das preocupações cotidianas dos profissionais de saúde, mas irá refletir concretamente no trabalho do cirurgião buco-maxilo-facial que trabalhe num centro de traumatismo da face, por exemplo.

Outra forma de expressá-lo pode ser através da citação de um fragmento da Declaração de Adelaide (PROMOÇÃO, 1996), que afirma:

“o principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável, para que as pessoas possam viver vidas saudáveis”.

Ora, é preciso ter clara a não neutralidade da promoção da saúde. Compreender que setores governamentais devem ser responsabilizados pelas consequências de suas decisões sobre a saúde das pessoas implica em negar uma visão já cristalizada: a que afirma que não cabe ao Estado um papel regulador, pois este seria uma prerrogativa das forças de mercado.

Isso tem uma elevada importância quando se pondera sobre que papel os profissionais da saúde devem ter na promoção da saúde. No modelo biologicista, esse papel não era questionado, e consistia em executar atos médicos e orientar pacientes. Se em promoção da saúde outros fatores vêm se somar ao processo, o papel dos profissionais de saúde se encontra agora ampliado. Não que não possam mais realizar assistência à saúde – afinal se não a prestarem, quem os fará?

Mas além dessas atribuições, outras se colocam, Aubrey Sheiham e Samuel Moysés (2000) destacam a importância da advocacia em saúde, definindo-a como a ação dos profissionais de saúde junto a formuladores de políticas e formadores de opinião quanto a questões que causam impacto na saúde.

CRIAÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS À SAÚDE

Uma questão relevante que se impõe cada vez mais é o impacto que as modificações no meio ambiente produzem sobre a saúde. Desta forma, a utilização responsável dos recursos naturais necessariamente deverá fazer parte da agenda da promoção da saúde. Basta lembrar como a escassez de água potável é capaz de aumentar a mortalidade infantil. Além disso, quando falamos de “ambientes saudáveis”, estamos nos referindo também à organização social do trabalho, os espaços de lazer, a escola, a moradia. Devemos nos perguntar se as fábricas, os escritórios, as universidades, os hospitais são ambientes saudáveis.

Selene Carvalho Herculano (1992) traz uma interessante discussão sobre a questão ambiental. Afinal – e você mesmo já deve ter percebido – há inúmeros discursos diferentes, por vezes contraditórios, sobre a temática do ambiente.

Existe, por exemplo, uma visão romântica, mitificada, da natureza, segundo a qual toda e qualquer intervenção humana é nefasta. Esta não é uma ideia nova: desde o século XVIII, já havia um sentimento de negação ao processo industrial e certa “glamourização” da vida campestre.

A utilização de bombas nucleares, antes da metade do século XX, no final da 2ª Guerra Mundial, vitimando não só a população civil presente, mas também as gerações que nasceram após o conflito, fez com que as pessoas se dessem conta do imenso poder destruidor que tem a espécie humana e de como a vida é frágil.

O Relatório Brundtland (COMISSÃO..., 1991, p. 46) definiu desenvolvimento sustentável como “aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem a suas próprias necessidades”. No entanto, o termo não está imune a variações de uso e de interpretação.

Começemos pela palavra “desenvolvimento”, que já nos é bastante familiar devido ao costume de classificar os países em “desenvolvidos”, “subdesenvolvidos” e “em desenvolvimento”. Reparem como essa divisão nos induz a pensar que o subdesenvolvimento nada mais é que um estágio, uma fase na vida dos países e que todos irão, dentro da ordem social vigente, tornar-se desenvolvidos, tanto quanto a humanidade tende ao progresso e à evolução.

No entanto, Celso Furtado (1996) nos alerta para o que ele denomina de “mito do desenvolvimento econômico”, advertindo que a conversão de todos os países em “desenvolvidos” não só não é possível como também é insustentável. Ora, os Estados Unidos são o país que mais produz, que mais consome, e que mais polui no mundo. Se todos os seres humanos passassem a ter o mesmo estilo de vida dos norte-americanos, um desastre sem proporções ocorreria em curto espaço de tempo. Então, qual a solução?

Alguns têm advogado em defesa do “crescimento zero”, o que seria uma saída não só injusta – porque é inconcebível decretar que alguns milhões que vivem nos países periféricos a continuar vivendo em condições sub-humanas e morrendo de fome, quando se sabe que no planeta se produz mais alimentos que o necessário para nutrir a população mundial; como também derrotada, pois os países desenvolvidos não concordariam em parar seu crescimento. Basta lembrar a obstinação dos Estados Unidos em não assinar o Protocolo de Kyoto, acordo internacional que estabelece metas de redução dos gases do efeito estufa.

Daí porque a discussão ambiental está inevitavelmente atada à questão do tipo de sociedade que queremos ter. É possível não degradar o ambiente, persistindo num modelo de desenvolvimento que privilegia a exploração e exorta ao consumismo? É por isso que não nos parece correta a ideia de algumas correntes ambientalistas que veem a causa dos problemas ecológicos na pobreza e prescrevem como solução a contenção demográfica das populações marginalizadas. Entendem a miséria como causa da destruição do ambiente, mas não conseguem perceber que ambos os fatos – miséria e destruição ambiental – têm determinantes comuns: a maneira como a sociedade se estrutura. Logo, a defesa do ambiente não poderá acontecer descasada da defesa das pessoas que nele vivem.

DESENVOLVENDO HABILIDADES PESSOAIS

Sobre esse campo de ação, diz a Carta de Ottawa:

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. (PROMOÇÃO, 1996, p. 15-16)

É necessário empreender uma discussão em torno do termo “Educação em Saúde”; aparentemente consensual, mas sobre o qual existem variadas concepções.

De fins do século XVIII, perpassando o século XIX e chegando às primeiras décadas do século XX, a educação sanitária foi mais uma forma de controle sobre a classe trabalhadora. Quanto a esta última, fazia-se necessário domesticá-la, moralizá-la, higienizá-la, evitando assim não só quaisquer tipos de doenças que grassavam em meio à miséria – a tuberculose, a sífilis, o alcoolismo – como também a vagabundagem, a delinquência ou, ainda pior, a rebelião. Neste sentido, Nilson do Rosário Costa (1984) realiza um interessante resgate de como a educação em saúde, ao ditar normas disciplinadoras, contribuiu para a construção de um proletariado mais funcional ao capitalismo.

No início do século XX, amparado em teorias pseudocientíficas de cunho racista, consolida-se o eugenismo: a “higiene da raça”. Seu objetivo era impedir, sobretudo através de medidas coercitivas, a reprodução de tantos quantos pudessem levar à “degeneração da raça”: grupos populacionais não brancos, pobres, homossexuais, delinquentes, doentes mentais, alcoólatras, incapazes e criminosos. Essa abordagem foi perdendo o seu apelo, sobretudo após a derrocada do fascismo e o término do regime autoritário do Estado Novo.

Gradativamente, a educação sanitária, inspirada pela crença no crescimento econômico como forma de superar o subdesenvolvimento, passou a focalizar a integração das camadas marginalizadas da população. Assim, partia-se do pressuposto de que a pobreza era causada pela ignorância e que a educação em saúde, com seus conteúdos sobre a higiene corporal, seria capaz de salvar as pessoas de si mesmas e de sua própria bestialidade.

Essas concepções, tidas por superadas, deixaram marcas profundas nas atuais práticas e teorizações da educação em saúde. Mas, essa herança se esconde por trás de novos e atraentes discursos que se apropriam de conceitos utilizados por aqueles que fazem a sua crítica.

Predomina atualmente uma concepção de que a Educação em Saúde deva ter por objetivo a modificação de hábitos individuais de forma a permitir a adoção de atitudes mais saudáveis. Segundo o nosso entendimento, tal postura alicerça-se em uma educação chamada bancária por Paulo Freire (1997). Na educação bancária o educador realiza “depósitos” nas mentes “vazias” dos educandos.

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro.

O educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos sempre os que não sabem. A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processos de busca. (FREIRE, 1997, p. 58)

Contrapondo-se a esta educação, Paulo Freire (1997, p. 68) nos fala da educação problematizadora e libertadora, fundada no diálogo: “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”, ou seja, a partir da realidade concreta. Exatamente pelo fato de não considerar os educandos vazios de conhecimento, mas detentores de um saber próprio, o processo educativo começa pela exploração desses conhecimentos prévios, auscultando como as pessoas percebem a realidade. Daí por que se fala na relação prática-teoria-prática: parte-se de uma primeira apreciação da realidade de modo a identificar nela os problemas que precisam ser resolvidos. Os educandos se confrontam com uma realidade que atinge o seu senso de investigação, sua curiosidade, e indagam-se sobre os porquês que a constituem. O educador, então, auxilia no processo de apreensão da teoria, não uma teoria “transferida”, mas uma teoria que precisa ser apropriada pelos educandos. Ao tomarem a teoria para si, os educandos podem agora formar uma nova imagem da realidade – não mais

aquela imagem inicial, ingênua, mas uma imagem da realidade fecundada pela teoria. O conhecimento não foi doado, foi conquistado, construído. Entretanto, a teoria que não transforma a realidade é estéril, por isso faz-se necessário voltar à prática: para transmutá-la, reconstruí-la. O saber assume um caráter libertador, dado que é uma decodificação do mundo para transformá-lo.

Do que foi discutido, percebe-se que determinadas explicações do processo saúde-doença são mais cômodas quando trabalhadas com certas concepções de educação. Assim, a visão biologicista, que toma o fenômeno da saúde em sua dimensão meramente natural, encontra na educação bancária uma forma viável de se reproduzir. Se as doenças têm explicações restritas a micro-organismos, fatores do ambiente e do hospedeiro, cumpre transmitir às pessoas as formas mais eficientes de evitá-las. Mas, como modificar essa estrutura ditando normas de comportamento, se para além dos agentes etiológicos há que se considerar a estrutura social em que vivem as pessoas? Somente com o fortalecimento da autonomia e da capacidade transformadora de mulheres e homens atinge-se o núcleo determinante do processo saúde-doença.

Uma decorrência cruel, ao tomar a concepção bancária como prática de educação em saúde, é a aposta na modificação de hábitos individuais como condição suficiente para alterar os níveis de saúde. Assim, as pessoas são levadas a pensar que são suas atitudes pessoais que ocasionarão saúde ou doença tendo a ilusão de que podem escolher.

Em promoção da saúde fala-se bastante em autocuidado, mas mesmo este conceito deve ser contextualizado. Uma coisa é trabalhar o autocuidado entre as pessoas de forma a torná-las mais donas de suas vidas, mais autônomas em relação aos profissionais de saúde.

Trabalhar o autocuidado e a autonomia não pode ser confundido, entretanto, com a completa responsabilização das pessoas com o que ocorre com sua saúde. Se compreendermos que a saúde tem determinantes sociais, não faz sentido supor que indivíduos tenham total

controle sobre a prevenção das doenças, pois isto pode levar a um fenômeno conhecido como culpabilização da vítima.

Exemplos desse fenômeno ocorrem todos os dias nos centros de saúde. Pessoas doentes, alijadas dos seus direitos sociais, são tratadas pelos profissionais de saúde como as grandes culpadas por suas enfermidades: porque “não se cuidam”, “não dão importância à doença”, são “preguiçosas”, “ignorantes”. Muitas vezes este discurso se apresenta sob o rótulo “educação em saúde”, embora contribua somente para a destruição da autoestima das pessoas.

REFORÇO DA AÇÃO COMUNITÁRIA

O trabalho comunitário tem sido apontado como uma necessidade há bastante tempo: a Conferência de Alma-Ata já enfatizava sua importância. Entretanto, há visões diversas sobre o assunto: no interior de uma determinada corrente, a ação comunitária se constitui no fomento ao trabalho das pessoas marginalizadas para que estas tomem para si a tarefa de prestar os serviços essenciais que lhes são negados. É a lógica dos mutirões, do voluntariado, quando esses têm por objetivo a simples substituição do dever do Estado, sem empreender uma reflexão sobre a razão do não cumprimento pelo Estado de seu dever. Essa visão se coaduna com o entendimento de que não é responsabilidade do Estado a garantia dos direitos sociais a todas as pessoas.

Portanto, é preciso não confundir o apoio às ações comunitárias com a defesa do Estado mínimo. Ao contrário, estas devem ser um espaço privilegiado de exercício da cidadania. Mutirões e voluntariados podem até existir, mas não são um fim em si mesmos, são um recurso pedagógico com o qual se constrói a autoestima e o sentimento de pertencimento ao grupo. Desta maneira acumulam-se forças para a conquista de direitos, não de concessões.

REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora o texto tenha se preocupado em ressaltar a importância de determinantes externos ao setor nos níveis de saúde da população, não cabe dúvida quanto à necessidade de construir sistemas de saúde que sejam universais, justos e efetivos. Caso contrário, não mereceria tanta importância toda a luta para implantar o SUS ao longo de todos esses anos.

A orientação a ser dada aos serviços de saúde foi detalhada no capítulo “Organizando o SUS”. Por ora, basta lembrar que, para trabalhar neste sistema de saúde, é necessário um novo profissional, com novas habilidades, para que seja capaz de enfrentar situações bem mais complexas que aquelas impostas pelo modelo biomédico.

E você? Como acha que deve ser a formação dos profissionais de saúde para que esses possam trabalhar na perspectiva da promoção da saúde?

Voltemos a pensar em Carnaubeira do Norte. Como promover saúde nessa cidade tomando como base os campos de ação propostos na carta de Ottawa?