

## Capítulo 1

# PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO PRÁXIS DE AUTONOMIA E DE MUDANÇA

---

Elza Machado de Melo

## Introdução

O tema deste livro é a promoção de saúde, abordagem que, em qualquer uma das suas múltiplas formulações, implica a crítica do modelo biomédico e sua ampliação por meio da inclusão de elementos sociais – relativos ao modo de vida e trabalho dos indivíduos e grupos, elementos organizados, é verdade, em diferentes configurações – na explicação/ produção de saúde e de doença<sup>1-3</sup>. A concepção aqui adotada se inspira na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, pois, com ela, garante-se que a dimensão social vinculada à promoção de saúde seja tomada com a devida relevância, tenha potencial transformador e, mais importante ainda, preserve a característica de *práxis* emancipatória<sup>4,5</sup>.

Habermas concebe a sociedade como mundo da vida e sistema, o primeiro sendo o âmbito das ações orientadas pelo entendimento, o agir comunicativo, interação mediada pela linguagem, na qual os sujeitos harmonizam seus interesses e planos de ação e, de forma concertada e cooperativa, agem no mundo e, ao agirem assim, dessa forma coletiva, produzem integração social. O sistema, por sua vez, é o âmbito que se abre, dentro do mundo da vida, com o desenvolvimento das ações orientadas pelo êxito. E ao se constituir a partir do agregado de efeitos dessas ações, coloca-se acima e

fora do alcance de todos, de modo que sua regulação, não mais vinculada aos sujeitos, passa a ser garantida por mecanismos de controle autorregulados. Esses mecanismos são capazes de atender aos imperativos sistêmicos de equilíbrio autoproduzido e sobrevivência, utilizando, para tanto, dois meios, o dinheiro e o poder.

O mundo da vida é constituído pela vida sociocultural, composta pela esfera pública e pela esfera privada, que guardam relação entre si e se complementam. O sistema é constituído por economia e Estado. Nas sociedades de capitalismo tardio, os imperativos sistêmicos operados pelo dinheiro e pelo poder invadem o mundo da vida e substituem os processos interativos mediados pela linguagem, produzindo a colonização do mundo da vida pelo sistema<sup>6,7</sup>. Um dos modos por meio dos quais o sistema submete o mundo da vida seria exatamente aquele analisado, de modo genial, por Marx, na sua teoria de valor, em que se descortina o controle da práxis vital dos trabalhadores pelos imperativos econômicos do sistema capitalista<sup>6</sup>. De fato, nessa análise, Marx explica, de maneira inequívoca, a transformação do trabalho, anunciado como *práxis* criadora, constitutiva do homem e da sociedade<sup>8</sup>, em *práxis* alienante, produtora de exploração, subordinação, degradação humana e ambiental.<sup>9</sup> Tal transformação tem lugar no processo de produção da mercadoria em que o trabalho concreto assume a aparência de trabalho abstrato passível de se alienar, ele próprio, como mercadoria; o valor de uso assume a forma de valor de troca ou apenas valor e as mercadorias ganham vida na relação abstrata com o equivalente: fetiche da mercadoria, sustentado no duplo caráter que ela possui<sup>9</sup>.

Além desse modo de submissão do mundo da vida, descrito por Marx, Habermas acrescenta três outros; ainda na relação com o sistema econômico, há de se incluir também o consumidor, cujas necessidades e valores de uso sofrem o mesmo processo de abstração da força de trabalho e se transformam em *inputs*, único meio de relação com o sistema. Os dois outros modos de colonização relacionam-se ao sistema político. Nessa lógica do poder e da dominação, ainda restam dois papéis: o cidadão – cujas preferências são transformadas em modos de produção de lealdade e fidelidade das massas, portanto, cidadão que nasce, nas democracias ocidentais, e desde logo cidadão neutralizado – e o cliente do Estado e seus benefícios.

Essas lógicas expressas por monetarização e burocratização provocam, na esfera privada, a disseminação do individualismo possessivo, da competição, da lógica da produtividade, neutralizando, conseqüentemente, a força socialmente explosiva das contradições do mundo do trabalho. Na esfera pública, provocam a perda dos processos de formação da opinião e da vontade coletiva. Portanto, a capacidade de os cidadãos participarem da tomada de decisão e de formulação de políticas públicas. Ademais, com a colonização, fica comprometida também a reprodução simbólica do mundo da vida – reprodução/renovação do saber cultural; integração social e socialização dos sujeitos – uma vez que os meios sistêmicos não se prestam a esses papéis<sup>6</sup>,

surgindo, então, as doenças sistemicamente induzidas, a saber, perda de sentido, anomia, psicopatologias e alienações, com todas as suas consequências<sup>6,7,10</sup>.

Ora, a superação desse quadro de exploração e injustiça, dominação e controle passaria exatamente pela recuperação dos elementos corrompidos nesse processo que, em geral, podem ser agrupados em três grandes dimensões: trabalho, ambiente, cidadania, não por acaso, as mesmas que se constituem como pilares da promoção de saúde<sup>11-17</sup>. E como a raiz da deterioração se encontra na perda dos processos interativos mediados pela linguagem, nada mais lógico do que propor a retomada desse processo, para a consequente descompressão do mundo da vida. Convém então retomar a ação comunicativa e o modelo de democracia e de direito que ela engendra.

## Ação Comunicativa, Democracia e Direito

A ação comunicativa, como já foi dito, refere-se a uma interação mediada pela linguagem, na qual os atores se entendem uns com os outros para coordenar suas ações. Em outras palavras, é interação que tem como mecanismo coordenador da ação o entendimento linguístico. Só “neste caso e apenas nele, tem-se a ação comunicativa”<sup>18</sup>.  
p.18. O entendimento linguístico é acordo racional entre sujeitos ou o processo racional de obtenção desse acordo, mediado pela linguagem no seu uso comunicativo cotidiano, a fala. O que está em jogo nesse acordo é exclusivamente a força das razões apresentadas, portanto, o argumento, e, exatamente por isso, por não envolver alguma outra coerção, a relação que se estabelece é de intersubjetividade – todos os atores envolvidos se reconhecem reciprocamente como sujeitos. Trata-se, portanto, de uma relação entre sujeitos, isenta de violência. É por meio do entendimento linguístico que atores envolvidos numa interação integram seus interesses e planos de ação: “as atividades orientadas para um fim, dos participantes da interação, estão jungidas umas às outras através do meio que é a linguagem”<sup>19</sup>.p.2. Claro está, então, que sem o entendimento a ação não se realiza ou então ela deixa de ser ação comunicativa e passa a ser ação estratégica.

À diferença da ação comunicativa, na ação estratégica, cada ator procura atingir seu interesse e, em vez de procurar se entender com os outros atores para organizar uma ação cooperativa, ele os toma como variáveis a serem consideradas nos seus respectivos cálculos, e sobre elas age, instrumental ou estrategicamente, utilizando os meios disponíveis para atingir o fim desejado, quaisquer que sejam. Reproduzem, portanto, entre si, a relação que se dá entre sujeito e objeto. Por isso, esse tipo de ação comporta sempre um ingrediente de coerção, de violência<sup>6</sup>. Como se vê, ação comunicativa e ação estratégica são radicalmente distintas uma da outra. A primeira se orienta pelo entendimento, a segunda pelo êxito; incorporam racionalidades diferentes: a ação estratégica envolve a racionalidade instrumental, dada pela adequação entre meios e fins; a ação comunicativa, ao contrário, incorpora a racionalidade comunicativa, sub-

jacente ao entendimento linguístico, que envolve a expectativa recíproca de reconhecimento, segundo a qual todos os envolvidos se atribuem reciprocamente razões para dizerem o que dizem e fazerem o que fazem e, se necessário for, são, aos olhos de todos, capazes de apresentá-las e com elas fundamentar seus pontos de vista, suas preferências, seus interesses, sua vontade<sup>6</sup>.

Um das críticas mais frequentes feitas a Habermas relaciona-se ao fato de que as ações estratégicas podem vir, elas também, mediadas pela linguagem. No entanto, para que a linguagem tenha efeito estratégico, é necessário primeiro que o entendimento seja produzido, que o ouvinte entenda e concorde com o que foi dito. O uso originário da linguagem destina-se, portanto, ao entendimento. Como diz Habermas, “o entendimento é imanente, como *telos*, à linguagem humana”<sup>6,p.?</sup>. Seu uso estratégico é derivativo e parasitário, implica ocultamento de fins ou reservas adotadas por participantes da interação (pelo menos por um deles), que agem de forma a enganar os demais e não podem, por isso, explicitar seu real objetivo, pois sua estratégia se desmoronaria. Na ação comunicativa, por seu turno, os participantes sempre “buscam, *sem reserva alguma*” o entendimento<sup>6</sup>.

O conceito de ação comunicativa envolve também a sua forma reflexiva, o discurso, forma rigorosa e exigente de comunicação que tem lugar quando, havendo questionamentos profundos nas falas dos participantes e não se podendo chegar ao entendimento, a interação é interrompida. Permanece, assim, apenas e exclusivamente, a argumentação, aberta a todos e em condições de igualdade. E com a garantia de que, enquanto houver discordância, a discussão persistirá e de que só valerá a força do melhor argumento. O discurso remete a uma situação ideal em que todos são igualmente iguais e livres – é comunicação pura –, mas seus pressupostos são necessariamente operantes em qualquer discurso real, de maneira contrafactual, ou seja, ninguém permanece numa argumentação caso não acredite que seu argumento seja ouvido ou tenha o mesmo peso dos demais<sup>20</sup>. Além disso, a recusa sobre a possibilidade do discurso remeterá, irremediavelmente, ao que Habermas chama de contradição performativa, isto é, a utilização do discurso para negar o discurso<sup>20</sup>.

Tal processo de argumentação se inicia aqui e agora, na prática comunicativa cotidiana, mas pode prosseguir, superar o contexto, ganhar fronteiras, abrir-se a todos os envolvidos e atingir universalidade<sup>20-22</sup>. Ação comunicativa e discurso se assentam sobre a mesma base, que é o entendimento linguístico, a argumentação que gera, dentro do contexto, interação; fora dele e livre dos constrangimentos da ação, constrói teorias, no caso do discurso teórico; forma racionalmente opinião e vontade coletiva, no caso do discurso prático<sup>18</sup>. O discurso, na sua relação dialética com a ação comunicativa, é o único lugar da vontade racional, pois reúne autonomia e universalização; articula micro e macros espaços. Nesse processo de argumentação próprio do entendimento lingüís-

tico, que começa aqui e agora e se abre para chegar até o universal, é que se realiza a *práxis* de autonomia, capaz de descomprimir o mundo da vida. No dizer de Habermas, “[...] o mundo da vida se abre, sempre que pelo menos dois sujeitos se encontram e se dispõem a agir cooperativamente”<sup>18,p.7</sup>. Em outras palavras, o conceito de autonomia que se utiliza aqui se refere à liberdade individual inserida, *sempre e necessariamente*, na dimensão social, trazendo de forma inerente uma perspectiva universalizante.

Ação comunicativa e discurso constituem a base da teoria de direito e democracia proposta por Habermas, tendo por ponto de partida o princípio do discurso, segundo o qual “[...] só podem reclamar validade as normas que encontrem (ou possam encontrar) o assentimento de todos os concernidos enquanto participantes de um discurso prático”<sup>20,p.116</sup> que, como princípio moral, se entrelaça ao direito<sup>4</sup>. E dessa forma, pela institucionalização dos processos discursivos de formação da opinião e vontade coletiva, gera, de modo circular, direito legítimo e princípio da democracia<sup>18</sup>. Esse processo circular de construção de direito e democracia gera poder comunicativo e constitui a única forma existente de produção de poder. Logo, não havendo outra fonte possível, é o próprio poder comunicativo gerado nas entranhas da democracia que se converte em poder administrativo, por meio do qual o Estado exerce sua dominação, nascendo daí a permanente tensão entre o modo como é exercido na prática e o modo como o deveria ser, dada a sua gênese democrática<sup>18</sup>.

Tais processos só se esgotam se as instituições representativas (parlamento e competição partidária) se associam a uma esfera pública autônoma, cuja base é a sociedade civil, com todo seu substrato organizativo. A partir desta se forma, pelo debate público, uma opinião pública racional que, nascida de relações comunicativas cada vez mais abrangentes e inclusivas entre os cidadãos, a partir do seu contato individual com os imperativos sistêmicos, seja capaz de ultrapassar as fronteiras do Estado e exercer influência política, transformando-se em poder comunicativo. Este constitui a única força a se contrapor “ao poder social” e aos imperativos sistêmicos causadores de distúrbios<sup>18</sup>. Os principais atores, nesse processo, são, atualmente, segundo o autor, os movimentos sociais, que aí constituem sua identidade e que se relacionam à defesa de interesses gerais.

Assim, queremos pensar a promoção de saúde como *práxis* de autonomia, que começa com a participação de todos os envolvidos, aqui e agora, em múltiplos espaços. E se amplia e ganha novos adeptos, segundo um processo contínuo de construção de opinião e vontade coletivas, capazes de fazer ecoar e expressar, em toda sua diversidade, as vozes de todos; controlar os imperativos econômicos; produzir direito, democracia e saúde.

## Os Modelos de Promoção de Saúde e a Práxis de Democracia

As várias formulações de promoção de saúde serão agrupadas aqui, segundo duas diferentes correntes. Uma que se refere, predominantemente, ao estilo de vida, com

abordagem comportamentalista/individualista e outra que tematiza os aspectos sociais e se insere dentro das usualmente denominadas abordagens estruturais. Adota-se aqui a perspectiva de que nenhuma delas aparece em estado puro, cada uma incorporando, em alguma medida, com mais ou com menos ênfase, de um modo ou de outro, para o bem ou para o mal, o elemento nuclear da outra, se não por outros motivos, pela simples razão de que sociedade e indivíduo constituem conjunto dialeticamente relacionado cujos termos se distinguem um do outro, mas são também inseparáveis e complementares. Esse entendimento é perfeitamente balizado, por exemplo, por Marx, quando fala de homens que fazem história com vontade e consciência, em condições determinadas<sup>9</sup>; ou Habermas, quando identifica os participantes da ação comunicativa como produtos e produtores do mundo da vida<sup>6,23</sup>; ou ainda Giddens, para quem os elementos constitutivos da estrutura social são produzidos e reproduzidos pela ação humana<sup>24</sup>.

A abordagem de natureza individualista/comportamentalista remonta à teoria multicausal do processo de saúde/doença, pautada na clássica tríade ambiente-homem-agente, proposta por Leavell e Clark. Essa teoria postula a interação desses elementos e seus múltiplos fatores na explicação/definição da história natural da doença, constituída por dois períodos, a pré-patogênese, que precede a doença, e a patogênese, da doença instalada. No primeiro período, estão em jogo as predisposições ou riscos relativos ao homem, sendo passíveis de prevenção e controle por meio de ações a eles direcionadas, especialmente ações de educação quanto ao cuidado com o corpo, alimentação, comportamentos seguros, etc. e outras mais específicas, por exemplo, vacinação<sup>25</sup>. Nesse modelo, portanto, a promoção de saúde se confunde com prevenção primária.

Tal concepção, que precede e é criticada, mas não totalmente superada no Informe Lalonde, volta a ganhar força, como seria lógico de se esperar, com a disseminação mundial do neoliberalismo e seu ideário de perspectiva individualista/competitiva<sup>26</sup>. Atuações e estudos sobre os mais diferentes problemas de saúde são referenciados nessa concepção, até mesmo em espaços e situações onde sua adoção não seria esperada. Por exemplo, as chamadas escolas promotoras de saúde, que se organizam em rede na Europa e se voltam para a promoção de saúde de crianças e adolescentes, assim como de seus familiares, têm como atuação predominante a vinculação com o *Activity, Confidence and Eating Schools Programme* (ACE), que promove alimentação saudável, atividade física, saúde dental e saúde mental nas escolas<sup>27</sup>. A promoção de saúde voltada para a população idosa no conjunto limita-se aos comportamentos individuais, relacionados às experiências, aptidões, conhecimentos, motivações e, quando muito, à disponibilidade de condições ambientais adequadas, como ar puro, água tratada, alimentação saudável<sup>28</sup>. Essa população idosa tem diferentes pressupostos dependendo das profissões. Por exemplo, os médicos reduzem o conceito aos aspectos físicos, a enfermagem adota abordagem mais holística, envolvendo aspectos mais amplos como dignidade, respeito, etc.

Mesmo o sofisticado programa norte-americano intitulado *Cure Violence* se inscreve numa linha de interrupção da cadeia de transmissão da violência, semelhante à da abordagem das epidemias. No caso do programa, essa abordagem é representada pelo contato pessoal e em nível comunitário com pessoas que apresentaram mudança exitosa de comportamento e ainda pela divulgação desses exemplos, nos dois níveis, para inspirar novos comportamentos.<sup>29</sup> Esse programa é voltado para o controle de violência armada, com sua complexa proposta de atuação, por meio do recrutamento de integrantes da própria comunidade que tem história de envolvimento com a violência e com o crime. Esses integrantes são, portanto, “iguais e confiáveis”, associando, em alguma medida, o desenvolvimento de ações voltadas para a inserção em oportunidades positivas, de trabalho, lazer, educação<sup>29</sup>.

Há também estudos cuidadosos na definição de conceitos mais amplos ou que elegeram como objeto intervenções com essa pretensão e que acabam, ao final, adotando e/ou encontrando estratégias, operações e conteúdos que resvalam a perspectiva individual/comportamentalista, quando não se reduzem totalmente a ela. É o caso de estudo de revisão sobre promoção de saúde da população idosa, que se inicia por apresentar conceito amplo de empoderamento, relacionando-o à perspectiva de emancipação, com a ajuda da definição de autonomia de Paulo Freire. Mas acaba por incorporar pesquisas nas quais há inconsistências na conceituação; incongruência com as estratégias e medidas adotadas e redução dos resultados que, embora positivos e significativos, não ultrapassam a capacidade de gerenciar as doenças<sup>30</sup>.

Outro exemplo, estudo sobre violência por parceiro íntimo e infecção por HIV/AIDS, em mulheres americanas de origem latina, começa por desenhar o contexto de vulnerabilidade dessas mulheres como principal determinante para ambas as situações. Procura apreender esse contexto, acertadamente, por meio de pesquisa qualiquantitativa, mas, ao final, acaba se restringindo ao conhecimento das mulheres sobre modos de contaminação e de proteção da AIDS, sexo seguro, percepção de risco e barreiras culturais bem limitadas, inclusive porque os instrumentos utilizados – tanto o questionário como roteiro de grupos focais – são diretamente voltados para tais questões. Quando, enfim, lembra a complexidade do problema, em razão do contexto, acaba por falar em prevenção secundária, que volta aos aspectos individuais/formais como informação sobre “saúde sexual, autoestima, estabelecimento de relações saudáveis, identificação sobre os tipos de abuso e modo de obtenção de ajuda”<sup>31, p.7</sup>.

Se esse modelo é amplamente disseminado e hegemônico, não lhe faltam as críticas e elas se referem, por um lado, à redução que ele opera no papel e no significado da dimensão social na história natural da doença<sup>25,32</sup>, restrito que fica ao indivíduo, permanentemente dilacerado pela luta entre prazer, culpa e medo, gerados pelas prescrições de uma vida saudável e longa<sup>33</sup>. Por outro lado, as críticas dirigem-se à sua

perspectiva de vigilância e controle de comportamentos; de medicalização das condições de riscos; e, sobretudo, de mercantilização da saúde, no interesse do complexo médico-industrial, especificamente a indústria de alimentos, de biotecnologia e a farmacêutica. Em síntese, são críticas que remetem à vinculação do modelo a práticas de dominação, exploração e produção de lucro, regidas pela lógica de mercado, estetizadas pela primazia da suposta liberdade individual<sup>32</sup>.

Com tais críticas, ganham visibilidade os modelos estruturais que concebem a saúde e também o comportamento dos indivíduos relativamente à saúde como fenômenos condicionados e/ou determinados socialmente<sup>34</sup>. Geral demais, essa definição incorpora diferentes possibilidades, com elementos estruturantes organizados segundo diferentes configurações e/ou concepções. A começar pelo modelo socioecológico de Dahlgren e Whitehead, já bastante difundido, os determinantes sociais de saúde são esquematicamente organizados em mandala de multiníveis, isto é, camadas concêntricas e sobrepostas. Cada uma delas representa diferentes dimensões da vida sociocultural e suas respectivas contribuições para a produção da saúde ou da doença: no centro ficam os indivíduos com suas características como idade, sexo, fatores constitucionais; a camada seguinte é relativa aos comportamentos e estilos de vida; a outra representa as interações dos indivíduos ou a vida comunitária; outra as relações travadas dentro de setores como trabalho, educação, serviços de saúde e ambiente; e, por fim, a última, que abarca todas as demais, representada pelas macrovariáveis econômicas, políticas e sociais<sup>35, 36</sup>.

Esse modelo deu origem a algumas variantes, na dependência de mudanças na disposição de seus elementos constitutivos<sup>36</sup> e foi base para os trabalhos da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, instituída, no nível internacional, pela Organização Mundial de Saúde, em 2005, e no Brasil por decreto presidencial, em 2006<sup>37</sup>. Essas comissões procuraram deslindar, a partir desse modelo, os mecanismos de atuação de cada determinante na produção de iniquidades em saúde, com o objetivo de subsidiar a formulação de políticas públicas mais bem qualificadas para enfrentá-las<sup>35</sup>.

Salta aos olhos a complexidade do modelo, o que, segundo algumas críticas, acaba por induzir a redução das intervenções a mudanças no estilo de vida<sup>36</sup>. A proposta conhecida por Saúde em Todas as Políticas (*Health in All Policies*) tem sido aventada como um mecanismo para efetivar a promoção de saúde, a partir da atuação sobre seus determinantes sociais. A base da proposta, decorrente do pressuposto de que todas as políticas públicas, de todos os setores, têm impactos sobre a saúde, o bem-estar e a equidade, é a intersectorialidade, articulada segundo três estratégias, a saber: cooperação, ganhos compartilhados por todas as partes envolvidas (jogo de soma positiva) e redução de danos<sup>38</sup>. As iniciativas referentes a tais propostas são vinculadas à agenda de estruturas governamentais e de seus quadros administrativos e o processo

é tal que, quando se abre uma janela de oportunidades – sintonia entre três elementos, o problema, a solução e a vontade política necessária – durante a própria tomada de decisão, já se faz a integração entre os setores envolvidos <sup>38</sup>.

É inegável o alcance do modelo socioecológico e, na mesma medida, é inevitável recusar os indícios de sua semelhança com o funcionalismo sistêmico, seja pela própria estruturação do modelo, seja pela sua central necessidade de vinculação ao Estado e às estruturas governamentais. Em se tratando do modelo, o problema fica por conta da falta de articulações dinâmicas entre os níveis, a ação dos indivíduos ficando quase que totalmente restrita ao comportamento<sup>37</sup>. Quanto à vinculação ao Estado, há que se reconhecer a questão do exercício do poder e da dominação sobre a vida dos cidadãos, sendo difícil não enxergar a aproximação do modelo à tese da colonização do mundo da vida, antes mencionada. Irônico dilema: quando se enfatiza o indivíduo, compromete-se o social<sup>32</sup>; quando se enfatiza o social, compromete-se o indivíduo e põe-se em risco sua liberdade<sup>1</sup>, sendo o desafio, obviamente, encontrar formulações que permitam articular estrutura e ação humana; integrar abordagens estruturais e teoria da ação; promover largas mudanças sem perder a autonomia<sup>34,39</sup>.

Retoma-se Habermas, cuja teoria permite a demarcação de fronteiras entre mundo da vida e sistema, por meio da *práxis* de autonomia dos cidadãos, que transforma *atores sociais em autores*, capazes de influenciar em alguma medida as decisões que dizem respeito à sua vida. Permanece a questão da complexidade, contornável, porém, quando se pensa que tudo pode ter início aqui a agora e se abrir para a perspectiva universal, de modo que em qualquer espaço poderá sempre haver a luta entre dois lados, um referente às técnicas e aos conhecimentos especializados, próprios dos meios sistêmicos, entre eles o poder do aparato administrativo/governamental e o outro referente às demandas democraticamente veiculadas, permitindo, minimamente, que em qualquer espaço, os feixes de controle sistêmico sejam atravessados e influenciados pela opinião e vontade política dos cidadãos. Ademais, o próprio exercício do poder político reflete esse atravessamento, pois, como foi dito antes, ele está sujeito a constrangimentos que resultam – ainda que contrafactualmente – da sua gênese democrática e tais constrangimentos geram dissonâncias com o modo como esse poder é exercido, às quais ele não pode se furtar nem desconhecer<sup>18</sup>.

Pois bem, quando se fala de *práxis* de autonomia que tem por princípio a *práxis* discursiva, o que se tem em mente são os sujeitos, concretos, que travam relações uns com os outros, em múltiplos e diferentes espaços. Identificam suas experiências com os intercâmbios estabelecidos com o sistema e denunciam os mecanismos a que estão submetidos. Incorporam competências e valores e, nesse processo de construção de opinião e vontade coletiva, expressam suas preferências pautadas em saberes de diferente natureza – teóricos e práticos; cognitivos, éticos e morais. E na multiplicidade

e diversidade de suas vozes, não deixarão passar despercebidos fatos, processos, recursos, relações, nexos e formulações que, em última análise, constituem, direta ou indiretamente, as teias socioculturais do seu mundo do viver.

Em se tratando de promoção, muitos certamente tematizarão as prescrições comportamentalistas. Igualmente certo é que, entre tantos, pelo menos alguns lembrarão os nexos mais amplos, as determinações profundas, e vice-versa. Nesse processo, virão também as críticas, as denúncias, as recusas, as possibilidades e o surgimento do *novo*. Nesses termos, a questão se torna outra e reside não em perguntar qual modelo deve ou não ser adotado, mas se, qualquer que seja ele, está fortemente vinculado à *práxis* de autonomia dos cidadãos que, ao fim e ao cabo, constitui o modo de superar as insuficiências de cada abordagem, individualista ou estrutural, isoladamente.

Por fim, resta dizer que, para a obtenção de resposta positiva à pergunta feita, todos poderiam contribuir, basta abrirem as portas, as mentes e os corações e comecem a agir comunicativamente, pelo menos em algum momento ou situação, onde quer que estejam. As agências nacionais e internacionais também poderiam estimular tais processos caso os considerassem nas suas tomadas de decisão e nas formulações de suas diretrizes de atuação.

Segundo esse ponto de vista, isto é, de que não importa qual o modelo de promoção, desde que ele esteja vinculado ao exercício da *práxis* de autonomia, é que apresentamos este livro, organizado em quatro seções: abordagens teórico-metodológicas; análise de propostas e práticas de promoção de saúde segundo seus princípios, enfoque e estratégias de efetivação; análise de práticas de promoção de saúde para grupos específicos; relato de experiência.

A primeira seção incorpora, além deste primeiro, que é o capítulo 1, outros três. O capítulo 2 descreve, numa perspectiva histórica, o pensamento que norteou o surgimento da promoção de saúde, com destaque para a crítica que os autores fazem às investidas de redução da dimensão social no processo de produção saúde/doença e suas orientações transformadoras. O capítulo 3 traz a discussão da questão dos sujeitos que se drogam e faz a crítica às políticas públicas afins, utilizando como fundamentos teóricos a biopolítica, tal como formulada por Foucault e a psicanálise, pela mão de Freud e de Lacan. O capítulo 4, por sua vez, analisa o arcabouço político-institucional brasileiro referente à promoção de saúde e sua efetivação como importante estratégia de prevenção da violência. Os três primeiros capítulos são teóricos, sendo que os capítulos 1 e 3 utilizam macroteorias – especificamente, Habermas, Foucault e Freud – e o capítulo 2 utiliza revisão teórica, para discutir a saúde. O capítulo 4 faz análise documental.

A seção seguinte incorpora 12 capítulos que, no conjunto contemplam inúmeras faces da promoção da saúde. Os capítulos 5 a 9 tratam da questão da participação social em seus vários matizes. Assim é que o capítulo 5 traz a análise das experiências de

planejamento participativo desenvolvidas em Belo Horizonte, a partir de conexão entre análise documental e reflexão teórica. O capítulo 6 relata a efetivação das formulações oriundas dos processos participativos em planos e decisões formais do município, utilizando também como metodologia a análise documental. O capítulo 7 discute a metodologia de usuário-guia, que implica conhecer e reconhecer o papel ativo do usuário na construção de redes vivas, tecidas no seu processo de busca pelo cuidado. O capítulo 8 consiste de trabalho de revisão sobre a participação como estratégia central de promoção de saúde e prevenção da violência. O capítulo 9 apresenta pesquisa qualitativa sobre a intersectorialidade, envolvendo o trabalho compartilhado entre o Sistema Público de Saúde Mental e a Assistência Social, no município de Betim.

Os três capítulos subseqüentes da seção abordam a promoção de saúde relativamente ao processo de combate à miséria e às desigualdades e se referem a estudos de um dos maiores programas do mundo de transferência direta de renda, o Programa Bolsa Família. No capítulo 10 é analisado o Programa Bolsa Família do município de Betim, sua necessidade, adequação e limitações, a partir de dados secundários coletados no Cadastro Único do Município. No capítulo 11, ainda utilizando dados secundários do município de Betim, analisa-se o perfil de cumprimento da condicionalidade da educação do programa. O capítulo 12 ressalta estudo qualitativo realizado com usuários do Programa Bolsa Família do município de Divinópolis.

Os capítulos 13 a 16 salientam a promoção de saúde, por outro ângulo, a oferta de cuidados e práticas por serviços de públicos de saúde. Dessa forma, o capítulo faz um estudo qualitativo com usuários da atenção primária de Belo Horizonte sobre o acesso a medicamentos. O capítulo 14, por sua vez, discute a participação do profissional de educação física na atenção primária, por meio de análise documental. O capítulo 15 analisa a prática de Lian Gong desenvolvida na atenção primária de Belo Horizonte, por meio de estudo qualitativo com usuários. E o capítulo 16 exhibe pesquisa realizada no Pronto-Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, sobre a Política de Humanização, utilizando como metodologia entrevistas semiestruturados com trabalhadores e usuários.

A terceira seção inclui seis capítulos sobre promoção de saúde, cada um referente a um público específico. O capítulo 17 discute o sofrimento psíquico de estudantes de Medicina e o trabalho de escuta realizado na Faculdade de Medicina da UFMG, utilizando como metodologia a análise documental de todos os casos atendidos. O capítulo 18 estuda a qualidade de vida de portadores de hepatite C a partir de grupos operativos realizados no Ambulatório de Hepatites Virais do Hospital das Clínicas da UFMG. Os capítulos 19 e 20 tratam da questão do idoso: o primeiro se ocupa do estudo do perfil clínico-funcional de idosos atendidos no Centro de Referência do Idoso do Instituto Jenny Andrade Farias do HC/UFMG, utilizando dados secundários desse serviço; o segundo, do mesmo centro de referência e também utilizando dados secundários do

serviço, trata da avaliação do Índice de Vulnerabilidade clínico-funcional, para rastreamento de idoso frágil. Os capítulos 21 e 22 tratam da promoção de saúde da mulher e do homem, respectivamente. O primeiro apresenta cuidados específicos a serem ofertados à mulher, utilizando a oportunidade que se abre no seu atendimento de Ginecologia, sendo, portanto, um capítulo sobre prevenção primária. O segundo situa-se no polo oposto e trata a questão do papel social do homem, à luz da teoria de violência e dominação formulada por Hannah Arendt.

A quarta e última seção apresenta a experiência de criação, dentro do Sistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, nos moldes desenvolvidos no Brasil.

Finalmente, resta dizer que grande parte dos capítulos apresentados é constituída por recortes de pesquisas de alunos e professores do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional – da Faculdade de Medicina da UFMG, articulados com pesquisas realizadas por outros grupos, que foram convidados para tal fim. Cumpre também dizer que esse número é o primeiro da série intitulada *Promoção de Saúde e Prevenção da Violência*, para significar que se pretende dar durabilidade à iniciativa deste debate que tem aqui o seu primeiro passo.

## Referências

1. Weiss D, Lillefjell M, Magnus E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*. 2016 Feb; 16:140.
2. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(11):4361-70.
3. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall C, Williams C, Broderick D et al. Evaluation of health in all policies: concept, theory and application. *Health Promot Int*. 2014; 29(S1):i130-i142.
4. Melo EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10(Sup): 167-76, 2005.
5. Melo EM, Melo VH, Reis FM, Murta EFC, Silva Filho AL. Promoção de saúde e prevenção da violência. In: Camargos AF, Melo VH, Reis FM, Murta EFC, Silva Filho AL (Org.). *Ginecologia ambulatorial baseada em evidências científicas*. 3. ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2016; 101-118.
6. Habermas J. *Teoria de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus; 1987.
7. Habermas J. *Legitimation crisis*. Boston: Beacon Press; 1975.
8. Marx K, Engels F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Moraes; 1984.
9. Marx K. *O capital*. Crítica da economia política. Coleção Os Economistas. Volume I. Livro Primeiro. São Paulo: Nova Cultural; 1996; 152-207; 253-80.
10. Habermas J. A nova intransparência. A crise do estado de bem-estar social e esgotamento das energias utópicas. *Novos Estudos CEBRAP*. 1987;18:103-14.
11. World Health Organization - WHO. *Milestones Health Promotion*. Geneva; 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção de Saúde. *Portaria nº 687 MS/GM*, de 30 de março de 2006. Brasília; 2006.

13. Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. *Carta de Otawa*. Otawa; 1986
14. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface*. 2003 Feb; 7(12):101-22
15. Lefevre F, Lefevre AMC. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. *Physis*. 2007; 1(17):15-28.
16. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública*. 2007 Feb; 41(1):139-49
17. Silva EF et al. A promoção da saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. *Interface*. 2009 Set; 13(30):107-19 .
18. Habermas J. *Between facts and norms, contributions to a discourse theory of law and democracy*. Cambridge, Massachussets: The MIT Press; 1996.
19. Habermas J. *Pensamento pós-metafísico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1990.
20. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
21. Habermas J. *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Barcelona: Paidós; 1991.
22. McCarthy T. *The critical theory of Jurgen Habermas*. 7<sup>th</sup> ed. Cambridge-London: The MIT Press; 1989.
23. Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Espanha: Cátedra; 2011.
24. Giddens A. *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Berkely/Los Angeles: University of California Press; 1984.
25. Puttini RF, Pereira Junior A, Oliveira LR.. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*. 2010; 20(3): 753-67.
26. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(Sup 2):2115-22
27. Bennett AE, Cunningham C, Johnston Molloy C.. An evaluation of factors which can affect the implementation of a health promotion programme under the Schools for Health in Europe framework. *Eval Program Plann*. 2016 Aug; 57:50-4.
28. Tinkham M. Health promotion in the elderly with coronary artery disease.. *J Vasc Nurs*. 2014; 32(4):151-5
29. Butts JA, Roman CG, Bostwick L, Porter JR. Cure violence: a public health model to reduce gun violence. *Annu Rev Public Health*. 2015; 36:39–53.
30. Shearer NB, Fleury J, Ward KA, O'Brien AM. Empowerment interventions for older adults. *West J Nurs Res*. 2012 Feb; 34(1):24-51
31. Rountree MA, Granillo T, Bagwell-Gray M. Promotion of latina health: intersectionality of IPV and risk for HIV/AIDS. *Violence Against Women*. 2016; 22(5): 545-64
32. Almeida Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health*. 2003 Dec; 93(12):2037-43.
33. Castiel LD. O acesso aos Campos Elísios: a promoção da saúde ampliada e as tecnologias de melhoramento em busca da longevidade (e da imortalidade). *Saúde Soc*. 2015; 24(3):1033-46.
34. Lieberman L, Golden SD, Earp JA. Structural approaches to health promotion: what do we need to know about policy and environmental change? *Health Educ Behav*. 2013 Oct; 40(5):520-5

35. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2*. Copenhagen, Denmark: WHO, Europe; 2006. Reprinted 2007
36. Bentley M. An ecological public health approach to understanding the relationships between sustainable urban environments, public health and social equity. *Health Promot Int*. 2014 Sep;29(3):528-37.
37. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007; 17(1):77-93.
38. Baum F, Lawless A, Delany T, Macdougall CC, Broderick D, Wildgoose D, et al. Evaluation of health in all policies: concept, theory and application. *Health Promot Int*. 29 2014 Jun;29 Suppl 1:i130-42.
39. Rütten A, Gelius P. The interplay of structure and agency in health promotion: Integrating a concept of structural change and the policy dimension into a multi-level model and applying it to health promotion principles and practice. *Soc Sci Med*. 2011 Oct; 73(7):953-9.