

LUÍSA FERREIRA DA SILVA

**SAÚDE COMUNITÁRIA:
A PARTICIPAÇÃO NUMA ESTRATÉGIA REGULADORA**

Introdução

Nas últimas décadas, o discurso sobre saúde deu ênfase às noções de educação, promoção e participação, num objectivo expresso de aproximar da vida quotidiana das pessoas à instituição social de saúde com vista a melhorar o nível de saúde das populações. Subjacente a este discurso está o reconhecimento da necessidade de provocar mudanças num sistema dominado pelos cuidados clínicos e curativos, com exigências tecnológicas crescentes e envolvendo importantes investimentos financeiros, sem contrapartidas proporcionais nas melhorias ao nível da própria saúde e da satisfação dos utentes.

É neste contexto que, nas últimas décadas do século XX, as políticas e os sistemas de saúde são instados a focar a promoção da saúde como intervenção comunitária. O papel central da comunidade no desenvolvimento da saúde foi enunciado em 1978 pela Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) que deu relevo à relação de associação entre as desigualdades em saúde e as desigualdades sócio-económicas. Os princípios de promoção da saúde foram desenvolvidos pela Conferência de Otava (WHO, 1986) que definiu com clareza os vários níveis em que a promoção da saúde supõe intervenção: o das políticas públicas, o dos meios de vida socio-ambientais, o da acção comunitária, o das aptidões individuais e o da re-orientação dos serviços de saúde no sentido de uma atitude e organização da promoção que ultrapasse a prestação de cuidados clínicos e curativos e abarque uma política multissectorial interventiva nas mudanças sociais e incentivadora da participação activa dos indivíduos e dos grupos.

A década de noventa produziu novos textos internacionais em que o objectivo de promoção da saúde se propõe contribuir à transformação de uma população *objecto de todos os cuidados* em *habitantes sujeitos do seu próprio destino* (OMS, 1994:44). São valorizadas *a opinião e a opção dos cidadãos* no que respeita *ao conteúdo dos cuidados, aos contratos de prestação de serviços, à qualidade da interacção prestador/paciente, à gestão das listas de espera e ao seguimento das reclamações*, pelo que é exigido que os cidadãos *disponham de meios importantes, correctos e oportunos de informação e de educação* (WHO 1996).

Este é o enquadramento político da saúde comunitária como estratégia de promoção de saúde. Estratégia que se caracteriza por uma ruptura com o modelo clínico em favor de uma conceptualização de saúde global, implicada no processo de desenvolvimento e associada às dinâmicas do desenvolvimento social. A intervenção dos profissionais da saúde é integrada na coordenação com os outros sectores sociais que incluem o governo, as autoridades locais, as organizações não governamentais, a indústria e os media. Os serviços de saúde são instados a *partilhar o poder com os outros sectores, as outras disciplinas e, sobretudo, com as próprias pessoas* (WHO 1986: 4).

Este texto analisa a estratégia da promoção da saúde do ponto de vista da ideologia que lhe subjaz. No contexto da globalização capitalista e consequente aumento das desigualdades sociais, e na sequência dos movimentos de contestação das décadas de sessenta e setenta, reveladores da crise de legitimidade das instituições, a promoção da saúde assenta na ciência o exercício de uma intervenção reguladora em que os indivíduos são chamados a participar na gestão do sistema. Faremos o exame das noções de participação e de comunidade relacionando-os com os objectivos de saúde a que se propõem. Previamente, situaremos a concepção teórica de saúde/doença em que se move a ciência social e faremos referência ao contexto social de afirmação dos saberes leigos da doença.

Saúde e doença são construções sociais

A saúde/doença são construções sociais nas quais a sociedade inscreve a sua visão do mundo e impõe a marca da sua organização. Para além da sua realidade biológica, o entendimento da saúde e da doença é relativo, variável com as sociedades e épocas históricas.

Nas sociedades modernas, o modelo biomédico impôs-se na resposta à doença cuja experiência está hoje fortemente condicionada à medicalização. É verdade que, ao longo do século XX, a concepção biologista da doença foi substituída pela concepção bio-psico-social que integra a psicologia e os comportamentos (Armstrong, 1984). Mas apesar das mudanças no papel social e simbólico da medicina na sociedade moderna, e das variações no próprio modelo médico, a sua abordagem predominante na prática clínica continua a ser a procura da evidência física da doença ou disfunção – assim como o uso de tratamentos físicos (tais como drogas, cirurgia, ou radiação) para corrigir essas

anormalidades (Helman, 1984: 83). É a esse conjunto complexo que inclui o conhecimento, as práticas, as organizações e os papéis profissionais que se refere a expressão biomedicina.

O modelo biomédico impôs-se no campo social, alargando o seu espaço para domínios de comportamento anteriormente encarados noutras leituras como problemas morais (alcoolismo e suicídio, por exemplo), ou como fenómenos naturais do curso da vida (gravidez, parto, envelhecimento). Nesse sentido, a sociedade actual é uma sociedade medicalizada, que atribui significados de doença a numerosas dimensões da existência (Illich, 1975).

A marca da sociedade na saúde e doença está também presente na sua distribuição desigual e mais penalizadora dos grupos sociais menos favorecidos nas hierarquias de papel e de status (Townsend *et al.*, 1982; Bartley *et al.*, 1998; Leclerc *et al.*, 2000). A saúde/doença está, com efeito, muito para além do estado natural do corpo na sua variabilidade individual, sendo reflexo da interpretação dos sinais do corpo como se percebe na constatação de um importante desnível entre a incidência de doença medicamente diagnosticável e as taxas de recurso à medicina (Hannay, 1980). As raízes sociais da saúde/doença aparecem com efeito na distância que separa o mal-estar (sentir-se doente) do adoecer (considerar-se doente) e do assumir-se como doente (consultar a medicina ou tornar-se paciente) (Zempléni, 1985) a qual justifica grande parte do recurso diferenciado aos cuidados médicos, preventivos e curativos, consoante o grupo social em que se está inserido (Calnan *et al.*, 1991; Blackburn, 1999). A verdade é que a vivência da saúde e da doença e os comportamentos a ela referidos são condicionados pelas circunstâncias da existência e pelas formas ou estilos de vida que nelas se modelam. Não se vive o corpo nem se fala dele de forma idêntica em todos os grupos sociais (Boltanski, 1971).

O cariz social da doença está, para além disso, presente na prática profissional. Descobre-se a influência das representações sociais do senso comum na tendência médica diferencial para classificação como doença, atribuição de diagnósticos e definição de tratamentos, segundo os grupos sociais. Face a quadros semelhantes, pessoas de diferentes classes e estatutos sociais, recebem diagnósticos mais ou menos estigmatizantes e tratamentos mais ou menos medicamentosos, situação que está sobretudo documentada para a doença mental (Hollingshead *et al.*, 1958; Scheff, 1975) e para as diferenças de género (Miles, 1991). A saúde e a doença não são realidades apenas do corpo físico mas da sua relação com o corpo social.

Novos actores sociais em saúde/doença

Nas relações sociais que estruturam o espaço da saúde/doença, os anos recentes foram marcados pelo aparecimento de outros actores para além dos profissionais. A doença crónica configurou uma nova definição do papel de doente que abandona a atitude tendencialmente passiva e assume a negociação como processo de construção de uma nova relação médico-doente e como afirmação reconstrutiva da sua identidade para além de, ou em resistência a, a etiqueta diminutiva (em alguns casos, estigmatizadora) de doente; de pessoa doente, o/a “doente” torna-se “pessoa que tem uma doença”, num processo de distanciação que a coloca, face aos profissionais da medicina, num estatuto de maior igualdade (Baszanger, 1986).

Paralelamente, em relação a variadas doenças se têm constituído associações (de doentes, familiares, amigos e profissionais) com funções de suporte emocional e relacional, de influência no tecido social e na organização de cuidados médicos e assistenciais. A partilha de experiências que promove a auto-compreensão, encoraja uma atitude de auto-regulação na forma de lidar com a doença e o tratamento, atitude que, de certa forma, confronta a dominação médica e configura uma avaliação do seu conhecimento centrado nos processos do corpo (Kelleher, 1994). As associações ligadas à SIDA, protótipo deste tipo de associativismo, combateram com sucesso a imagem negativa da seropositividade e conseguiram influenciar o poder de decisão no que respeita aos direitos em matéria de investigação e de prevenção (Herzlich, *et al.*, 1984; Bastos, 1997; Brown, 1997).

Mas não só as pessoas com doença(s) exigem mudança nos termos da relação entre os especialistas (“conhecimento sagrado”) e a população (“conhecimento leigo”). Pessoas e grupos da população em geral assumem-se como competentes e empenhadas na gestão da sua saúde, numa atitude que contesta a despersonalização do “paciente” e impõe à instituição de saúde a dimensão subjectiva da vivência dos indivíduos. Individualmente e em associação, os sujeitos tornam-se agentes que reivindicam um espaço de controlo e de decisão nas opções que configuram os cuidados e que definem a concepção do que é, afinal, a saúde (Herzlich, *et al.*, 1984; Saks, 1998). Multiplicam-se as possibilidades de escolha de cuidados de saúde pelo re-aparecimento de terapêuticas alternativas valorizadoras da experiência subjectiva e propondo para a saúde/doença novas conceptualizações “doces” ou globais e integradoras da procura do significado existencial do mal-estar (Sharma, 1990; Saks, 1998).

Esta intervenção multifacetada de vários agentes sociais – indivíduos, grupos e organizações – constitui uma das facetas do processo de reflexividade institucional no que contem quer de individualização, ou auto-responsabilização pela própria biografia, quer de subjectivação ou interferência da dimensão privada na dimensão político-institucional. A reflexividade da vida social moderna consiste no facto de as práticas sociais serem constantemente examinadas e reformadas à luz da informação adquirida sobre essas mesmas práticas, alterando assim constitutivamente o seu carácter (Giddens, 1990). Ulrich Beck (1994) apelidou de sub-política esse tipo de actividade característico das sociedades de modernidade tardia que impele os indivíduos e grupos a tornarem-se agentes da configuração da sociedade a partir de baixo.

A dimensão educativa da saúde comunitária – a hegemonia da ciência

A saúde comunitária assenta na promoção da saúde como significado de: melhorar a capacidade de resposta positiva aos desafios do ambiente físico e social, seja ao nível dos indivíduos, concretizada nos objectivos de preservar o recurso pessoal de saúde e desenvolver as potencialidades de lidar com o stress biológico e psicológico, seja ao nível comunitário de diminuir as desigualdades, melhorar os indicadores colectivos de mortalidade e morbidade e diminuir o risco nas condições ambientais. A participação como método para alcançar tais objectivos dirige-se ao *empowerment* (conceito que passamos a referir pela tradução portuguesa: empoderamento¹) das populações, entendido como reforço do exercício da autonomia pelo auto-controlo da própria saúde e do exercício da cidadania pela intervenção colectiva na definição de prioridades da micro-política (WHO 1986).

Como método, a promoção da saúde distancia-se da “tradicional” (informativa e pedagógica) educação para a saúde pela ênfase que coloca no empoderamento dos agentes individuais e colectivos com vista ao aumento da sua capacidade de escolher e de decidir. No entanto, é na estratégia educativa que a promoção da saúde, assenta a racionalidade das escolhas informadas. A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social mediante a passagem de informação, a educação para a saúde e o desenvolvimento das competências para a vida. Desta forma, aumenta as opções disponíveis para que as pessoas

¹ De acordo com parecer de Malaca Casteleiro à CIDM em 1995.

exercem maior controlo sobre a sua própria saúde e sobre a saúde do ambiente que as rodeia, assim como façam opções que conduzem à saúde (WHO 1986: 3).

A dimensão capacitadora sobre que o texto fundador da promoção da saúde assenta o empoderamento das pessoas e das comunidades, aparece assim como uma dimensão limitada pela concepção implícita do conhecimento como monopólio dos peritos a quem compete democratizá-lo. Nessa perspectiva, a promoção da saúde constituir-se-ia em passagem dos conhecimentos científicos sobre saúde, com construção, na população, de atitudes condizentes com tais aprendizagens. Intervenção que se situa no âmbito da governabilidade dos corpos, exercida pelo mecanismo do saber-poder, recorrendo a processos de interiorização que dirigem a vontade e a auto-disciplinam. Em suma, está-se perante uma filosofia de acção inovadora (empoderamento e participação) para objectivos convencionais (Davies, *et al.*, 1993) na medida em que a finalidade reside na passagem da mensagem científica sobre a saúde, substituindo por ela o conhecimento popular.

Ora, o conhecimento leigo não é apenas um conhecimento feito de “irracionalidades” que oferecem resistência à adopção da mensagem racional; ele é um outro tipo de conhecimento cuja “racionalidade” é subjectiva, biográfica, feita da interpretação e da procura do sentido da vida (Williams *et al.*, 1994). Na sua relação com as pessoas na comunidade, a instituição promotora da saúde deve estar aberta a esta dimensão cultural da saúde/doença e aprender com ela sobre as formas de viver esse domínio da vida de que conhece essencialmente os processos biológicos (Nunes, 1997).

Na sociedade da mudança permanente em que vive, sociedade contingencial em que as pessoas são obrigadas a fazer opções em termos de compromisso, as opções individuais são eivadas de subjectividade, o que significa que se integram no fluxo processual permanente em que o actor não “é” mas “faz-se” e que, a cada momento, avalia não só racional mas também emocional e temperamentalmente entre os riscos potenciais para a saúde e os riscos potenciais para as outras dimensões da sua existência. As escolhas representam o compromisso possível entre o saudável e as realidades laborais, económicas e sociais, e não são opções livres de condicionalismos externos, apenas determinadas pelo desejo do bem-estar em saúde, hoje e no futuro.

Com efeito, o estudo dos problemas de saúde, numa perspectiva de identificação e medida da importância relativa dos factores de risco, verifica a predominância da predisposição social e cultural relativamente ao estilo de vida individual (Frankenberg, 1993). O estilo de vida é uma construção que se decide no espaço situado entre a socialização, condicionada pelas predisposições estruturais, e as escolhas individuais

(Bourdieu, 1979). É assim que as condições de vida associadas ao baixo estatuto económico, educacional e ocupacional estão na base da incidência diferencial dos comportamentos de risco, da exposição aos perigos ambientais e do recurso aos cuidados preventivos de saúde numa relação de causa fundamental (Link *et al.*, 1995; Mckinlay, 1975; Blackburn, 1999).

No entanto, as estratégias de promoção da saúde têm investido fundamentalmente nas mudanças de comportamento (Eyles *et al.*, 2001), num procedimento de individualização da doença que oculta as condições estruturais que em grande parte a determinam e que pode contribuir ao efeito de *culpabilização das vítimas* com efeitos discutíveis sobre a saúde das populações (Crawford, 1977; Minkler, 1999). Vários estudos têm verificado uma falta de coincidência, nos actores, entre o conhecimento das normas relativas ao modo de vida saudável, as atitudes consideradas desejáveis e os comportamentos realmente efectuados (Calnan, 1987; Blaxter, 1998; Vieira, 2000).

Contudo, apesar de as mensagens sobre estilo de vida e comportamentos individuais terem sido adoptadas por uma boa parte da população, e de conseqüentemente se verificar maior consciência sobre a necessidade de responsabilidade pessoal pela saúde, a capacidade de muitas pessoas para agirem de acordo com esses conhecimentos é, em geral, fortemente limitada pela ausência de um ambiente cultural, social e económico favorável (Ziglio *et al.*, 2000: 144).

As potencialidades da promoção da saúde apontam para a conjugação de esforços entre a saúde pública e as disciplinas sociais no sentido de desenvolver uma *epidemiologia dos processos sociais* (Carballo, 1987) e de por esse meio contribuir para o alargamento do pensamento político-social sobre o estado de saúde, integrando os conhecimentos, práticas e significados culturais (Corin, 1975), focando a necessidade de mudanças conceptuais e políticas na via do desenvolvimento e na administração dos recursos, bem como para o alargamento da capacidade reflexiva dos indivíduos e dos grupos e da sua capacidade de resistência sub-política. Paulo Freire (1969) trabalhou esta perspectiva da *conscientização* como uma relação que promove a consciência crítica sobre os factores (sociais, económicos e políticos) determinantes da configuração dos problemas e a capacidade para neles intervir.

A dimensão participativa da saúde comunitária

Como processo de empoderamento, a participação supõe que a análise das necessidades deixe de reflectir prioritariamente as preocupações dos profissionais e passe a integrar o pensamento leigo sobre as questões da saúde (Machado, 1990; Bass, 1994; Sturt, 1998). A participação em saúde é assim configurada como partilha do poder num processo que supõe a dinamização da capacidade organizativa da comunidade para intervir de forma consciente e responsável. O empoderamento da população é resultado desse processo que não só promove a democratização do conhecimento para além dos grupos e instituições especialistas onde se sedia, como promove, nos especialistas, a capacidade de escuta e consideração pelo conhecimento leigo, num processo de “alimentação” da reflexividade mútua que devolve aos agentes, especialistas e leigos, o sentimento de confiança, o desejo e a capacidade de intervir na política. Scott Lash refere-se a esta *possibilidade de desenvolver uma noção do ‘self’ consistente com a noção do “nós”*, como uma *hermenêutica da recuperação da comunidade* na sociedade da individualização (1994: 161).

Ou seja, definir a promoção da saúde pela via da participação é instalá-la no campo necessariamente conflitual dos poderes (políticos e de administração, profissionais e leigos) e suas fronteiras. Examinemos os níveis concretos de manifestação da ambivalência a que a saúde comunitária está sujeita o que faremos com recurso à distinção das duas direcções em que se orienta a participação em saúde: a participação que traz a população para o espaço da instituição e a participação que leva a instituição ao espaço da vida da comunidade.

A primeira direcção é a da participação que “senta” a comunidade à mesa das decisões pela via da representatividade dos seus organismos e organizações nos órgãos regulares da gestão do sistema de saúde. Este é, no interior da própria instituição, um espaço criador da oportunidade de abertura da visão especializada da saúde. No entanto, ele é, na prática, um espaço liderado pelos especialistas (especialistas da saúde, em posição dominante, mas também outros especialistas representantes de outras instituições) onde facilmente se manifesta a tendência redutora para a mera representatividade formal dos agentes leigos, numa perspectiva que encara a participação mais como uma questão de eficiência do que de democracia. Na prática, os utentes não vêem o seu poder reforçado. Apesar do aumento de informação sobre certos aspectos dos cuidados de saúde, tais como o acesso, ainda se mantém uma assimetria considerável entre utentes e fornecedores (Shabckley e Rukan, 1994; Gabe *et al.*, 2000: 269).

A divisão social do saber-poder, visível na distância entre o discurso esotérico relativo a conceitos, indicadores e raciocínios técnicos, e a expressão popular das preocupações e problemas vivenciados no quotidiano social, traduz-se frequentemente em consensos em torno de objectivos pré-estabelecidos pelos administradores dos serviços (White, 2000).

A participação, para ser activa e consciente, terá de estar habilitada a introduzir o diálogo sobre temas e racionalidades que estão para além da lógica pericial inscrita nos relatórios e programas, a impor a construção de novos indicadores capazes de medir subjectividades, a opor-se à construção prévia de decisões, a exigir a transparência da contabilidade e outros elementos avaliadores do funcionamento dos serviços – habilitação que se desenvolve no interior do processo de empoderamento da comunidade que aquelas instâncias pretendem representar. “A capacidade técnica (...) poderia então passar do estatuto de modo de apropriação do saber reservado a alguns iniciados para o de construção comum, conjunta, de um saber e de um conhecimento úteis, baseado na partilha do saber e do poder” (Pissarro *et al.*, 1994).

As potencialidades para intervir ao nível da ordem social que sustenta o nível institucional são compreensivelmente reduzidas no entendimento que faz da participação um objectivo subordinado à liderança da instituição de saúde. A pesquisa sobre as experiências de participação em saúde é reveladora de uma “apatia” por parte dos actores leigos cujo empenhamento decisivo e continuado é função, em grande parte, do suporte político e organizativo (Kennedy, 2001) e da existência de interesses comunitários organizados, interesses esses que as administrações têm relutância em aceitar (White, 2000).

Segundo alguns autores, o que deve entender-se na contestação leiga que manifesta insatisfação com o sistema de saúde, não é que as pessoas pretendem ser associadas à sua gestão burocrática, mas que pretendem sobre ele serem informadas e serem consultadas (Williams, *et al.*, 1994).

O acesso à informação e à comunicação é uma condição da integração social nas sociedades de modernidade tardia. É a informação que alimenta a reflexividade dos agentes sociais, fundamenta as escolhas, sustenta a auto-afirmação no relacionamento com o sistema, enriquece a comunicação com os outros agentes, incentiva a associação colectiva, possibilita a tomada de palavra nos momentos de consulta organizada e cria as condições para a participação representativa não meramente formal. A prática de “consulta informada” (preparada mediante distribuição de dossiers, organização de sessões de informação e debate, acessibilidade a documentos, etc.) poderá ser indutora de mudanças e

estabelecer as bases para a organização do exercício do controlo na instituição e seus sistemas periciais.

Vários países (Inglaterra, Dinamarca, Alemanha, França, nomeadamente, na Europa) têm vindo a organizar o debate aberto à participação do público, sobre as questões de princípio e de funcionamento do sistema de saúde, tais como os direitos dos utentes, a prevenção, a acessibilidade, etc. O objectivo de tal mobilização dos cidadãos é a promoção do esclarecimento colectivo – criar uma ‘cultura de saúde pública’ (Garros, 2000) – e da participação directa, viabilizando a decisão conciliadora do interesse geral com os interesses particulares. Contrariamente ao que se poderia prever, esses debates concluem que as reivindicações não se dirigem ao acréscimo de serviços e de cuidados mas antes à dimensão humana nos cuidados de saúde e à qualidade da relação com os profissionais: melhor informação, melhor escuta, melhor acompanhamento, mas também mais transparência e mais respeito pela sociedade civil no que respeita à relação com as estruturas de cuidados (Khodoss, 2000).

Portugal não se implicou ainda na direcção destas experiências de democracia directa que, como referem Letourmy *et al.* (2000), não só melhoram a informação e a reflexão responsável por parte dos agentes, como contribuem para a mudança da relação médico-doente e, nessa medida, para a mudança nas práticas médicas.

(...) estas experiências foram implementadas no contexto de trabalhos parlamentares ou sob égide governamental. De forma nenhuma pretendiam substituir-se ao funcionamento representativo das instituições, mas tinham como objectivo alimentar o debate e a reflexão dos responsáveis políticos. Do que se trata é de fazer emergir um ponto de vista suplementar aos já existentes, os dos técnicos (Ghadi *et al.*, 2000: 23).

A experiência mostra que este tipo de iniciativas são interessantes, no entanto muito está ainda por conseguir. Para além dos problemas de definição, denominação ou legitimidade dos representantes dos utentes ou da população, o tempo de palavra nestas instâncias é ainda em grande parte ocupado pelos profissionais (...). A emergência de um verdadeiro debate social sobre as prioridades de saúde em que cada pessoa possa e ouse exprimir-se, necessita de um longo trabalho preparatório de informação e até de formação. (Garros, 2000: 91-92).

A segunda direcção da participação é a comunidade. Neste campo, a ambivalência primeira do processo de construção da participação tem também a ver com a liderança do processo, colocada na iniciativa da instituição de saúde. As instituições (aqui, como sinónimo de organizações) são, pela sua própria natureza, cristalizações de poderes (profissionais, maioritariamente) sobre os quais assenta a organização social. Instituidora do poder médico nas hierarquias profissionais e da conseqüente valorização de prioridades tecnológicas na distribuição dos recursos (dinheiro, tempo e categorias de pessoal), nos objectivos e nos indicadores de avaliação, a instituição de saúde tende a remeter a saúde comunitária para a periferia do sistema. É o equilíbrio da instituição que está em jogo, com a saúde na comunidade a representar a ameaça à estabilidade, assente, a nível interno, na especialização dos seus profissionais e, para o exterior, na barreira que os separa dos seus “utentes”. A saída para o exterior constitui um desafio à aplicabilidade dos seus conhecimentos, às certezas assentes em conceitos abstractos e técnicos que pouco têm em conta a experiência da vida e a procura de significados para a doença, e à capacidade de relacionamento “desprotegido” no sentido de imersão no “mundo da vida” com as suas regras interaccionais tão diferentes das que vigoram no espaço físico da instituição.

A saúde comunitária aparece, na generalidade dos países europeus, aliada a políticas mais ou menos consistentes de saúde pública a nível da administração local (Fassin, 1998). A saúde comunitária é transposta para a prática principalmente através de projectos, embora estes tenham características de maior continuidade, designadamente, em alguns países, do ponto de vista do retorno para os objectivos dos serviços (Denmark Ministry of Health, 1994; Bass, 1994; Haglund *et al.*, 1997; Green, 1999).

Portugal é particularmente inactivo, no contexto mundial, no que respeita a implementação da saúde comunitária. Apesar das declarações programáticas do Plano Nacional de Saúde e da existência de uma estrutura de saúde pública no interior das ARS, responsável pela saúde comunitária, a falta de regulamentação adequada e de recursos, nomeadamente humanos, leva a que a saúde comunitária seja abordada na perspectiva de programas definidos em função da prevenção da doença individual e se corporize em projectos locais de trabalho directo com “comunidades” (zonas de habitação) desfavorecidas e onde se acumulam os problemas sociais relacionados com a exclusão social. São, genericamente, iniciativas que estão na base da criação de programas de informação ou de acções dirigidas à mudança de hábitos. São raras as intervenções de saúde comunitária que se direccionam para o objectivo de participação continuada das

peças da população-alvo, mediante a dinamização da organização de grupos locais e da formação de líderes.

A nível internacional, na saúde comunitária, a definição da “comunidade” é usualmente feita pelos profissionais (um bairro degradado; uma comunidade étnica; etc.), de acordo com os seus próprios objectivos e com base numa convicção de homogeneidade que, à partida, não cria espaço ao equacionamento da diferenciação social, da conflitualidade interna, ou da auto-organização da população; a “comunidade” é muitas vezes sinónimo de grupos, “administrativamente” criados (a associação de pais, o lar de idosos, os professores, etc.) a quem as acções são dirigidas (Jewkes *et al.*, 1990). De uma forma geral, o objectivo que subjaz à promoção da participação directa das pessoas e grupos ou organizações da comunidade está informado pela visão biomédica da saúde e utiliza a participação para validar, legitimar ou tornar menos ineficazes as acções dos/as profissionais (Bass, 1994).

Apesar dessas limitações, reconhece-se nestas práticas de iniciativa voluntarista e empenhada, o germe da pesquisa-acção emancipatória no que têm de associação de pessoas com competências diversas que se inter-apoiam e estimulam no desenvolvimento da acção crítica e na assunção de responsabilidades mútuas, determinadas a aprendizagens mútuas e a deixarem-se corrigir pela prática (Gomes, 1992). Instauram um espaço novo de interacções entre profissionais de saúde, agentes da comunidade e profissionais de outras organizações sociais cujas potencialidades de celebração da diferença presente na pluralidade de discursos as situa no espírito da pesquisa nomádica baseada na convicção de que não há uma verdade única sobre o mundo, mas todos os conhecimentos são contingentes e processuais (Fox, 1999).

No entanto, o seu carácter periférico no interior da instituição reduz estas experiências a uma dimensão voluntarista e pontual que lhes minimiza a capacidade de interferir com a ordem instituída em que se movem os poderes da saúde. Ficam consideravelmente inalteradas, na cultura da instituição, as suas relações hierárquicas subordinadas ao poder-saber médico como verdade fundacional, a falta de diálogo com as visões leigas da saúde, a exclusão da subjectividade na experiência do ser doente, a não consideração da causalidade social no risco de adoecer, a rigidez da burocracia, a visão dos direitos dos utentes numa perspectiva individual e não colectiva, a atribuição de recursos que privilegia os cuidados curativos e a passividade face aos mecanismos do poder político-económico nas suas responsabilidades de controlo das condições ambientais.

A promoção da participação comunitária em saúde descobre-se assim enredada nas relações de força construtivas da sua produção como mecanismo de regulação que pretende disputar, no terreno, um espaço potenciador do vector da emancipação. Na prática, ela tem funcionado como ponto de resistência no interior do sistema, mas não tem tido capacidade para instaurar a re-orientação dos serviços de saúde².

Síntese final

A saúde comunitária tem como objectivo a promoção da saúde numa abrangência que, implicando todos os aspectos da vida individual e colectiva, representa uma nova configuração da bio-política de regulação social. Nela, os agentes sociais são chamados a tomar parte activa e responsável, integrando de forma consciente a sua qualidade de sujeitos políticos. A estratégia de intervenção na comunidade conjuga a vertente participativa dirigida ao reforço do poder das populações, com a vertente educativa que a ela contribui pela divulgação do conhecimento especializado. Esta dimensão educativa comporta riscos e potencialidades, do ponto de vista da emancipação e empoderamento das pessoas e comunidades, riscos e potencialidades compreendidos na dialéctica que se joga entre uma prática tradicional de “medicalização” da experiência da saúde/doença (educação baseada numa estratégia predominantemente informativa) e uma prática colaborante, aberta à pluralidade de discursos, capaz de aceitar a visão leiga com a mesma seriedade com que encara a visão científica, reconhecendo a cada uma o seu valor específico.

A promoção da saúde joga-se também no campo das condições estruturais que influenciam a saúde, em relação aos quais a tensão se situa entre uma orientação que privilegia a actuação médica nos efeitos ou a intervenção política nas causas. Esta última exige uma conjugação de esforços capazes de reverter directamente para a política governativa os conhecimentos capazes de influenciar as decisões no sentido da saúde, assim como de alimentar a reflexividade dos agentes sociais, individualmente ou em grupo, contribuindo à sua capacidade de decisão crítica e de exercício de contestação relativamente às medidas de política que, por intervenção ou por omissão, prejudicam a saúde. É neste contexto de desenvolvimento da capacidade de reflexão informada que faz sentido apelar à

² Fica excluída deste texto a participação como mecanismo político da sociedade brasileira, realidade diferente da europeia no que tem de intervenção legalizada de representantes de toda a sociedade na definição de políticas e sua execução.

participação, seja ao nível da organização e funcionamento da instituição de saúde, seja ao nível da construção do sentimento comunitário em torno da procura de verdades plurais capazes de instituir o diálogo entre a ciência e a vida prática.

Promover a saúde pode então significar uma mudança cultural em que a atenção que se dá ao corpo deixe de reverter para a procura de cuidados médicos, em favor de um modo de vida em que o desporto não é uma distração, as férias não são uma perda de tempo e dinheiro, a alimentação variada e feita de alimentos frescos não é um luxo, etc.

Referências bibliográficas

- ARMSTRONG, D. (1986), “The invention of infant mortality”, *Sociology of Health and Illness*, 8 (3): 211-231.
- BARTLEY, M.; BLANE, D.; SMITH, G. D. (1998), *The Sociology of Health Inequalities*, USA, Blackwell Publishers/Editorial Board.
- BASS, M. D. (1994), *Promouvoir la Santé*, Paris, L'Harmattan.
- BASTOS, C. (1997), “A pesquisa médica, a SIDA e as clivagens da ordem mundial: uma proposta de antropologia da ciência”, *Análise Social*, XXXII, 140: 75-111.
- BASZANGER, I. (1986), “Les Maladies chroniques et leur ordre négocié”, *Revue Française de Sociologie*, XXVI: 3-26.
- BECK, U. (2000), “A reinvenção da política. Rumo a uma teoria da modernização reflexiva”, in U. Beck *et al.*, *Modernização Reflexiva. Política, tradição e estética no mundo moderno*, Oeiras, Celta, pp. 1-51 e 165-174 (1994, ed. ingl.).
- BLACKBURN, C. (1999), “Poor health, poor health care – the experiences of low-income households with children”, in M. Purdy e D. Banks, *Health and Exclusion: policy and practice in health provision*, London, Routledge, pp. 26-44.
- BLAXTER, M. (1998), *Health and Lifestyles*, London, Routledge (1990, 1.^a ed.).
- BOLTANSKI, L. 1971, “Les usages sociaux du corps”, *Annales Economies-Sociétés-Civilisations*: 205-231.
- BOURDIEU, P. (1979), *La Distinction: critique sociale du jugement*, Paris, Minuit.
- BROWN, M. P. (1997), *Replacing Citizenship. AIDS activism and radical democracy*, New York and London, The Guilford Press.
- CALNAN, M. (1987), *Health and Illness: the lay perspective*, London and New York, Tavistock.
- CALNAN, M.; WILLIAMS, S. (1991), “Style of life and the salience of health: an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances”, *Sociology of Health and Illness*, 13 (4): 506-529.
- CARBALLO, M. (1987), “Address to 10th Social Science and Medicine Conference”, Sitges, Barcelona, cit por FRANKENBERG, R. (1993), “Anthropological and epidemiological narratives of prevention”, in S. Lindenbaum e M. Lock, *Knowledge, Power and Practice: the anthropology of medicine and everyday life*, Berkeley, Los Angeles and London, University of California Press, pp: 219-242.
- CORIN, E. (1995), “The cultural frame: context and meaning in the construction of health”, in B. C. Amick *et al.*, *Society and Health*, Oxford University Press.
- CRAWFORD, R. (1977), “You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming”, *International Journal of Health Services*, 7 (4): 663-681.
- DAVIES, J. K.; KELLY, M. P. (1993), *Health Cities: research and practice*, London, Routledge.

- DENMARK MINISTRY OF HEALTH (1994), *Lifetime in Denmark*, Denmark.
- EYLES, J. *et al.* (2001), "What determines health? To where should we shift resources? Attitudes towards the determinants of health among multiple stakeholder groups in Prince Edward Island, Canada", *Social Science and Medicine*, 53 (12): 1611-1619.
- FASSIN, D. (1998), "Politique des corps et gouvernement des villes. la production locale de la santé publique", in D. Fassin (dir.), *Les Figures Urbaines de la Santé Publique/enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, pp. 7-46.
- FOX, N. J. (1999), *Beyond Health. Postmodernism and embodiment*, London: Free Association Books.
- FRANKENBERG, R. (1993), "Anthropological and epidemiological narratives of prevention", in S. Lindenbaum e M. Lock, *Knowledge, Power and Practice: the anthropology of medicine and everyday life*, Berkeley, Los Angeles and London, University of California Press, pp: 219-242.
- FREIRE, P. (1969), *Educação como Prática da Liberdade*, Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- GABE, J.; CALNAN, M. (2000), "Health care and consumption", in S. J. Williams *et al.*, *Health, Medicine and Society. Key theories, future agendas*, London and New York, Routledge.
- GARROS, B. (2000), "Démocratie sanitaire et priorités en santé publique: 'aujourd'hui plus qu'hier et moins que demain!'. Quelques réflexions", *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, Avril-Juin: 89-95.
- GHADI V.; POLTON D. (2000), "Le marché ou le débat comme instruments de la démocratie", *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, Avril-Juin, 15-32.
- GIDDENS, A. (1992), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta (1990, ed. ingl.).
- GREEN, L. W. (1999), "Health education's contributions to public health in the twentieth century: a glimpse through health promotion's rear-view mirror", *Amm. Review Public Health*, 88: 20-67.
- HAGLUND B. J. A.; PETTERSSON, D. F.; TILLGREN, P. (1997), *Créer des Environnements Favorables à la Santé – Exemples donnés à la Troisième Conférence Internationale sur la Promotion de la Santé*, Sundsvall, Suède, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, col. La Santé Publique en Action, 225.
- HANNAY, D. R. (1980), "The 'iceberg' of illness and 'trivial' consultations", *Journal of the Royal College of General Practitioners*: 551-554
- HELMAN, C. G. (2000), *Culture, Health and Illness*, Oxford, Butterworth Heinemann (1984, 1.^a ed.).
- HERZLICH, C. (1984), *Malades d'Hier, Malades d'Aujourd'Hui*, Paris, Payot.
- HOLLINGSHEAD, A. B.; REDLICH, F. C. (1970) (1958, 1.^a ed. New York), "Classe sociale et traitement psychiatrique", in C. Herzlich, *Médecine, Maladie et Société*, Paris, Mouton.
- JEWKES, R.; MURCOTT, A. (1990), "Meanings of community", *Social Science and Medicine*, vol. 43, 4: 555-563.
- KELLEHER, D. (1994), "Self-help groups and their relation ship to medicine", in J. Gabe *et al.*, *Challenging Medicine*, London and New York, Routledge.

- KENNEDY, L. A. (2001), “Community involvement at what cost? Local appraisal of a pan-European nutrition promotion programme in low-income neighbourhoods”, *Health Promotion International*, 16(1): 35-45.
- KHODOSS, H. (2000), “Démocratie sanitaire et droits des usagers”, *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, Avril-Juin: 111-126.
- LASH, S. (2000), “A reflexividade e os seus duplos. Estrutura, estética, comunidade”, in U. Beck *et al.*, *Modernização Reflexiva. Política, tradição e estética no mundo moderno*, Oeiras, Celta, pp. 105-164 e 187-204 (1994, ed. ingl.).
- LECLERC, A. *et al.* (2000), *Les Inégalités Sociales de Santé*, Paris, La Découverte.
- LETOURMY A.; NAIDITCH M. (2000), “L’information des usagers sur le système de soins: rhétorique et enjeux”, *Revue Française des Affaires Sociales*, 2, Avril-Juin: 45-60.
- LINK, B. G.; PHELAN, J. (1995), “Social conditions as fundamental causes of disease”, *Journal of Health and Social Behavior*, extra issue: 80-94.
- MACHADO V. L. (1990), “Conscientisation”, in Groupe de Travail coordonné par le Centre International de l’Enfance, *La Santé Communautaire. Concepts, actions, formation*, Paris, Centre International de l’Enfance: 115-118.
- MCKINLAY, J. B. (1975), “The help-seeking behavior of the poor”, in J. Kosa e I. K. Zola, *Poverty and Health. A Sociological analysis*, UK, Harvard University Press, pp: 224-273.
- MILES A. (1991), *Women, Health and Medicine*, Milton Keynes and Philadelphia, Open University Press.
- MINKLER, M. (1999), “Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century’s end”, *Health Education and Behavior*, 26 (1): 121-140.
- OMS, Bureau Regional da Europa; Portugal, Ministério da Saúde – DEPS (1985), *As Metas da Saúde para Todos*, Lisboa, Ministério da Saúde, DEPS.
- OMS (1996), *Rapport sur la Santé dans le Monde – combattre la maladie, promouvoir le développement*, Genève, OMS.
- PISSARRO, B. *et al.* (1994), “Développement social et santé”, *Revue Française de Santé Publique*, col. Santé et Société, n° 2: 42.
- SAKS, M. (1998), “Medicine and complementary medicine – challenge and change”, in G. Scambler e P. Higgs, *Modernity, Medicine and Health – debate on postmodernism*, London and New York, Routledge, pp.198-215.
- SCHEFF, T. (1975), *Labelling Madness*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, cit. por MORGAN, M. *et al.* (1985), *Sociological Approaches to Health and Medicine*, London, Croom Helm.
- SHARMA, U. M. (1990), “Using alternative therapies: marginal medicine and central concerns”, in P. Abbot e G. Payne, *New Directions in the Sociology of Health*, London, New York and Philadelphia, The Falmer Press, pp. 127-139.

- STURT, J. (1998), "Implementing theory into primary health care practice: an empowering approach", in S. Kendall, *Health and Empowerment. Research and practice*, London, Sydney and Auckland, Arnold, pp: 39-56.
- TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N. (1983), *Inequalities in Health – the Black Report*, GB, Penguin (1982, 1.^a ed.).
- VIEIRA, C. (2000), *Práticas Quotidianas de Alimentação*, Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais, Porto, Universidade Aberta – CEMRI.
- WHITE, D. (2000), "Consumer and community participation: a reassessment of process, impact and value", in G. L. Albrecht *et al.*, *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London, Sage, pp: 463-480.
- WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata*, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Setembro.
- WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17-21 Novembro.
- WILLIAMS, G. *et al.* (1994), "Lay knowledge and the privilege of experience", in J. Gabe *et al.*, *Challenging Medicine*, London and New York, Routledge, pp: 118-139.
- ZEMPLÉNI, A. (1985), "La maladie et ses causes", *L'Ethnographie*, 2: 13-44.
- ZIGLIO, J.; HAGARD; S.; GRIFFITHS, J (2000), "Health promotion development in Europe: achievements and challenges", *Health Promotion International*, vol. 15 (2): 143-154.