

Promoção da Saúde: elemento instituinte?

Health Promotion: an instituting element?

Juan Carlos Aneiros Fernandez

Sociólogo, Doutorando em Saúde Pública FSP/USP e pesquisador do Cepedoc Cidades Saudáveis.

Endereço: Av. Dr Arnaldo 715, Cerqueira Cesar, CEP 01246 904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: juanfernandez@usp.br

Elisabete Agrele de Andrade

Psicóloga, mestranda em Saúde Pública FSP/USP e pesquisadora do Cepedoc Cidades Saudáveis.

Endereço: Av. Dr Arnaldo 715, Cerqueira Cesar, CEP 01246 904, São Paulo, SP, Brasil.

Maria Cecília Focesi Pelicioni

Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr Arnaldo 715, Cerqueira Cesar, CEP 01246 904, São Paulo, SP, Brasil.

Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

Professora doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Endereço: Av. Dr Arnaldo 715, Cerqueira Cesar, CEP 01246 904, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

O artigo inclui na discussão sobre os resultados da promoção da saúde um argumento de natureza epistemológica, levando em consideração o contexto contemporâneo de mudanças econômicas, políticas e culturais do qual ela é parte e expressão. Destacam-se, por um lado, as suspeitas que recaem sobre o projeto da Modernidade, sejam elas decorrentes do crescimento das incertezas ou da irrealização de promessas e, por outro lado, as tentativas de equacionamento do binômio determinação/autonomia, como questões sensíveis a uma ruptura dos modos de conhecer na contemporaneidade. Propõe-se considerar a dinâmica social e abordá-la como a união e a tensão da *história feita e da história se fazendo*, para melhor compreender o alcance e os resultados da promoção da saúde. A conclusão é que a promoção da saúde deve continuar buscando o desenvolvimento de ações cada vez mais efetivas, mas deve fazê-lo sem abdicar da possibilidade de manter-se próxima da energia social livre e em ebulição, que caracteriza o elemento instituinte de uma produção histórica.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Contemporaneidade; Modernidade; Avaliação.

Abstract

The article includes, in the discussion about health promotion results, an epistemological argument, considering the contemporary context of changes of which it is part and expression. The suspicion concerning the project of Modernity is emphasized, as a result of growing uncertainties or unfulfilled promises. In addition, the attempts to solve the conflict between determination and autonomy are also highlighted. Both aspects are considered as sensible questions regarding a rupture of the ways of knowing in contemporariness. The article proposes to consider social dynamics, approaching it as the union and tension of concluded history and ongoing history, so as to better understand the reach and results of health promotion. The conclusion is that health promotion must continue the search for the development of increasingly effective actions, but it must do it without abdicating the possibility of remaining close to the free social energy, which is the characteristic of the instituting element of historical production.

Keywords: Health Promotion; Evaluation; Contemporariness; Modernity.

Introdução

É possível que todos os que já leram algo sobre promoção da saúde e relatos acerca da implantação de programas nesse campo tenham notado que muitas vezes os desafios que aparecem ao final do texto correspondem aos objetivos apresentados no seu início. Existem, certamente, diversas formas de interpretar resultados desse tipo.

Em uma perspectiva que os considere em conjunto, o tratamento que podemos dar a eles não pode ignorar o fato de que, mesmo parecidos, eles devem guardar diferenças entre si, indicando que diversos caminhos podem ter sido percorridos, ainda que todos eles tenham reconduzido aos pontos de partida. Outra forma de interpretá-los seria considerá-los expressões de processos recursivos, supondo que o retorno à questão inicial não se deu sem que os atores participantes tivessem, ao longo do processo, produzido novos conhecimentos, significados e práticas. Com essa perspectiva mais positiva, esses resultados não representariam uma imagem circular, mas sim um movimento espiral, em que um mesmo campo é (re)visitado em diferentes níveis. Um olhar mais pragmático voltado para resultados poderia indicar que as experiências falharam, pois se ao final de um processo supõe-se que os objetivos não tenham sido atingidos, a análise poderia conduzir ao exame dos objetivos definidos e o seu incorreto dimensionamento, dos métodos empregados e sua inadequação ou da relação custo-benefício dessas intervenções e o desperdício de recursos.

Além dessas, outras leituras desses resultados poderiam ser aventadas, mais focadas na singularidade, no caráter processual e na eficácia/efetividade dos programas de promoção da saúde. De nossa parte gostaríamos de incluir na discussão sobre os resultados da promoção da saúde um argumento de natureza epistemológica, levando em consideração, por um lado, a “juventude” dessa área de conhecimento e, por outro, um contexto contemporâneo de mudanças econômicas, políticas e culturais.

Promoção da Saúde: pluralidade das abordagens

A promoção da saúde poderia ser identificada a partir de diversas áreas de conhecimento e de práticas. Na educação, no urbanismo, na gestão ambiental ou na pesquisa social é possível perceber outras denominações sobre ações de promoção da saúde. Entretanto, nosso argumento situa a promoção da saúde nos campos de conhecimento da saúde pública e saúde coletiva.

Tem-se buscado na antiguidade grega¹ referências à saúde pública e à promoção da saúde a partir das irmãs Panacéia, deusa da cura, por isso associada à medicina, e Higéia, deusa da saúde, associada à saúde pública, ambas, filhas de Esculápio (Green e Anderson, 1986; Westphal, 2006b).

As narrativas míticas são ambivalentes, por isso duram. São freqüentemente atualizadas na tentativa de traduzir questões, problemas, dúvidas e ansiedades vividas no presente, estabelecendo pontes entre o passado e o futuro. É nessa perspectiva que, recorrendo a elas, podemos, no nosso entendimento, mais do que revelar um esforço arqueológico dos autores ou sua erudição; elas podem servir como instrumento de reflexão em torno da questão epistemológica do presente.

Quando lemos, por exemplo, que “as filhas viviam em constante tensão pelo amor do pai, ora uma com maior espaço ora outra” (Westphal, 2006b, p. 636), é evidente que a preocupação reside no espaço da saúde pública, e de modo particular da promoção da saúde no presente, mas nem tão evidente assim é a lógica que se mobiliza para essa reflexão.

Higéia, sobre quem depositamos nosso afeto, cujo nome dá origem à palavra higiene, ou moderação no viver, como indica Westphal (2006b) apoiada por Green e Anderson e em Restrepo, etimologicamente, derivaria de um adjetivo composto de “bem” e “viver”, segundo Brandão, para quem Higéia, “considerada uma das filhas do deus da medicina Asclépio, não possui um mito próprio, figurando tão-somente no cortejo de seu pai” (Brandão, 2000, p. 563).

Seria significativo destacarmos a distinção entre “moderação no viver” e “bem viver” e quanto isso pode marcar indelevelmente o campo da saúde pública e também o da promoção da saúde e seus modos de conhecer, mas é preciso ir além.

É em torno de Asclépio, pai de Panacéia e Higéia, mas também de outros dois médicos, Podalírio e Macáon, que se constitui uma “constelação em defesa da saúde” (Brandão, 2002, p. 90). Filho do deus Apolo e de uma mortal, herói divinizado, viveu “onze séculos de glórias e de curas incríveis!” (Brandão, 2002, p. 91). Realizava tudo isso na cidade de Epidauro, onde havia a cura total do corpo porque primeiro se curava a mente. “Em outros termos, só existia cura, quando havia metanóia, ou seja, transformação de sentimentos” (Brandão, 2002, p. 91). Epidauro era um centro espiritual e cultural com teatro, estádio para competições, ginásio para exercícios físicos, biblioteca e numerosas obras de arte.

É nesse mito, portanto, que poderíamos encontrar o que freqüentemente se atribui apenas a Higéia. O que as narrativas em relação ao herói divinizado da medicina demonstram é que a produção de saúde não é apenas curar doenças. Assim é que a atualização do mito em torno de Panacéia e Higéia, mais do que qualquer outra coisa, pode mostrar uma racionalidade ou lógica dualista de origem aristotélica. Uma necessidade de superar uma contradição dos termos promoção da saúde e cura em favor do primeiro.

O que as narrativas de Asclépio e suas filhas talvez mostrem, de fato, seja a oportunidade de uma discussão epistemológica: para além dessa dualidade entre Panacéia e Higéia, há um terceiro termo, no caso Asclépio, que não substitui nem é substituído pelas duas, mas que precisa ser incluído na reflexão.

Apenas para citar mais um exemplo, entre tantos outros possíveis, e, sobretudo, para tentar evidenciar que não se trata de idiosincrasias de tal ou qual autor, mas de uma questão epistemológica do presente, em Mendes podemos encontrar um exemplo dessa dualidade. O autor escreve que “como todo pai ele

1 Apesar das referências à mitologia grega, os autores fazem uso dos nomes da tradição mitológica latina. Por essa razão, Esculápio, o herói divinizado, é Asclépio da mitologia grega, como indicado por Brandão (2002, p. 90). Tomando esse autor como referência, encontraremos “Higiia” e “Higia”, mas não “Higéia”, o que nos faz supor tratar-se esta última também de uma denominação latina. Existem variações nas narrativas míticas, mas como os autores se referem à mitologia grega, é em torno dela que teceremos as considerações a seguir, mantendo as denominações adotadas pelos autores.

[Esculápio] acreditava que as duas filhas fossem cooperar em vez de competir, mas a competitividade prevaleceu, pois se Higéia obtivesse um sucesso completo, Panacéia ficaria desempregada. E se Panacéia, como acontece no paradigma [sanitário] hegemônico, fosse a preferida, quem ouviria os vulgares conselhos de Higéia?” (Mendes, 1999, p. 239).

Trata-se, certamente, de excertos pinçados na vasta obra acadêmica desses autores e, portanto, não podem ser tomados uns pelos outros, mas podem ser indicativos de como os conhecimentos na área da saúde pública e promoção da saúde vêm sendo construídos a partir das considerações a respeito dos processos de saúde-doença, positividade-negatividade, promoção-cura.

No século XIX, encontraremos os precursores da promoção da saúde e das estratégias que atualmente é adotada. É o que indica Westphal (2006b) a respeito de Rudolf Virchow e seu estudo “sobre a Epidemia de Tifo, na Prússia, em 1847-1848, no qual inclui análises do contexto social e cultural da época e do local.” Prossegue a autora dizendo que “os resultados obtidos são clássicos na saúde pública e orientaram recomendações diferenciadas para a época relacionando saúde à democracia, educação, liberdade e prosperidade da população pobre que vivia na região estudada” (p. 637).

Compreendamos que isso representou senão uma mudança, a inclusão de nova perspectiva para o entendimento do processo saúde-doença que, desde o século II a.C., centrou-se e desenvolveu-se em torno de um paradigma biomédico, primeiro com a generalização do emprego de medicamentos e, bem mais tarde, com o desenvolvimento científico e da própria medicina.

Buss (2003), quando se refere aos antecedentes da promoção da saúde, indica que “na realidade, já era reconhecido, há muito tempo, que as melhorias na nutrição e no saneamento (aspectos relativos ao meio ambiente) e as modificações nas condutas da reprodução humana (...) foram os fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales no século XIX e na primeira metade do século XX” (p. 17).

No século XX, a promoção da saúde alcançou a condição de uma das tarefas essenciais da medicina, junto da prevenção das doenças, da recuperação dos enfermos e da reabilitação, segundo definição de Sigerist, em 1946 (Sigerist apud Buss, 2003). Em 1965, o modelo da história natural da doença de Leavell e Clark (1965) descreveu três níveis de medidas preventivas,

localizando a promoção da saúde no primeiro deles e, portanto, antes da instalação da doença no indivíduo. Essa proposição ocupa ainda presentemente um lugar de destaque entre profissionais da saúde, haja vista a recorrente discussão sobre as aproximações e distinções entre a prevenção de doenças e a promoção da saúde. (Buss, 2003; Czeresnia, 2003; Lefèvre, 2004; Ayres e col., 2006; Westphal, 2006b)

Em meados da década de 1970, as análises de Foucault a respeito do nascimento da medicina social entre os séculos XVIII e XIX problematizariam não o paradigma biomédico sobre o qual teria se baseado o desenvolvimento da medicina, mas o próprio entendimento de que esse tivesse sido o caso. No entendimento desse autor, “a medicina é uma estratégia biopolítica” e a medicina social teria sido formada por três etapas: “medicina de Estado, medicina urbana e, finalmente, medicina da força de trabalho” (Foucault, 2006, p. 80).

A primeira etapa é uma “força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver [e chega-se a isso, na Alemanha,] com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal (...)” (Ibid, p. 84).

A segunda etapa, a da medicina urbana, é uma resposta aos medos que acompanharam o crescimento das cidades no final do século XVIII, quando a classe burguesa francesa “lançou mão de um modelo de intervenção bem estabelecido mas raramente utilizado. Trata-se do modelo médico e político da quarentena” (Ibid, p. 87). Para Foucault “a higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve sobretudo na França” (Ibid, p. 89).

Na terceira etapa, o autor analisa o exemplo inglês. Segundo ele, “em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objeto de medicalização” (Ibid, p. 93); “é essencialmente na Lei dos pobres que a medicina inglesa começa a tornar-se social, na medida em que o conjunto dessa legislação comportava um controle médico do pobre” (Ibid, p. 95).

A partir da década de 1970 ganham corpo as discussões sobre promoção da saúde na perspectiva de

um questionamento do paradigma biomédico dominante, fomentadas pelo chamado Informe Lalonde - *A new perspective on the health of Canadians* -, que questionava os resultados de saúde obtidos com a priorização de esforços e investimentos no componente “assistência médica” em detrimento dos demais componentes do campo da saúde, a saber:

a “biologia humana”, o “ambiente” e o “estilo de vida”, e que movimentou todo o campo da saúde coletiva. Neste mesmo sentido transcorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978 e realizada em Alma-Ata.

Princípios norteadores da promoção da saúde em uma perspectiva crítica ao predominante paradigma biomédico de atenção à saúde ou de equacionamento do processo saúde-doença foram se definindo a partir desse encontro internacional. Segundo Westphal², destacam-se como princípios que a promoção da saúde “(1) envolve a população como um todo, no contexto de vida diário, mais do que a focalização nas pessoas em risco de ser acometido por uma doença específica; (2) é dirigida para a ação sobre os determinantes ou causalidade social, econômica, cultural, política e ambiental da saúde; (3) combina métodos e abordagens diversas, porém complementares; (4) objetiva particularmente a efetiva e concreta participação social; (5) é basicamente uma atividade do campo social e da saúde e não somente serviço de saúde (p. 289)”.

Os anos de 1980, e em particular a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa, Canadá, ofereceram um novo marco de referência da promoção da saúde para o mundo todo. A Carta de Ottawa definiu a promoção da saúde como processo de capacitação dos indivíduos e das coletividades para identificar os fatores e as condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população (Brasil, 2001).

A partir dessa conferência, definiram-se estratégias ou campos de ação, ratificadas e desenvolvidas nos encontros internacionais subsequentes, que orientam as intervenções em promoção da saúde até o presente. São elas: o desenvolvimento de habilidades

personais, o reforço da ação comunitária, a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde e a reorientação dos serviços de saúde (Brasil, 2001).

Com o conceito positivo de saúde enunciado por essa nova perspectiva toma lugar outro equacionamento dos processos de saúde-doença. Dessa forma, algo mais do que o progresso científico e tecnológico, centrado na especificidade de doenças cada vez mais raras, deveria ocupar lugar de destaque para se produzir mais saúde (Santos e Westphal, 1999).

Esse algo mais dirigiu o foco para os determinantes sociais, econômicos e políticos desses processos, conduzindo a promoção da saúde para uma preocupação com as condições de emprego, renda, moradia, educação e segurança, entre outras coisas, que facilitam ou dificultam a obtenção de graus satisfatórios de saúde e bem-estar pelas pessoas e comunidades. Nessa perspectiva, a promoção da saúde assumiu contornos mais políticos atuando em proximidade com agendas de conquista e efetivação de direitos, de reforma dos modelos de gestão e de mobilização social, razão pela qual afirmamos no início que ela poderia ser identificada a partir de diversas áreas de conhecimentos e práticas.

Chegamos à situação presente com uma discussão conceitual sobre a promoção da saúde ainda em aberto e sob diferentes perspectivas. Ao fim do período de vinte anos de desenvolvimento da promoção da saúde pós-Ottawa, permanecemos diante de uma multiplicidade na qual - e considerando apenas seus extremos - a promoção da saúde poderia significar uma promessa de mudança, por um lado, ou nada de novo, por outro, ou seja, encontramos experiências e análises que abordam com maior destaque ora os processos educativos (Pelicioni, 2006), ora a produção e difusão da “melhor” e mais “clara” informação, ora o empoderamento de indivíduos e comunidades (Lefèvre e Lefèvre, 2004), ora a participação popular e a conquista da autonomia dos atores sociais (Bydlowski e col., 2004); encontramos, ainda, a crítica à parte da produção teórica sobre a promoção, tida por ingênua (Lefèvre, 2004).

Segundo Czeresnia (2003), por exemplo, uma tematização da diferença entre os conceitos de pre-

² WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e a qualidade de vida. In: *Disciplina FSP5701 - Saúde pública: campo de conhecimento e aplicações*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, GT-CPG, 2006a.

venção e promoção de saúde remete a discussão para as relações estabelecidas entre as práticas e os conhecimentos científicos, chamando atenção para a importância de se reconhecer os limites destes últimos. Para a autora, o “que diferencia promoção de prevenção é justamente a consciência de que a incerteza do conhecimento científico não é simples limitação técnica passível de sucessivas superações” (p. 48). Com essa argumentação de natureza epistemológica, a autora conduz o atual debate da promoção da saúde para o campo da racionalidade científica e das “questões que a modernidade e o pensamento iluminista sufocaram” (Ibid, p.44) - e a medicina como arte seria um exemplo disso.

Para Czeresnia “promover saúde envolve escolha e isso não é da esfera do conhecimento verdadeiro, mas do valor. Vincula-se a processos que não se expressam por conceitos precisos e facilmente medidos” (Ibid, p. 49). Segundo ela, trataria-se de buscar a “renovação de velhas filosofias que foram esquecidas e marginalizadas pela crença desmedida na razão e no poder de controle e domínio do homem” (Ibid, p. 44).

O argumento principal parece ser que sem vincular essa discussão sobre a promoção da saúde a questões da contemporaneidade, e entre elas a crise do paradigma clássico da modernidade, não lograremos nem perceber nem promover diferenças e mudanças nos discursos e nas práticas efetivas.

Lefèvre (2004) também vê na promoção da saúde uma possibilidade de ruptura de paradigma no campo da saúde. Segundo o autor, a novidade da promoção da saúde “consiste na recuperação (em novas bases, levando em conta a realidade objetiva da sociedade globalizada e informatizada e as aquisições teóricas da chamada pós-modernidade) (...) [da utopia da saúde pública] que perdeu-se, progressivamente, no mundo contemporâneo, em decorrência das características estruturais deste mesmo mundo, de uma medicina e uma Saúde Pública de base tecnológica, alicerçadas ambas numa visão estreitamente biomédica da doença (...) (p. 31)”.

Ainda que também reconheça a importância de contextualizar a discussão sobre a promoção da saúde a uma problemática da contemporaneidade, o argumento do autor foca, sobretudo, o conceito positivo de saúde, criticando-o, pelo que ele pode trazer de consequências indesejáveis. Na opinião do autor, “soa (muito) estranho entender que para obter saúde é preciso,

‘positivamente’ deslocar a arena de luta para o plano da sociedade global (espaço indiferenciado de poder que reúne todos os setores: habitação, trabalho, meio ambiente etc.) deixando para o ‘setor saúde’ (a ser posteriormente rebatizado de ‘setor doença’) a responsabilidade pela doença” (Ibid., p. 30).

Retomando Czeresnia (2003), que também problematiza a conceituação positiva de saúde e que, apesar de entender que a “relação entre intersectorialidade e especificidade é, não obstante, um campo problemático e deve ser tratado com cuidado (...)” (p. 46), amplia o argumento para além dos limites de competência dos setores. Como considera a autora, “promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações no âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e a autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas” (Ibid, p. 46).

Entendemos o argumento como uma ampliação, pois ao tratar da singularidade e autonomia dos sujeitos, pluraliza-os para além dos setores entendidos como tais, incluindo mais atores que devem ser considerados quando se pretende promover a saúde.

Nosso objetivo, neste texto, não é discutir essa diversidade de abordagens, suas fortalezas e fraquezas, seus pontos de convergências e de divergências, mas, tomar essa pluralidade como dado significativo e prosseguir com ela.

Essa multiplicidade poderia ser explicada pela juventude da promoção da saúde, mas devemos considerar também que o contexto no qual ela experimenta esse desenvolvimento é caracterizado por um período de transformações sociais, econômicas, políticas e culturais, que têm ocorrido em torno dos temas da globalização, pós-modernidade ou, como preferimos chamar, contemporaneidade.

Há nesse período uma significativa mudança dos quadros mentais que, segundo Maffesoli, correspondem a um “espírito do tempo, ou uma espécie de ambiência que se mostra nos modos de pensar, de organizar, de sentir, uma *épisteme*, no sentido usado por Foucault, ou um paradigma que vigora, no sentido proposto por Khun. Esse ‘espírito do tempo’ pós-moderno (ou oposto ao moderno) nós encontramos um pouco em toda parte” (Rouanet e Maffesoli, 1994, p. 26).

Por diversas razões, sejam elas vinculadas ao aumento de riscos, ao crescimento das incertezas ou à

irrealização de promessas, o que parece suspeito é o próprio projeto da modernidade.

Projeto da Modernidade

Acreditamos que não seja necessário muito esforço para se deparar com a crise do projeto da modernidade, pois a literatura acadêmica vem trabalhando há algum tempo esse tema, em diferentes perspectivas. São exemplos disso a discussão sobre o desenvolvimento científico, as racionalidades (Bachelard, 1974), o lugar que historicamente vem ocupando as noções de determinação e/ou autonomia da ação humana (Castoriadis, 2000; Santos, 2000) ou, ainda, o texto publicado pela primeira vez em 1958, no qual Arendt (1995) se perguntava sobre “o que estamos fazendo” relacionando isso ao mundo moderno e ao domínio da “fabricação”.

Apesar do apelo de Santos (2005) para que passemos a uma polarização entre pós-moderno e pós-moderno de oposição, a crítica ao projeto da modernidade ainda não parece esgotada, não porque pouco se tenha investido nisso, mas, talvez, porque o “moderno” parece persistir. Preferimos, nesse caso, as considerações de Weyrauch e Vincenzi (1994) a respeito das mudanças nas idéias e nos costumes dos períodos históricos. Segundo as autoras “sempre se procura por uma unidade, mas ela é muito imperfeita. Se a unidade fosse absoluta, como pretenderam alguns estruturalistas e funcionalistas, os períodos repousariam uns ao lado dos outros como blocos de pedra (...). Sabemos que são comuns as sobrevivências de esquemas de pensamentos e ações do passado no presente (...). Por isso, em qualquer sociedade contemporânea, poderemos encontrar idéias e costumes pré-modernos, modernos e pós-modernos (se assim forem designados) (p. 14)”.

Certamente, existem diferentes formas de se abordar a problemática da modernidade *versus* a pós-modernidade (Vattimo, 1992; Bauman, 1999, 2000, 2003, 2005; Hall, 2005; Maffesoli, 1997, 1998; Santos, 2000, 2005; Castells 1999).

A bibliografia que trata do assunto tem apresentado pares de noções, idéias ou valores que poderiam ser considerados indicadores para uma distinção entre moderno e pós-moderno. Entre eles: o mundo racional e o reencantamento do mundo; o mito de Prometeu e o mito de Dioniso; o engajamento político e a apatia; o útil e o lúdico; a certeza e a incerteza; o controle e a

impotência; verdade e verdades; cultura e culturas; história e histórias; liberdade, igualdade e fraternidade, por um lado, e liberdade, diversidade e solidariedade, por outro; dominar a natureza e amar a natureza; dominação e exclusão; futuro e presente; progresso e *carpe diem*; classes e tribos; identidade e identificações; a contenção e o espetáculo; modelo keynesiano e capitalismo informacional; industrialismo e globalização.

Diante dos problemas que essas contraposições apresentam não se trataria de fazer nem uma apologia da situação presente tampouco reduzir seus significados. Nossa escolha é tomar a discussão sobre modernidade e contemporaneidade, termo que no nosso entendimento reuniria diferentes perspectivas utilizadas pelos autores na abordagem do tema, como uma expressão de mudanças significativas nos quadros mentais das culturas do ocidente; como forma de examinar criticamente as bases sobre as quais ancoramos nossas produções de conhecimento e nossas intervenções na vida social.

Em uma perspectiva trazida por Castoriadis, estariam em crise grupos de postulados teóricos e práticos - do casamento incestuoso entre o racionalismo ocidental e a expansão da burguesia - tais como: a onipotência virtual da técnica; a ilusão assintótica relativa ao conhecimento científico; a racionalidade dos mecanismos econômicos; e, homem e sociedade naturalmente destinados ao progresso e manipuláveis de diversas maneiras para chegarem a esse ponto. Ao examinar essa crise, Castoriadis indica que as instituições que encarnam essas significações sofrem abalos que se devem essencialmente à luta dos homens que vivem dentro do sistema contra esse mesmo sistema, que resulta na redução da aceitação social dessas significações (Castoriadis, 1987).

Bauman também reflete sobre a crise contemporânea. Segundo esse autor, “o que hoje chamamos ‘crise’ não é apenas a situação em que se chocam forças de natureza conflitante - o futuro está no equilíbrio e a vida está a ponto de adquirir um formato novo mas imprevisível - mas antes e acima de tudo um estado no qual *provavelmente nenhum formato emergente se consolida e dura muito tempo*. [Sobre a novidade da situação, diz o autor que] talvez tenha sido sempre assim ou talvez tenha sido assim por longo tempo. Mas se era assim no tempo de nossos avós, com certeza eles não sabiam disso (...) sua ignorância era um

privilégio” (Bauman, 2000, p. 147-149). Bauman refere-se a uma vitória da incerteza sobre o sonho moderno, que hoje entende como irrealizável, de tudo superar com mais conhecimento e técnica.

Ainda tratando dessa nova ambiência da contemporaneidade poderíamos acrescentar as considerações de Guattari: “uma ecosofia de um tipo novo, ao mesmo tempo fática e especulativa, ético-política e estética, deve a meu ver substituir as antigas formas de engajamento religioso, político, associativo. Ela não será nem uma disciplina de recolhimento da interioridade, nem renovação das antigas formas de ‘militantismo’. Tratar-se-á antes de um movimento de múltiplas partes dando lugar a instâncias e dispositivos ao mesmo tempo analíticos e produtores de subjetividade”. Prossegue Guattari indicando que “é exatamente na articulação: da subjetividade em estado nascente, do *socius* em estado mutante, do meio ambiente no ponto em que pode ser reinventado, que estará em jogo a saída das crises maiores da nossa época” (Guattari, 1990, p. 54).

Mesmo que em diferentes perspectivas, essas referências apontam uma leitura da situação contemporânea da qual o que parece sobressair é um denso substrato de indeterminação. E se é mesmo esse o contexto no qual se desenvolve a área da promoção da saúde, com suas características atuais como já consideramos no início, caberia explorar como ela se identifica (ou não) com o que aparenta ser uma ruptura nos modos de conhecer.

Essa ruptura atinge uma série de conceitos com os quais trabalha a promoção da saúde. Encontramos exemplos disso em Bauman (2003), na discussão sobre o conceito de comunidade, ou em Bauman (2005) e sua discussão sobre o conceito de identidade, que também é trabalhado por Hall (2005), ou ainda, em Vattimo (1992), na discussão sobre o conceito de emancipação e de história, todas relacionadas à pós-modernidade.

Nosso argumento volta-se para o entendimento de que essa situação contemporânea resulta de uma dinâmica social da qual a promoção da saúde é parte e expressão. Entende-se que existem arenas de disputas e que o espaço que a promoção da saúde pode ocupar não está vago. Nosso foco é nesse momento a discussão epistemológica. Assim, nossa preocupação é considerar a dinâmica social e como abordá-la para melhor compreender o alcance e os resultados da promoção da saúde.

Tomamos a dinâmica social - que entendemos como o modo pelo qual a sociedade se produz e reproduz, ou seja, essa dinâmica contém ou expressa elementos de organização, estrutura, funcionamento e interações entre indivíduos, grupos, organizações, instituições e, de modo mais abrangente, a própria cultura ou culturas de uma dada sociedade - como as tentativas de equacionamento do binômio determinação/autonomia, sendo que os conceitos que formam esse binômio parecem sensíveis à ruptura nos modos de conhecer a que nos referimos.

Dinâmica Social: determinação/ autonomia

Para Prigogine (1996) “a questão (...) do determinismo não se limita às ciências, mas está no centro do pensamento ocidental desde a origem do que chamamos de racionalidade e que situamos na época pré-socrática. Como conceber a criatividade humana ou como pensar a ética num mundo determinista? Esta questão traz uma tensão profunda no interior de nossa tradição, que se pretende, ao mesmo tempo, promotora de um saber objetivo e afirmação do ideal humanista de responsabilidade e de liberdade (p. 14)”.

Como sabemos, há um longo intervalo de tempo entre a origem dessa questão e a reflexão de Prigogine, ocupado primeiramente, e por um longo período, pela palavra de Deus e, posteriormente, por uma razão libertadora do homem. Essa última, não obstante livrasse o homem dos desígnios divinos, avançou na direção de descobrir leis gerais, primeiro, as da natureza, mas também, as da sociedade e, ao fazê-lo, acabou retirando de cada um sua possibilidade de criação, redundando em imobilização.

Para esse autor, premiado pelo Nobel de química, representante e partícipe de um processo de desenvolvimento científico que ultra-racionalizou o pensamento, parece ser mais simples ou fácil afirmar que “sem dúvida, estamos muito longe da realização destes dois ideais [o da inteligibilidade da natureza e o da democracia baseada no pressuposto da liberdade humana, da criatividade e da responsabilidade], mas pelo menos podemos doravante concluir que eles não são contraditórios” (Prigogine, 1996, p. 24). Para este autor, isso significa que é preciso dar “lugar às leis, mas também à novidade e à criatividade” (Ibid, p. 24).

Entretanto, não haveria como desconsiderar as marcas que a razão libertadora dos homens deixou no desenvolvimento das ciências sociais e da saúde - com o Positivismo, o Funcionalismo e o Estruturalismo em seus variados matizes -, em que os indivíduos aparecem sempre condicionados seja às leis seja às estruturas das quais tomam parte. Segundo Castoriadis (1987), “a fixação da corrente dominante da filosofia pela determinidade e pelo determinado traduz-se no fato de que, mesmo quando se reconhece um lugar ao indeterminado, ao *apeiron*, este é apresentado como hierarquicamente ‘inferior’: aquilo que realmente existe é o que é determinado, e o que não é determinado não é, ou é menos, ou tem uma qualidade inferior de ser” (p. 401).

Castoriadis atribui isso a “uma *decisão ontológica* (...) [na qual] o racionalismo integral, o idealismo absoluto ou o reducionismo mecanicista-materialista não passam de distintas formas dessa atitude” (Ibid, p. 401) e, completa: “essa decisão propriamente metafísica - ser a” ser determinado - continua a ocupar lugar central na ciência contemporânea, apesar dos abalos que vem sofrendo nos últimos sessenta anos dada a própria evolução dessa ciência”. (Ibid, p. 402)

O caminho que esse autor percorre para problematizar o apego à noção da determinação, passa pela discussão a respeito da lógica que denomina conjuntista-identitária. Diz ele que essa lógica é imanente à própria linguagem e à experiência do vivente, seja porque “o vivente cria *para si* sua própria universalidade e sua própria ordem, [seja pela] necessidade funcional-instrumental da instituição social, em todos os domínios: o determinado e o necessário são imprescindíveis para o funcionamento de toda e qualquer sociedade” (Castoriadis, 1987, p. 415-416). De acordo com o autor, o desafio é ultrapassar essa lógica, pois ela é necessária, mas não é tudo³.

Para ultrapassar essa lógica e afirmar que “a sociedade não pode ser reduzida a determinações racionais-funcionais quaisquer que sejam” (Castoriadis, p. 395) Castoriadis lançou a tese de que “a não determinação do que existe não é simples ‘indeterminação’ (...), é criação, a saber, emergência de determinações *diferentes* (...); nenhum estado do ser pode ser tal que

venha a tornar impossível a emergência de determinações *diferentes* das que já existem” (Ibid, p. 417).

Toma lugar, assim, a criatividade e a possibilidade de mudança - e não apenas da lógica empregada -, pois segundo Castoriadis “se a lógica conjuntista-identitária esgotasse por completo tudo o que existe, não poderia jamais haver qualquer tipo de ‘ruptura’, mas tampouco autonomia” (Ibid, p. 421), lembrando que esse autor reconhece como rupturas a Grécia antiga e Europa ocidental no século XVIII, quando os homens questionaram suas instituições.

Para reforçar a importância do elemento criatividade nessa discussão sobre determinação e autonomia, trazemos as considerações de Santos (2000) a respeito do “segundo princípio para a reinvenção da deliberação democrática”, quando recorreu ao conceito de *clinamen* que “é a capacidade de desvio atribuída por Epicuro aos átomos de Demócrito, um *quantum* inexplicável que perturba as relações de causa e efeito. O *clinamen* investe os átomos de criatividade e de movimento espontâneo. O conhecimento como emancipação é um conhecimento que se traduz em ações-com-*clinamen*” (p. 110).

Voltando a Castoriadis, mas em texto anterior, pode-se ler que o social contém também o não causal, sendo que esse não-causal aparece em diferentes níveis e, para o autor, interessa quando ele aparece “como comportamento não simplesmente ‘imprevisível’, mas *criador* (dos indivíduos, dos grupos, das classes ou das sociedades inteiras); não como simples desvio relativo a um tipo existente, mas como *posição* de um novo tipo de comportamento, como *instituição* de uma nova regra social, como *invenção* de um novo objeto ou de uma forma nova (...)” (Castoriadis, 2000, p. 58)

O caminho, pois, através do qual este autor diz ultrapassar o domínio puramente conjuntista-identitário é aquele no qual o social é determinação e, ao mesmo tempo, não determinação; é um lugar para a reprodução que se faz também com nova produção. Assim é que, para Castoriadis (2000), “a história é impossível e inconcebível fora da *imaginação produtiva* ou *criadora*, do que nós chamamos o *imaginário radical* tal como se manifesta ao mesmo tempo e indissolúvel-

3 Os operadores dessa lógica a que se refere o autor são, de certa forma ou em parte, o contraponto daquilo que Morin (2002) chama de avenidas que conduzem ao desafio da complexidade.

mente no *fazer* histórico, e na constituição, antes de qualquer racionalidade explícita, de um universo de *significações*” (p. 176).

A dinâmica social corresponderia, então, a arranjos desses elementos determinados, não determinados, das práticas e das significações que Castoriadis define como social-histórico, a saber, “o coletivo anônimo, o humano-impessoal que preenche toda formação social dada, mas também a engloba, que insere cada sociedade entre as outras e as inscreve todas numa continuidade, onde de uma certa maneira estão presentes os que não existem mais, os que estão alhures e mesmo os que estão por nascer. É por um lado, estruturas dadas, instituições e obras ‘materializadas’, sejam elas materiais ou não; e por outro lado, *o que* estrutura, institui, materializa. Em uma palavra, é a união e a tensão da sociedade instituinte e da sociedade instituída, da história feita e da história se fazendo (Ibid, p. 131)”⁴.

A esse respeito, diz Maffesoli que “o instituído não é nada sem o instituinte; o poder deve tudo à potência que lhe serve de suporte. Existem momentos em que a *potência subterrânea* explicita sua força e sacode tudo no seu caminho. Trata-se de onda violenta que pode ter modulações bastante diferentes de acordo como os lugares: explosões brutais, indiferença política, reserva astuciosa, reivindicações étnicas, tribalização excessiva (...)” (Maffesoli, 1997, p. 21).

A questão que colocamos em discussão é que esse entendimento da dinâmica social abre o caminho para refletirmos, em outra perspectiva, sobre a promoção da saúde, seu significado e os resultados que pode oferecer. De que lado ela está e onde permanecerá no jogo aberto entre esses elementos, o que, no nosso entendimento, trata-se de avaliar, já que temos de considerar que a união e a tensão entre a sociedade instituída e a sociedade instituinte é dada por um circuito entre esses dois termos, em que as irrupções instituintes são transformadas em instituições que se cristalizam, ponto a partir do qual o social instituinte se afasta (Lourau, 1975).

Considerações Finais

Consideramos que há uma pluralidade de reflexões sobre a promoção da saúde, que se deve, em parte, à sua juventude, já que tomamos como referência a forma que ela vem assumindo da segunda metade do século XX aos dias atuais, sendo significativas as mudanças pelas quais passou nas décadas de 1970 e de 1980. Consideramos também que essa forma atual é resultado e expressão de uma mudança nos quadros mentais do ocidente, perceptível a partir da crise do projeto da modernidade e do paradigma científico dominantes, situação de disputa de projetos que alimenta também a pluralidade de reflexões.

Consideramos que esta é uma oportunidade de incluir nas reflexões uma discussão sobre a dinâmica social e sobre como abordá-la para melhor compreender o alcance e os resultados que a promoção da saúde pode oferecer. Partimos do entendimento de que essa dinâmica traduz os esforços de equacionamento do binômio determinação/autonomia, para construirmos, a partir das análises de Castoriadis, a leitura dessa dinâmica social como a união e a tensão entre os elementos instituídos e instituintes da vida social

Ponderamos que jovem e impulsionada pela turbulência da situação contemporânea, a promoção da saúde poderia ser considerada uma expressão do elemento instituinte, na perspectiva aqui apresentada, uma vez que suas referências teóricas e axiológicas a impulsionam a exigir que as instituições “falem” de maneiras diferentes e ao questionamento dos paradigmas hegemônicos⁵.

A interdisciplinaridade, sobre a qual se funda, seria um exemplo disso, diante da desagregação de saberes e da superespecialização características da condição moderna. Seu apego à diversidade e o espaço que mantém abertas às subjetividades seriam uma resposta ao projeto modernizador e predatório do ocidente. Sua advocacia por elevar a saúde à condição de um imperativo ético seria o questionamento da lógica economicista e de seus resultados deletérios.

4 Poderíamos chegar novamente a esse ponto de uma dinâmica social que resulta da imbricação entre o instituído e o instituinte, também, ao partirmos das considerações de Castoriadis (2000, pp.122-133) a respeito da autonomia e heteronomia.

5 Vale acrescentar que consideramos a existência simultânea de outros elementos, tais como os chamados “novos movimentos sociais” e em particular o movimento ambientalista.

O que a promoção da saúde pode efetivamente alcançar permanece, evidentemente, em aberto. Na perspectiva aqui apresentada, não há uma linearidade que levaria inexoravelmente ao novo, não há um resultado final determinado ao qual chegaríamos certamente se fizéssemos o “bom” uso das ferramentas e estratégias disponíveis.

O espaço que a promoção da saúde pretende ocupar, como já dissemos, não está nem vago e nem reservado. A tensão entre o instituído e o instituinte pode facilmente levar à “vitória final da burocracia, lentidão da organização e derrota permanente da espontaneidade (Lourau, 1975, p. 90)”. Há sempre que se considerar a existência de uma “operação”, também das instituições, de perceber como perigo mortal os ataques a seus sistemas de interpretação, percebendo-os como ataques contra sua identidade. (Castoriadis, 1987).

Antes de concluirmos algo sobre o que poderíamos esperar do papel desempenhado pela promoção da saúde, partindo da perspectiva adotada, reproduzimos um questionamento que faz Bauman: “por que é importante saber isso? Alguma coisa mudaria para melhor se tivéssemos esse conhecimento? Absolutamente não há certeza disso. Uma percepção do que faz as coisas serem o que são pode nos dispor a jogar a toalha ou nos instigar à ação. Saber como funcionam os complexos mecanismos sociais não imediatamente visíveis que moldam nossa condição corta claramente nas duas direções” (Bauman, 2000, p. 10).

Ao contrário do que possa parecer, trazemos à tona a indeterminação do processo de que toma parte a promoção da saúde, não para revelar a sua fraqueza, mas para enaltecer a sua potência na construção da história da saúde pública. Tem cabido à promoção da saúde - e segundo cremos, ainda deve ser mais bem explorado - o papel de “desconstrução” da falaciosa institucionalização positiva, da negatividade do presenteísmo e da eficiência baseada na relação custo-benefícios.

Ajustando o foco sobre a promoção da saúde, nessa perspectiva, podemos retomar a questão apresentada no início deste texto, voltada para os resultados que ela vem oferecendo e os seus significados. Apesar de entendermos que a promoção da saúde deva continuar a busca pelo desenvolvimento de ações cada vez mais efetivas, acreditamos que ela só possa fazê-lo sem abdicar da possibilidade de manter-se próxima

da energia social livre e em ebulição, que caracteriza o elemento instituinte de uma produção histórica.

Referências

- ARENDE, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 375-417.
- BACHELARD, G. *A filosofia do não*. São Paulo: Abril, 1974. (Os Pensadores, 38).
- BAUMAN, Z. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- BAUMAN, Z. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- BAUMAN, Z. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- BAUMAN, Z. *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BYDŁOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.
- BRANDÃO, J. S. *Dicionário mítico-etimológico da mitologia grega*. Petrópolis: Vozes, 2000. v. 1.
- BRANDÃO, J. S. *Mitologia grega*. Petrópolis: Vozes, 2002. v. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México*. Brasília, DF, 2001.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
- CASTELLS, M. A era da informação: economia, sociedade e cultura. In: _____. *O poder da identidade*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 2.

- CASTORIADIS, C. *As encruzilhadas do labirinto/2: os domínios do homem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2006.
- GREEN, L. W.; ANDERSON, C. L. *Community health*. St. Louis: Mosby College, 1986.
- GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1990.
- HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York: Macgraw Hill, 1965.
- LEFEVRE, F. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Saúde, empoderamento e triangulação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 32-38, maio/ago. 2004.
- LOURAU, R. *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.
- MAFFESOLI, M. *A transfiguração do político: a tribalização do mundo*. Porto Alegre: Sulina, 1997.
- MAFFESOLI, M. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F.; TOLEDO, R. F. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. In: ROCHA, A. A.; CÉSAR, C. L. G. (Org.). *Saúde pública*. São Paulo. Ateneu, 2007. No prelo.
- PRIGOGINE, I. *O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996.
- ROUANET, S. P.; MAFFESOLI, M. *Moderno x pós-moderno*. Rio de Janeiro: UERJ, Departamento Cultural: SR3, 1994.
- SANTOS, B. S. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. (Org.). *Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 83-129.
- SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2005.
- SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.
- VATTIMO, G. *A sociedade transparente*. Lisboa: Relógio D'Água, 1992.
- WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.
- WEYRAUCH, C. S.; VINCENZI, L. B. Introdução. In: ROUANET, S. P.; MAFFESOLI, M. *Moderno x pós-moderno*. Rio de Janeiro: UERJ, Departamento Cultural: SR3, 1994. p. 9-17.

Recebido em: 15/02/2007

Reapresentado em: 10/08/2007

Aprovado em: 16/10/2007