

O CONCEITO DE SAÚDE E A DIFERENÇA ENTRE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO¹

Dina Czeresnia

¹ Esse texto é uma versão revisada e atualizada do artigo "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

O discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das duas últimas décadas, vêm articulando-se em torno da idéia de promoção da saúde. Promoção é um conceito tradicional, definido por Leavell & Clark (1976) como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Este conceito foi retomado e ganhou mais ênfase recentemente, especialmente no Canadá, EUA e países da Europa ocidental. A revalorização da promoção da saúde resgata, com um novo discurso, o pensamento médico social do século XIX expresso na obra de autores como Virchow, Villermeé, Chadwick e outros, afirmando as relações entre saúde e condições de vida. Uma das motivações centrais dessa retomada foi a necessidade de controlar os custos desmedidamente crescentes da assistência médica, que não correspondem a resultados igualmente significativos. Tornou-se uma proposta governamental¹, nestes países, ampliar, para além de uma abordagem exclusivamente médica, o enfrentamento dos problemas de saúde principalmente das doenças crônicas em populações que tendem a se tornar proporcionalmente cada vez mais idosas (Buss, 2000).

A configuração do discurso da 'nova saúde pública' ocorreu no contexto de sociedades capitalistas neoliberais. Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída. A análise de alguns autores evidencia como a configuração dos conhecimentos e das práticas, nestas sociedades, estariam construindo representações científicas e culturais, conformando os sujeitos para exercerem uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo uma lógica de mercado. A perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos, a tarefa de tomarem conta de si mesmos (Lupton, 1995; Petersen, 1997).

Ao mesmo tempo, afirmam-se perspectivas progressistas que enfatizam uma outra dimensão do discurso da promoção da saúde, ressaltando a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior

do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais.

Independente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais.

Este texto tem o objetivo de contribuir para o debate, tematizando a diferença entre os conceitos de prevenção e promoção; defende o ponto de vista de que as dificuldades em se distinguir essa diferença estão relacionadas a uma questão nuclear à própria emergência da medicina moderna e da saúde pública. O desenvolvimento da racionalidade científica, em geral, e da medicina, em particular, exerceu significativo poder no sentido de construir representações da realidade, desconsiderando um aspecto fundamental: o limite dos conceitos na relação com o real, em particular para a questão da saúde, o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer.

A construção da consciência desse limite estaria na base de mudanças mais radicais nas práticas de saúde. Pensar saúde em uma perspectiva mais complexa não diz respeito somente à superação de obstáculos no interior da produção de conhecimentos científicos. Não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico.

Saúde, Ciência e Complexidade

A saúde pública/saúde coletiva é definida genericamente como campo de conhecimento e de práticas organizadas institucionalmente e orientadas à promoção da saúde das populações (Sabroza, 1994). O conhecimento e a institucionalização das práticas em saúde pública configuraram-se articulados à medicina. Apesar de efetivamente superarem a mera aplicação de conhecimentos científicos, as práticas em saúde representaram-se como técnica fundamentalmente científica. Essa representação não pode ser entendida como simples engano, mas aspecto essencial da conformação dessas práticas, as quais encontram suas raízes na efetiva utilização do conhecimento científico. A medicina estruturou-se com base em ciências positivas e considerou científica a apreensão de seu objeto (Mendes Gonçalves, 1994). O discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença.

O conceito de doença constituiu-se a partir de uma redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia. A 'doença' é concebida como

dotada de realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo dos doentes. O corpo é, assim, desconectado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida (Mendes Gonçalves, 1994), desconsiderando-se que a prática médica entra em contato com homens e não apenas com seus órgãos e funções Canguilhem (1978).

Uma primeira questão é a de a saúde pública se definir como responsável pela promoção da saúde enquanto suas práticas se organizam em torno de conceitos de doença. Outra questão é que suas práticas tendem a não levar em conta a distância entre conceito de doença - construção mental - e o adoecer - experiência da vida -, produzindo-se a 'substituição' de um pelo outro. O conceito de doença não somente é empregado como se pudesse falar em nome do adoecer concreto, mas, principalmente, efetivar práticas concretas que se representam como capazes de responder à sua totalidade.

A importância de adquirir a consciência de que o conceito não pode ser tomado como capaz de substituir algo que é mais complexo é enfocada por Edgar Morin em *O Problema Epistemológico da Complexidade*. Nesse texto, o autor vincula a questão da complexidade ao problema da "dificuldade de pensar, porque o pensamento é um combate com e contra a lógica, com e contra o conceito", destacando a "dificuldade da palavra que quer agarrar o inconcebível e o silêncio" (Morin, s.d.: 14). Ou seja, a palavra, mesmo que seja uma elaborada forma de expressão e comunicação, não é suficiente para apreender a realidade em sua totalidade.

O pensamento humano desenvolve-se em duas direções: por um lado, a profundidade, a redução e o estreitamento; por outro, a amplitude, a abrangência e a abertura de fronteiras. O pensamento científico moderno tendeu à redução, colocando para si o desafio de alcançar o máximo da precisão e objetividade por meio da tradução dos acontecimentos em esquemas abstratos, calculáveis e demonstráveis. A linguagem matemática seria capaz de expressar as leis universais dos fenômenos. Os elementos dos acontecimentos que as palavras - ou, mais precisamente, os conceitos científicos - não conseguiam alcançar, tenderam a ser vistos como erro ou anomalia. O significado da palavra objetiva apresentou-se em substituição à própria coisa, cujo aspecto sensível não era tido como existente.

Mas a referência à integridade dos acontecimentos - que torna evidente o aspecto mutilante do conhecimento - é questão que se coloca desde o nascimento dessa forma de apreender a realidade. Sem dúvida que tal problema tomou-se mais explícito no mundo contemporâneo em decorrência dos impasses gerados pela progressiva fragmentação do conhecimento. A necessidade de integrar as partes surgiu no interior da própria lógica analítica - como integrar as 'informações e saberes' construídos no sentido de uma profundidade crescente?

Apresentou-se, para o pensamento científico, o desafio da busca da amplitude, valorizando a compreensão da interação entre as partes na direção da unidade e da totalidade. A questão da complexidade surgiu na discussão científica como possibilidade de explicar a realidade ou os sistemas vivos mediante modelos que

buscam não só descrever os elementos dos objetos, mas, principalmente, as relações que se estabelecem entre eles. Evidenciaram-se diferentes níveis de organização da realidade e qualidades emergentes próprias a cada nível. Porém, esta tentativa encontra limite na 'indizibilidade' do real, que sinaliza a construção de qualquer modelo como inevitavelmente redutora.

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente. É na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde, que ocorre a tensão remetida à questão que se destaca aqui. Esta situa-se entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência.

Carregado de emoção, o relato das queixas e sintomas dos doentes é traduzido para uma linguagem neutra e objetiva. Em troca, as lacunas que o texto médico apresenta para dar conta da dimensão mais ampla do sofrimento humano acabaram por aproximar medicina e literatura. Inúmeros médicos lançaram mão da literatura como meio de expressar o sofrimento humano para além dos limites da objetividade do discurso científico. Escritores como Thomas Mann e Tolstói conseguiram exprimir, como poucos, a condição do homem em sua relação com a doença e a morte. Este é o tema que Moacyr Scliar - também médico e escritor - desenvolve no livro *A Paixão Transformada*, mostrando como a ficção é reveladora "porque fala sobre a face oculta da medicina e da doença" (Scliar, 1996: 10).

O discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar; não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer. O próprio Descartes, considerado o primeiro formulador da concepção mecanicista do corpo, reconheceu que há partes do corpo humano vivo que são exclusivamente acessíveis a seu titular (Caponi, 1997: 288). Esse aspecto foi analisado com profundidade por Canguilhem (1978) na obra *O Normal e o Patológico*. Em trabalho mais recente, este autor afirma o conceito de saúde tanto como noção vulgar - que diz respeito à vida de cada um - quanto como questão filosófica, diferenciando-o de um conceito de natureza científica (Canguilhem, 1990).

Nietzsche, que adota o vital como ponto de vista básico, relaciona medicina e filosofia, mostrando a dimensão de amplitude que o termo saúde evoca:

Ainda estou à espera de um médico filosófico, no sentido excepcional da palavra - um médico que tenha o problema da saúde geral do povo, tempo, raça, humanidade, para cuidar -, terá uma vez o ânimo de levar minha suspeita ao ápice e aventurar a proposição: em todo o filosofar até agora nunca se tratou de 'verdade', mas de algo outro, digamos saúde, futuro, crescimento, potência, vida. (Nietzsche, 1983: 190)

Conforme ressaltou Morin (s.d.), o que a aproximação entre medicina, literatura e filosofia afirma senão a evidência de que a objetividade não poderia excluir o espírito humano, o sujeito individual, a cultura, a sociedade? A medicina foi também considerada arte; porém, em seu desenvolvimento histórico, tendeu hegemonicamente a identificar-se com a crença da onipotência de uma técnica baseada na ciência. Não houve o devido reconhecimento do hiato entre a vivência singular da saúde e da doença e as possibilidades de seu conhecimento. Isto produziu um problema importante na forma com que se configurou historicamente a utilização dos conceitos científicos na instrumentalização das práticas de saúde. Atribuiu-se predominância quase exclusiva à verdade científica nas representações construídas acerca da realidade e, principalmente, das práticas de saúde.

Ao contrário da literatura, o pensamento científico desconfia dos sentidos. No processo de elaboração do conceito científico, o contato imediato com o real apresenta-se como dado confuso e provisório que exige esforço racional de discriminação e classificação (Bachelard, 1983: 15). A explicação científica, ao deslocar-se dos sentidos, constrói proposições que se orientam por planos de referência, com delimitações que contornam e enfrentam o indefinido e o inexplicável (Deleuze & Guattari, 1993). A circunscrição de um plano de referência é necessidade que se impõe à construção científica. É no interior do limite que se torna possível a explicação, criando-se recursos operativos para lidar com a realidade. Assumir o domínio limitado do pensamento científico constitui, portanto, uma qualificação de sua pertinência. No entanto, também conforma uma definição de restrição, pois o limite é ilusório e qualquer explicação objetiva não poderia pretender negar a existência do misterioso, inexplicável ou indizível.

A questão que se apresenta é que o discurso da modernidade não levou em conta essa restrição. Levando-se em consideração o limite da construção científica e o seu inevitável caráter redutor, pode-se afirmar que nenhum conceito - ou sistema conceitos - poderia se propor a dar conta da unidade que caracteriza a singularidade. O conceito expressa identidades, já a unidade singular é expressão da diferença. Por mais que o conceito tenha potencial explicativo e possa ser operativo, não é capaz de expressar o fenômeno na sua integridade, ou seja, não é capaz de 'representar' a realidade. Ao se elaborar um sistema lógico e coerente de explicação, assumir essa construção mental como capaz de substituir a realidade, mutilam-se as possibilidades de sua apreensão sensível, por se encerrar a realidade em uma redução.

Não caberia, portanto, questionar o pensamento científico por ser limitado e redutor, mas sim criticar o ponto de vista que nega o limite da construção científica. Essa negação se expressa, por um lado, ao se considerar a verdade científica como dogma, tornando-se insensível ao inexplicável, ao que não foi conceituado; por outro lado, ocorre também quando se exige que a ciência responda ao que não lhe é pertinente. Nenhuma ciência seria capaz de dar conta da singularidade, por mais que se construam novos modelos explicativos - complexos - da realidade. Buscar dar

conta da singularidade é estabelecer novas relações entre qualquer conhecimento construído por meio de conceitos e modelos e o acontecimento singular que se pretende explicar; Enfatiza-se aqui a necessidade de redimensionar os limites da ciência, revalorizando e ampliando a interação com outras formas legítimas de apreensão da realidade.

Como foi explicitado acima, a filosofia e a literatura, mesmo que marginalmente, sempre foram complementares à medicina. Ao questionar hoje o primado da objetividade científica, não caberia propor a implosão de fronteiras em direção à construção de um discurso unificador. O que se afirma é a exigência de revalorizar a aproximação complementar - na ação - entre formas de linguagem essencialmente diferentes entre si. Trata-se de relativizar o valor de verdade dos conceitos científicos; utilizá-los, mas não acreditar totalmente neles, abrindo canais para valorizar a interação de sensibilidade e pensamento. Sem abrir mão de ter conhecimento de causa dos saberes científicos, é preciso recolocar a importância do papel da filosofia, da arte e da política. Trata-se do esforço voltado para a construção de uma nova relação com a verdade, que permita "encontrar uma sabedoria através e para além do conhecimento" (Atlan, 1991: 18).

Não é a descoberta de uma novidade, mas a renovação de questões que a modernidade e o pensamento iluminista sufocaram. Não deixando de empregar os conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, buscando ampliar as possibilidades dos modelos construídos, não se fecham os canais que nos tornam sensíveis à realidade. Trata-se da renovação de velhas filosofias que foram esquecidas e marginalizadas pela crença desmedida na razão e no poder de controle e domínio do homem. O objetivo não é a verdade, mas a felicidade, a sabedoria e a virtude (Atlan, 1991). Tal como a própria medicina, a saúde trata, como afirma a citação de Nietzsche feita anteriormente, não de 'verdade', mas de "(...) futuro, crescimento, potência e vida" (1983: 190).

Essa questão é estrutural à constituição do campo da saúde pública e está na origem do que se denomina a sua 'crise'. Para compreender o que diferencia prevenção e promoção da saúde, do ponto de vista deste trabalho, esse aspecto é fundamental, pois situa o contexto das transformações contemporâneas do discurso _saúde pública. As transformações discursivas envolvidas não são somente internas à lógica do discurso científico, mas recolocam, em especial, os limites e os sentidos do conhecimento produzido na configuração das práticas de saúde e, por conseqüência, na elaboração dos programas de formação profissional. Trata-se da proposta de uma forma inovadora no que se refere a utilizar a racionalidade científica para explicar o real e, em particular, para agir. Esse processo implica _formações mais radicais do que a mudança no interior da ciência, pois diz respeito à construção de uma concepção de mundo capaz de interferir no enorme poder de a racionalidade científica construir representações acerca da realidade.

Saúde Pública: diferença entre prevenção e promoção

O termo 'prevenir' tem o significado de "preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize" (Ferreira, 1986). A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (Leavell & Clark, 1976: 17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

'Promover' tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar (Ferreira, 1986). Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (Leavell & Clark, 1976: 19). As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (Terris, 1990).

A constatação de que os principais determinantes da saúde são exteriores ao sistema de tratamento não é novidade. Oficialmente, contudo, é bem recente a formulação de um discurso sanitário que afirme a saúde em sua positividade. A Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa (1986), postula a idéia da saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação.

No Brasil, a conceituação ampla de saúde assume destaque nesse mesmo ano, tendo sido incorporada ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (Brasil/MS, 1986).

Apesar de configurar avanço inquestionável tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, a conceituação positiva de saúde traz novo problema. Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído a responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas.

É conquista inegável o reconhecimento oficial dos limites do modelo sanitário

baseado na medicina, estimando-se que ele deve estar integrado às dimensões ambiental, social, política, econômica, comportamental, além da biológica e médica (Carvalho, 1996). As ações próprias dos sistemas de saúde precisam estar articuladas, sem dúvida, a outros setores disciplinares e de políticas governamentais responsáveis pelos espaços físico, social e simbólico. Essa relação entre intersetorialidade e especificidade é, não obstante, um campo problemático e deve ser tratado com cuidado, pois sustenta uma tensão entre a demarcação dos limites da competência específica das ações do campo da saúde e a abertura exigida à integração com outras múltiplas dimensões. Se a especificidade não é disciplinar, ela deve constituir-se a partir da delimitação de problemas, possibilitando a implementação de práticas efetivas.

No contexto da implementação das práticas de saúde mantém-se a tensão entre duas definições de vida: uma, a de nossa experiência subjetiva; outra, a do objeto das ciências da vida, do estudo dos mecanismos físico-químicos que estruturam o fundamento cognitivo das intervenções da medicina e da saúde pública.

A partir de concepções e teorias a respeito da especificidade biológica ou psíquica, foram elaboradas intervenções objetivas e operacionais de assistência à saúde. Qualquer teoria é redutora e incapaz de dar conta da totalidade dos fenômenos de saúde e do adoecer. Ao se tentar pensar a unidade do sujeito, o máximo que se consegue é expressá-la como 'integração bio-psico-social' que não deixa de se manifestar de forma fragmentada, mediante conceitos que não dialogam com facilidade entre si. Se, de um lado, o vital é mais complexo do que os conceitos que tentam explicá-lo; de outro, é através de conceitos que são viabilizadas as intervenções operativas. Não há como produzir formas alternativas de atenção à saúde que não busquem operacionalizar conceitos de saúde e doença.

Essa demarcação aplica-se não só ao limite da ação específica da assistência à saúde em relação aos condicionantes sociais envolvidos na dimensão da intersetorialidade, como também aos limites dos conceitos objetivos que configuram a lógica das intervenções em relação à dimensão da singularidade e subjetividade do adoecer concreto. Nesse último aspecto, a afirmação de Canguilhem manifesta com propriedade o reconhecimento de que a necessária preocupação com o corpo subjetivo não deve levar à obrigação de uma libertação da tutela, tida como repressiva, da medicina: "o reconhecimento da saúde como verdade do corpo, no sentido ontológico, não só pode senão como deve admitir a presença, como margem e como barreira, da verdade em sentido lógico, ou seja, da ciência. Certamente, o corpo vivido não é um objeto, porém para o homem viver é também conhecer" (Canguilhem, 1990: 36).

Sem dúvida, é fundamental valorizar e criar formas de ampliação dos canais de abertura aos sentidos. O ponto de partida e a referência da experiência da saúde e da doença é a intuição primeira do corpo. Porém, a razão - mediada pelo conhecimento científico e se utilizada sem reificação - permitiria alargar a intuição e principalmente servir como "instrumento de diálogo e também como barreira de proteção" ao

processo de vivência singular do adoecer (Atlan, 1991: 13). O conhecimento científico e a possibilidade operativa das técnicas nas práticas de saúde deveriam ser empregados sem provocar a desconexão da sensibilidade em relação aos nossos próprios corpos. O desafio é poder transitar entre razão e intuição, sabendo relativizar sem desconsiderar a importância do conhecimento, alargando a possibilidade de resolver problemas concretos.

É justamente aí que se afirma a radical e, ao mesmo tempo, pequena diferença entre 'prevenção' e 'promoção' da saúde. Radical porque implica mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na formulação e operacionalização das práticas de saúde - e isso só pode ocorrer verdadeiramente por meio da transformação de concepção de mundo, conforme problematizado anteriormente. Pequena porque as práticas em promoção, da mesma forma que as de prevenção, fazem uso do conhecimento científico. Os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde - doença, transmissão e risco - cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. Isto pode gerar confusão e indiferenciação entre as práticas, em especial porque a radicalidade da diferença entre prevenção e promoção raramente é afirmada e/ou exercida de modo explícito.

A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização o conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos.

No contexto das transformações das abordagens tradicionais da saúde pública, a formulação de Castellanos (1997) acerca do conceito de situação de saúde permite ampliar a concepção de promoção da saúde.

Uma situação de saúde define-se pela consideração das opções dos atores sociais envolvidos no processo; esta não pode ser compreendida "à margem da intencionalidade do sujeito que a analisa e interpreta" (Castellanos, 1997: 6). Vinculado ao conceito de situação de saúde, estabelece-se a diferença entre necessidade e problema de saúde. As necessidades são elaboradas por intermédio de análises e procedimentos objetivos. Os problemas demandam abordagens mais complexas, configurando-se mediante a escolha de prioridades que envolvem a subjetividade individual e coletiva dos atores em seus espaços cotidianos (Castellanos, 1997).

O reconhecimento de valores, tais como subjetividade, autonomia e diferença, apresentou-se no contexto das transformações no discurso científico, que há cerca de uma década manifestou-se mais explicitamente na saúde coletiva. Buscou-se reinterpretar o significado de conceitos, como, por exemplo, sujeito e natureza, na compreensão dos processos de saúde e doença (Costa & Costa, 1990),

questionando-se abordagens que restringiam os processos ora a uma dimensão biológica ora a determinantes genéricos e estruturais (Fleury, 1992).

O amadurecimento das discussões no interior do campo tomou mais claro que o fato de se pensar de modo complexo a questão da saúde não diz respeito à incorporação de novo discurso que migra do pólo da objetividade ao da subjetividade, do universal ao singular, do quantitativo para o qualitativo etc. Não se trata simplesmente de optar por valores que ficaram subjugados no decorrer do desenvolvimento da racionalidade científica moderna, submetendo-se, agora os que eram anteriormente hegemônicos. Não se trata, portanto, de construir novos posicionamentos que mantêm a reprodução de antigas oposições, mas de saber transitar entre diferentes níveis e formas de entendimento e de apreensão da realidade, tendo como referencial não sistemas de pensamento, mas os acontecimentos que nos mobilizam a elaborar e a intervir.

A compreensão adequada do 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. Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência (Santos, 1987). É algo que remete à dimensão social, existencial e ética, a uma trajetória própria referida a situações concretas, ao engajamento e comprometimento ativo dos sujeitos, os quais dedicam sua singularidade a colocar o conhecido a serviço do que não é conhecido na busca da verdade que emerge na experiência vivida (Badiou, 1995). Pensar, conseqüentemente, em termos de promoção da saúde é saber que as transformações de comportamento são orientadas simultaneamente por aquilo que se conhece acerca dos determinismos e pela clareza de que não se conhece, nem se chegará a conhecer, todos eles (Atlan, 1991).

A consciência prática do limite do conhecimento acarreta que não se tenha a pretensão de encontrar uma nova teoria científica que possa formular um discurso unificador de todas as dimensões que envolvem a saúde. 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. Termos como *empowerment* (Eakin & Maclean, 1992) ou 'vulnerabilidade' (Ayres et al., 1997) vêm sendo desenvolvidos e utilizados cada vez mais no contexto das propostas de promoção da saúde. Esses 'quase conceitos' não só permitem abordagens transdisciplinares, articulando-se a conceitos de outras áreas, como abrem-se a múltiplas significações que emergem da consideração da diferença, subjetividade e singularidade dos acontecimentos individuais e coletivos de saúde.

Essa abertura, contudo, não deixa de ter, como referência dialógica; os conceitos que configuram a especificidade do campo da saúde pública. Esse diálogo não se estabelece sem lacunas e pontos obscuros. Um dos exemplos, nesse sentido, é a marcante vinculação dos projetos em promoção da saúde com o conhecimento elaborado mediante estudos epidemiológicos de risco. Essa ligação ocorre mesmo nas pesquisas que alcançam articular múltiplas abordagens, como é o caso dos

estudos de vulnerabilidade à Aids, que integram as dimensões de comportamento pessoal, contexto social e de organização de programas institucionais (Mann; Tarantola & Netter, 1993; Ayres et al., 1997). Grande parte dos projetos definidos como promoção também aponta exposições ocupacionais e ambientais na origem de doenças, assim como propõe o estímulo a mudanças de comportamento, como, por exemplo, o incentivo à prática de exercícios, ao uso de cintos de segurança, à redução do fumo, álcool e outras drogas etc.

Epidemiologia e Promoção da Saúde

A integração entre epidemiologia e promoção da saúde situa-se no campo problemático analisado neste texto. O que foi discutido acerca da diferença (e semelhança) entre prevenção e promoção diz respeito também ao uso dos conceitos epidemiológicos, que são a base do discurso sanitário preventivo. Não se trata de 'acusar' o aspecto redutor desses conceitos como limite à compreensão da complexidade dos processos de saúde e doença em populações e à conformação das práticas de saúde pública, mas de ter maior clareza dos limites desses conceitos, o que possibilitaria direcionar melhor as tentativas de aprimorar métodos, construir novos conceitos e utilizá-los de modo mais integrado e apropriado aos interesses e necessidades de estruturação das práticas de saúde.

O conhecimento epidemiológico é nuclear na conformação das práticas de saúde pública. O discurso preventivo tradicional ressentiu-se da pobreza teórica e da hegemonia da lógica mecanicista e linear na elaboração conceitual da epidemiologia. Problemas desse tipo são manifestos, em especial, nas críticas já feitas ao conceito epidemiológico de risco (Goldberg, 1990; Almeida Filho, 1992; Castiel, 1994; Ayres, 1997). Quais valores são produzidos através das representações formadas a partir desse conceito? Que significados são gerados socialmente ao se estabelecer determinados hábitos e comportamentos como risco de agravos à saúde?

O objetivo formal do estudo de risco é inferir a causalidade, avaliando a probabilidade da ocorrência de eventos de doença em indivíduos e/ou populações expostos a determinados fatores. No entanto, apesar de se propor a mensurar riscos individuais e/ou coletivos, o que o método matemático utilizado estima é o 'efeito causal médio' - uma redução tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo. As reduções - passagens lógicas necessárias e inevitáveis à viabilização do método - constroem representações que não correspondem à complexidade dos processos. O problema é que as informações produzidas por meio dos estudos de risco tendem a ser empregadas sem se levar em conta as passagens de nível lógico que efetuam. Não se considera devidamente os limites estritos de aplicação das estimativas de risco, 'apagando-se' assim aspectos importantes dos fenômenos (Czeresnia & Albuquerque, 1995).

Esse 'apagamento' não é destituído de valor; pelo contrário, é por meio dele que proliferam significados culturais. As opções envolvidas no processo em que, por uma

parte, alguma coisa se revela e, por outra, algo se oculta, correspondem a interesses, valores e necessidades. O conceito de risco e sua enorme importância na constituição da cultura moderna tardia (Guiddens; Beck & Lasch, 2000), é devido, também, à exacerbação da pertinência do conceito na sua utilização social. O conceito de risco contribuiu para a produção de determinadas racionalidades, estratégias e subjetividades, sendo central na regulação e monitoração de indivíduos, grupos sociais e instituições (Lupton, 1999).

O desenvolvimento dos estudos de risco esteve vinculado a um processo cultural construtor de um homem individualista, que enfrentou a necessidade de lidar com as forças desagregadoras da natureza e da sociedade por intermédio da lógica da ordem e da proteção, ao passo que pouco investiu no amadurecimento das relações com o outro mediante o fortalecimento de sua vitalidade e autonomia (Czeresnia, 1997). Considerando que um dos aspectos fundamentais da idéia de promoção da saúde é o estímulo à autonomia, retoma-se a pergunta: com que concepção de autonomia os projetos em promoção da saúde efetivamente trabalham? Pensar na possibilidade de estimular uma autonomia que potencialize a vitalidade (saúde) dos sujeitos envolveria transformações profundas nas formas sociais de lidar com representações científicas e culturais como o risco. Não há como propor 'recomendações objetivas e de execução rápida' que capacitem uma apropriação de informações sem o 'risco' da incorporação acrítica de valores.

A clareza a respeito dos valores contidos nos diferentes projetos em promoção é um dos principais pontos problemáticos da proposta. Qualquer prática em promoção da saúde apresenta pontos de vista acerca do que é 'boa saúde'. A idéia genérica de promover saúde esconde profundas tensões teóricas e filosóficas (Seedhouse, 1997). Promoção da saúde contempla um amplo espectro de estratégias técnicas e políticas que incluem tanto posturas conservadoras como extremamente radicais (Lupton, 1995).

É com esse cuidado que se deve avaliar, por exemplo, propostas como a de medicina baseada em evidências, que utiliza fundamentalmente critérios e métodos epidemiológicos para sistematizar resultados de pesquisas aplicadas, experiências clínicas e de saúde pública (Jenicek, 1997). Como articular um achado de *best evidence*, formulado por meio do conhecimento clínico epidemiológico, com a experiência clínica e de saúde pública? Quais as mediações entre critérios operacionais e decisões práticas? Como traduzir 'boas recomendações' técnicas em ação (Jenicek, 1997)? Não será um protocolo técnico que vai resolver a implementação de uma 'boa prática', o que não desqualifica - pelo contrário - a pertinência da construção de protocolos que otimizem a informação acerca de procedimentos.

Não há como trabalhar devidamente e de modo prático a construção da idéia de promoção da saúde sem enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a conseqüente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde.

A questão filosófica é vulgarmente tida como 'diletante', pairando acima da vida e do mundo real. Mas, sem ela, não há como lidar com pontos obscuros que se apresentam quando se procura dialogar e fluir entre as diferentes dimensões que caracterizam a complexidade da saúde. Sem a reflexão, não há como dar conta do desafio que existe em traduzir informações geradas por meio da produção de conhecimento científico em ações que possam efetivamente promover transformações sociais, ambientais e de condutas 'não saudáveis' dos sujeitos. Os desafios que se apresentam, nesse sentido, não se resolvem 'apenas' com a aplicação de novos modelos, da mesma maneira que a questão da educação não se resolve 'apenas' com informação e capacitação técnica.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador: Rio de Janeiro: APCE/Abrasco, 1992.
- ATLAN, H. *Tudo, Não, Talvez: educação e verdade*. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.
- AYRES, J. R. M. C. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997.
- AYRES, J. R. et al. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, II, 1997, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abia, 1997.
- BACHELARD, G. *Epistemologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.
- BADIOU, A. *Ética: um ensaio sobre a consciência do mal*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- BRASIL/M:S. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, Brasília. *Anais...Brasília*: MS, 1986.
- BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- CANGUILHEM, G. *La Santé: concept vulgaire e question philosophique*. Paris: Sables, 1990.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde: Manguinhos*, 4(2): 287-307, jul.-out., 1997.
- CARVALHO, A. L. Da saúde pública às políticas saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1): 104-121, 1996.
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B (Org.) *Saúde e Movimento: condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
- CASTIEL, L. D. *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papyrus, 1994.
- COSTA, D. C. & COSTA, N. R. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de John Snow. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia, Teoria e Objeto*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990.
- CZERESNIA D. *Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4): 701-710, 1999.
- CZERESNIA, D. & ALBUQUERQUE, M. F. M. Modelos de inferência causal: análise crítica da utilização da estatística na epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, 29(5): 415-423, 1995.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *O Que é a Filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.
- EAKIN, J. & MACLEAN, H. A critical perspective on research and knowledge development in health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 83: 72-76, mar./ apr., 1992.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário do Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FLEURY, S. (Org.) *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- GIDDENS, A.; BECK, U. B. & LASH, S. *Modernização Reflexiva*. São Paulo: Unesp, 1997.
- GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D. C. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1990.
- JENICEK, M. Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidenced-based public health. *Journal of Epidemiology*, 7(4): 187-197, dec., 1997.
- LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LUPTON, D. *The Imperative of Health: public health and the regulated body*. Londres: Sage, 1995.
- LUPTON, D. *Risk: key ideas*. Londres: Routledge, 1999.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M. & NETIER, T. W. (Orgs.) *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj/Relume-Dumará, 1993.
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- MORIN, E. *O Problema Epistemológico da Complexidade*. Portugal: Publicações Europa-América, s.d.
- NIETZSCHE, F. *Obras Incompletas. Gaia ciência*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- PETERSEN, A. Risk, governance and the new public health. In: PETERSEN, A. & BUNTON, R. (Eds.) *Foucault, Health and Medicine*. Londres/Nova Iorque: Routledge, 1997.
- SABROZA, P. C. *Saúde pública: procurando os limites da crise*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1994. (Mimeo.)
- SANTOS, B. S. *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Afrontamento, 1987.
- SCILIAR, M. *A Paixão Transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.
- SEEDHOUSE, D. *Health Promotion: philosophy, prejudice and practice*. England: Wiley, 1997.
- TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. *Ann. Review of Public Health*, 11: 39-51, 1990.