



Promoção da saúde como tecnologia para transformação social

Health promotion as technology for social transformation

MARCOS AURÉLIO MAEYAMA¹

CLÁUDIA HELENA JASPER²

LUANA GABRIELE NILSON³

LUISE LUDKE DOLNY⁴

LUIZ ROBERTO AGEA CUTOLO⁵

Resumo: O artigo discute inicialmente as diferenças conceituais da promoção da saúde a partir dos pressupostos teóricos de explicação do processo saúde-doença, tendo como referência o conceito ampliado de saúde e a melhoria das condições de vida das pessoas. Posteriormente justifica como as desigualdades sociais causam as iniquidades em saúde, apontando a promoção da saúde como possibilidade de transformação social. E por fim, apresenta e realiza discussão dos princípios e dos eixos da promoção da saúde como forma de orientação para construção de políticas, programas e projetos que visem à melhoria das condições de vida das pessoas.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Sistema Único de Saúde. Justiça Social.

Abstract

The article first discusses the concept of promoting health differences based on the theoretical premises of explaining the health-disease process, with reference to the broader concept of health and the improvement of peoples' living conditions. It then goes on to explain how social inequalities cause health inequities, pointing to health promotion as a means to social transformation. Finally, it presents and conducts a discussion of the principles and pillars of health promotion as a means of orientation for the construction of policies, programs and projects aimed at improving the living conditions of people.

Keywords: Health Promotion. Unified Health System. Social Justice.



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

RBTS

Revista Brasileira
de Tecnologias Sociais

1 Universidade do Vale do Itajaí. marcos.aurelio@univali.br

2 Universidade do Vale do Itajaí. claudiajasper@univali.br

3 Universidade Federal de Santa Catarina. luanagnilson@gmail.com

4 Universidade Federal de Santa Catarina. luiseludke@gmail.com

5 Universidade Federal de Santa Catarina. lu.cutolo@gmail.com

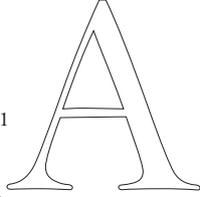


UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI

RBTS

Revista Brasileira
de Tecnologias Sociais



INTRODUÇÃO

Apesar de a promoção da saúde estar na pauta das principais discussões contemporâneas do setor saúde, seu entendimento ainda causa muita controvérsia, dificultando sua implementação na prática de saúde. A promoção da saúde apresentou entendimentos diferentes ao longo do tempo. Nestes entendimentos, o contexto histórico e o próprio entendimento sobre saúde é que determinaram sua explicação e conseqüentemente sua aplicação prática.

AFINAL, O QUE É PROMOÇÃO DA SAÚDE

A construção do conceito contemporâneo de promoção da saúde inicia-se na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa, na qual em seu relatório final descreve:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (OPAS, 1986, p.1).

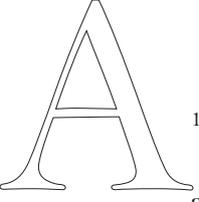
Numa análise superficial, o termo “capacitação” pode inicialmente sugerir atividades educacionais. Este entendimento pode reduzir a promoção da saúde à prática educativa em saúde, como comumente tem circulado nos ambientes acadêmicos e nos serviços de saúde. Porém, o próprio relatório vai mais longe, apontando que a promoção da saúde não deve ser exclusividade do setor saúde, indo para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 1986). Portanto, reconhece que não basta educar para um estilo de vida saudável. Esta constatação vem de experiências anteriores no Canadá, iniciadas em 1974, a qual ficou conhecida como Informe Lalonde, que instituiu uma mudança no sistema de saúde, enfatizando a adoção de estilos de vida saudáveis, e fora bastante criticado posteriormente por culpabilizar os indivíduos e não ser suficiente para transformar a situação de saúde da população (RABELLO, 2010).

O termo “capacitação” deve ser entendido aqui no sentido de “dar capacidade” às pessoas de exercerem sua saúde, ou seja, de dar condições materiais para que possam optar por um estilo de vida saudável, indo para além da informação, mas também a considerando.

Mas afinal, a qual saúde se está referindo?

O relatório da Carta de Ottawa considera como pré-requisitos para a saúde a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (OPAS, 1986). Em síntese descreve que a saúde é determinada por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Neste entendimento, promover saúde é dar “capacidade” para que as pessoas tenham acesso a estes determinantes de saúde, ou em outras palavras, tornar estes determinantes os mais favoráveis possíveis para as pessoas (Figura 1).

Neste sentido, saúde é entendida como positividade, mas ainda dentro dos limites estabelecidos pelo poder hegemônico das sociedades ocidentais – capitalismo – (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009), cujos determinantes sociais podem interferir positivamente ou negativamente na saúde das populações. Neste formato, não se questiona o processo político hegemônico capitalista (determinação social), que em última análise leva as iniquidades de acesso aos determinantes sociais e por conseqüência determinam as iniquidades em saúde. Portanto, a determinação social é entendida



a partir da construção de projetos político-democráticos contra-hegemônicos (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009) para transformação social, cujos parâmetros se baseiam na solidariedade.

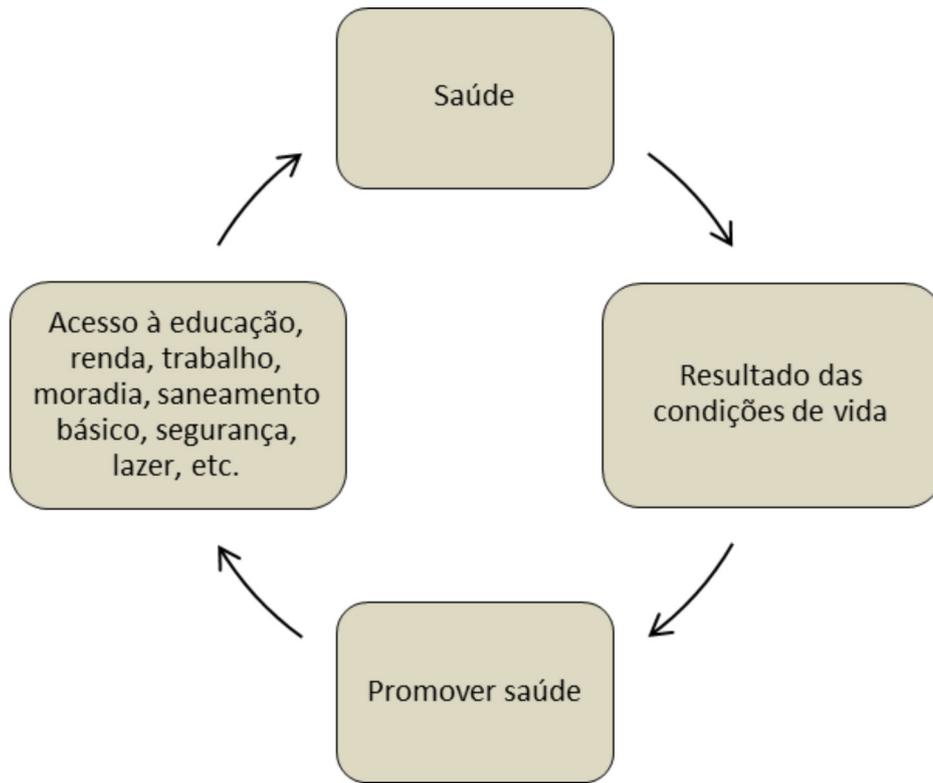


Figura 1 – Modelo explicativo da promoção da saúde a partir do conceito ampliado de saúde

Um dos grandes equívocos sobre o entendimento de promoção da saúde é considerá-la como sinônimo de prevenção. Esta confusão teórica vem especialmente do modelo desenvolvido por Leavell & Clark em 1965, o qual se baseava no conhecimento da história natural da doença e nos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), com intervenção de acordo com o estágio de evolução da doença. Na prevenção primária, os autores sugerem que sejam realizadas ações de promoção da saúde e da proteção específica (LEAVELL; CLARK, 1976). A centralidade na doença e nos seus fatores de risco parte de uma explicação multifatorial do processo saúde-doença, portanto, de ordem biologista e positivista.

Como proposta de ações de promoção da saúde sugerem a educação sanitária, o bom padrão nutricional, a atenção ao desenvolvimento da personalidade, a moradia adequada, a recreação, as condições agradáveis no trabalho, o aconselhamento matrimonial e a educação sexual, a genética e os exames seletivos periódicos (LEAVELL; CLARK, 1976), porém são colocadas como atitudes das pessoas frente à doença, portanto, com enfoque preventivista e comportamentalista. Portanto, considera saúde como ausência de doença e, nesse contexto, promover saúde é prevenir e/ou recuperar, como demonstra a Figura 2.

Mesmo com avanços na concepção sobre promoção da saúde, as ideias propostas por Leavell e Clark permanecem fortemente arraigadas na formação em saúde, causando equívocos teóricos e práticos no que se considera como promoção da saúde, especialmente relacionadas com a prevenção, por este motivo será feita uma discussão sobre suas diferenças conceituais.

As ações preventivas orientam-se para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência por meio do conhecimento epidemiológico. Estruturam-se

através de projetos de educação sanitária, com divulgação de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003). Já a promoção da saúde refere-se a medidas visando aumentar a saúde e o bem-estar geral, não se dirigindo especificamente a uma doença ou desordem, utilizando estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003).

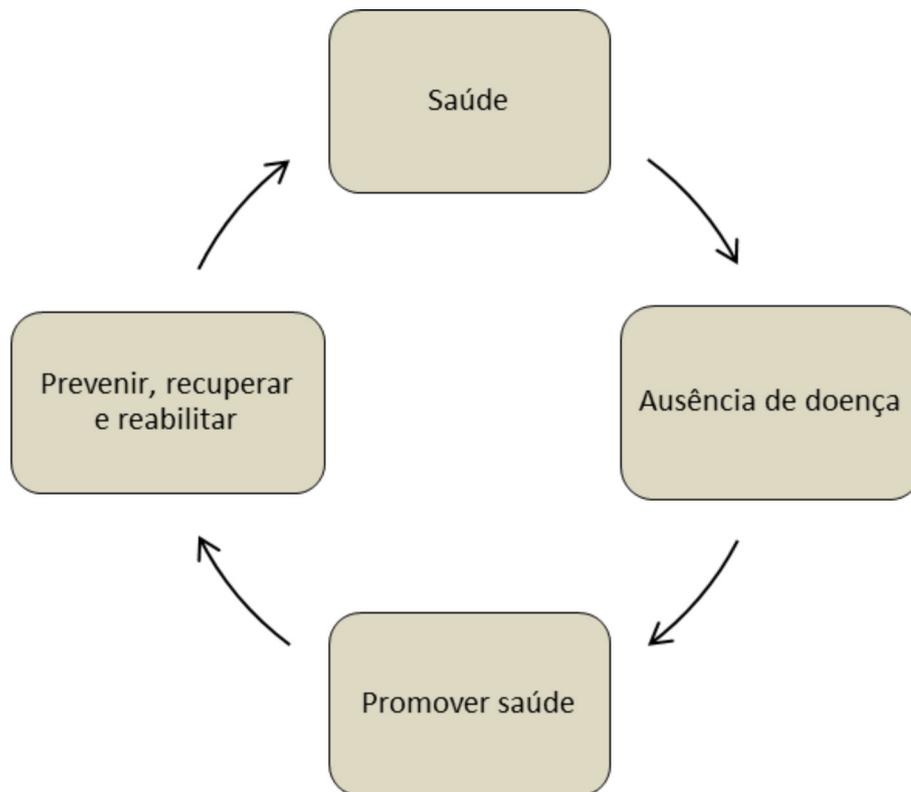


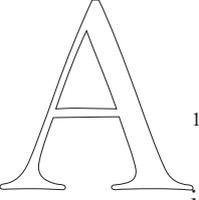
Figura 2 – Modelo explicativo da promoção da saúde a partir da multicausalidade

A promoção da saúde busca modificar positivamente as condições de vida; aponta para a transformação do processo individual de tomada de decisão em busca de uma melhor qualidade de vida e saúde; orienta para o fortalecimento comunitário com decisões coletivas visando ao favorecimento das condições de bem-estar e saúde (BUSS, 2003). Já a prevenção, orienta-se para as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de uma determinada enfermidade (BUSS, 2003).

Quanto aos seus objetivos, para a prevenção, a ausência de doenças é o suficiente; já para a promoção da saúde, o objetivo perante qualquer nível de saúde registrado é melhorar e buscar condições mais satisfatórias de vida (BUSS, 2003).

Outro ponto bastante confuso da promoção da saúde é a prática educativa em saúde.

A prática educativa baseada no estilo bancário parte da premissa que o educador é o conhecedor da “verdade científica” e, neste sentido, faz comunicados aos educandos, ou seja, deposita seus conhecimentos nos educandos, que devem arquivá-la e guardá-la (FREIRE, 2005). Na área da saúde este tipo de prática educativa se relaciona com as propostas do modelo biomédico e multicausalista, e visa fundamentalmente por meio do repasse de informação evitar a ocorrência das doenças, chamada de educação sanitária (DA ROS, 2000). Baseia-se, portanto, em práticas



impositivas e na prescrição de comportamento e ideais, geralmente desvinculados da realidade social dos indivíduos, muitas vezes culpabilizando-os pelo eventual fracasso (PEDROZA, 2006). O enfoque, portanto, é preventivista.

Sustentados pela formação, a grande maioria dos profissionais de saúde ainda utiliza esse tipo de prática educativa, realizando por meio de consultas ou palestras prescrições comportamentais, em geral enunciadas no imperativo: não fume; não transe sem camisinha; use cinto de segurança; não abandone o tratamento; não deixe água nos vasos de flores; ande, não fique sentado o tempo todo; coma verdura; escove os dentes, trabalhe protegido; faça o exame preventivo de câncer, etc. (LEFREVE; LEFREVE, 2004). O resultado destas práticas educativas aponta para o não cumprimento ou cumprimento parcial de tais prescrições de acordo com a lógica estabelecida pelo próprio paciente (LEFREVE; LEFREVE, 2004) e em inúmeras situações o profissional de saúde fica alheio a este processo.

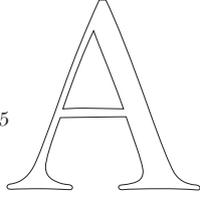
Em oposição a esta forma prescritiva, outro jeito de realizar a prática educativa se apresenta, baseado no diálogo, na qual existe uma troca entre o educador e educando, e que por meio da problematização um novo saber é construído de forma crítica e reflexiva (FREIRE, 2005). Este processo participativo, que gera novos saberes e, portanto, novas demandas, favorece o autocuidado dos indivíduos e comunidades e facilita a realização de escolhas. Pelo objetivo da busca da autonomia e afinado com a lógica do conceito ampliado de saúde, este tipo de prática educativa apresenta como perspectiva a promoção da saúde. Da Ros (2000) classifica este tipo de prática educativa como educação em saúde.

Um exemplo clássico de educação sanitária que ocorre em muitas unidades de saúde é o grupo de diabéticos e hipertensos. Muitas vezes estes grupos funcionam para reforço de instruções para o controle da doença e até de forma bastante repetitiva, como os famosos “tire o sal da comida”, “faça exercícios físicos”, “tome o medicamento”, e na ocasião ainda é realizada a aferição de pressão arterial ou o teste glicêmico, com o objetivo de controle da doença, e os “participantes” deste grupo têm apenas uma postura de escuta ou de respostas frente à indagação sobre a adesão terapêutica. Por outro lado, o que se constata é um número grande de pacientes sem controle da pressão arterial e dos níveis glicêmicos.

Em contrapartida, a educação em saúde pode, a partir do diálogo, apreender necessidades sobre a dificuldade que as pessoas têm em fazer a alimentação da forma correta e ainda de fazer atividades físicas que proporcionem prazer e motivação. Neste cenário, a equipe de saúde poderia organizar oficinas de culinária que valorizassem o prazer das pessoas comerem, aliado a alimentos saudáveis, e ainda de discutir a construção de academias gratuitas no bairro ou mesmo organizar grupos de dança ou caminhada, tudo de acordo com a vontade das pessoas. Este processo educativo, por meio do diálogo, pode propiciar a autonomia para o cuidado das pessoas e, desta forma, relacionado à promoção da saúde.

Já a Educação Popular e Saúde é orientada pela construção de vínculos afetivos e político-ideológicos entre serviço e camadas populares, promovendo a vivência coletiva em torno de movimentos que visam à emancipação, à libertação, à autonomia, à solidariedade, à justiça e à equidade (PEDROZA, 2006), portanto com o pressuposto da transformação social na perspectiva da determinação social.

Outro ponto de confusão da promoção da saúde se refere à recuperação e à reabilitação que, apesar da aparente clareza do significado destes termos, aparecem em algumas publicações científicas e mesmo nos discursos de profissionais de saúde relacionando-as com a promoção da saúde.



As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) descrevem a recuperação como um grupo de ações que envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças, e estes devem ser realizados o mais precocemente quanto for possível, evitando a progressão da doença e impedindo o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes (BRASIL, 2004).

A reabilitação consiste na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença, objetivando a reintegração do indivíduo no seu ambiente social e em sua atividade profissional (BRASIL, 2004).

Ainda que o profissional de saúde realize o diagnóstico e o tratamento o mais precocemente quanto for possível, e/ou que reabilite seu paciente para reintegrá-lo ao ambiente social e profissional, e ainda que considere o paciente na sua dimensão física, psicológica e social, realiza desta forma uma prática baseada no princípio da integralidade (clínica ampliada), porém, ainda assim, estas ações são de recuperação e reabilitação.

O sentido coloquial permite o raciocínio equivocado de que, recuperando, reabilitando ou mesmo prevenindo um problema, são formas de se promover saúde, explicitando o conceito de saúde como ausência de doença, como demonstrado na Figura 2.

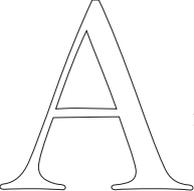
A promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação pertencem a categorias distintas de ações de saúde, portanto elas não podem ser apontadas como sinônimas ou dicotômicas, mas sim complementares uma das outras, as chamadas ações integradas de saúde, entendidas assim com um dos sentidos da integralidade (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

As confusões conceituais aparecem inclusive nos documentos oficiais do próprio Ministério da Saúde, que na própria Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006) propõe para o eixo de alimentação saudável atuar na “prevenção das carências nutricionais por deficiência de micronutrientes, com suplementação universal de ferro medicamentoso” (BRASIL, 2006, p. 32). Independente da importância ou não da ação, a suplementação de ferro, para quem já apresenta o problema, é recuperação; e para quem potencialmente pode apresentar o problema, é prevenção de uma possível carência nutricional, contudo não tem relação com a promoção da saúde.

Por outro lado, a II Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1988), no eixo de alimentação e nutrição, propõe a formulação de políticas públicas que favoreçam o acesso da população a uma alimentação saudável, seja ela por meio do aumento do poder aquisitivo das populações ou por meio da comercialização com preços equitativos, objetivando a transformação das condições de vida destas pessoas (OPAS, 1988).

Outros eixos de ação da PNPS (2006) incluem a prática de atividade física, o tabagismo, o uso de álcool e drogas, os acidentes de trânsito e a cultura da paz, mas enfatizando o processo educacional que, ainda que necessário, se trabalhado isoladamente, situa-se na lógica comportamentalista.

Outro equívoco das políticas de saúde vem do Pacto pela Vida (2006) publicado pelo Ministério da Saúde, que entre seus eixos prioritários descreve a promoção da saúde e aponta a necessidade de ênfase na mudança de comportamento da população brasileira de forma a “internalizar a responsabilidade individual” da prática regular de atividade física e alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2006b). Mais uma vez parte de um viés comportamentalista individual, desresponsabilizando o Estado de políticas que favoreçam o acesso à alimentação saudável ou mesmo à prática de atividade física, bastante próximas das ideias do Informe Lalonde.



A publicação da nova PNPS (2014) traz alguns avanços, quando cita os temas prioritários quanto à alimentação adequada e saudável, com metas de redução da pobreza e garantia do direito humano à alimentação de qualidade; práticas corporais e atividade física com incentivo à melhoria das condições dos espaços públicos; enfrentamento do uso do tabaco, álcool e outras drogas; mobilidade segura e promoção da cultura da paz, com medidas legislativas, educativas, econômicas e sociais (BRASIL, 2015).

Há o avanço do viés comportamentalista para a construção de políticas públicas, mas os temas prioritários da PNPS ainda estão bastante relacionados com indicadores de morbimortalidade e não com indicadores sociais, com acesso à educação de qualidade, acesso à renda suficiente, acesso à moradia adequada, acesso ao saneamento básico, acesso ao trabalho digno, acesso ao lazer, entre outros, que de fato possibilitam a diminuição da desigualdade social e melhoria real das condições de vida.

POR QUE PROMOÇÃO DA SAÚDE?

A criação do Sistema Único de Saúde (1988) determina a reorganização do sistema nacional de saúde, para uma abordagem integral do processo saúde-doença, por meio das ações de promoção, proteção e recuperação. Desta forma, a promoção da saúde entra oficialmente na pauta de discussões da Reforma Sanitária Brasileira.

Mas afinal, o que é realizar uma abordagem integral do processo saúde-doença?

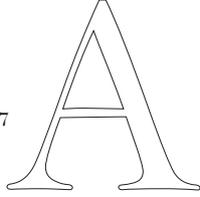
A abordagem na saúde sempre é dependente do pressuposto de saúde a qual se concebe, e o entendimento de integralidade se afina com a premissa da epidemiologia social para entender como ocorre o processo saúde-doença.

A epidemiologia social tem como característica a insistência em investigar a relação direta do determinante social com o processo saúde-doença. Isso significa dizer que não se trata simplesmente de considerar nas abordagens epidemiológicas os aspectos sociais (BARATA, 2005), colocando-os como fatores de risco (probabilidade de algo acontecer), mas se trata da própria explicação do processo saúde-doença a partir do determinante social, ou seja, de como a organização social determina o aparecimento de determinados problemas de saúde.

Em termos comparativos, a epidemiologia clássica, que parte do conceito de multicausalidade, tem a preocupação de demonstrar a existência ou não da relação probabilística entre o aparecimento de um determinado problema com determinados fatores (inclusive os sociais), sem que se constituam necessariamente como determinantes do processo. Já a epidemiologia social parte do conceito ampliado de saúde e busca explicar como os determinantes sociais influenciam no aparecimento dos problemas de saúde.

A epidemiologia clássica, apesar da preocupação em demonstrar fortes associações de fatores de risco com as doenças, identificando tais fatores como “causas”, supervaloriza a adoção de estilos de vida saudáveis; e as estratégias de “promoção da saúde” são majoritariamente baseadas na educação comportamental (BARATA, 2005), sem a preocupação de transformações sociais estruturais.

Outra questão comparativa importante é que os aspectos da vida social não podem ser dissociados em fatores, pois fazem parte de um contexto interativo e dinâmico, desta forma, não é possível isolar um aspecto social e manter os demais constantes (BARATA, 2005).



A discussão sobre determinantes e determinação social é bastante interessante, porém se está partindo do pressuposto de que a imagem-objetivo da mudança político-social (macroestrutura) só é possível por meio do processo consciente da Educação Popular e Saúde (entendimento da determinação social), e também do pressuposto de que a transformação das condições de vida (determinantes sociais) - de forma universalizante - pode iniciar processos solidários que visem à mudança macrossocial, portanto estas não devem ser consideradas dicotômicas ou excludentes, mas partes de um grande processo de transformação social.

Na linha dos determinantes sociais de saúde, um importante movimento foi iniciado em 2006 no Brasil, com a constituição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNSDSS), que tinha como objetivo principal identificar as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. O relatório final desta comissão publicado em 2008, por meio de vários estudos e utilizando o modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991), aponta que os determinantes sociais estão vinculados aos comportamentos individuais, às condições de vida e trabalho, bem como relacionados à macroestrutura econômica, social e cultural, com íntima relação entre eles (CNSDSS, 2008).

O modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 3) dispõe os determinantes sociais de saúde em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência. Os indivíduos aparecem na camada mais interna do modelo, com suas características biológicas individuais, que sem dúvida alguma exercem influência sobre as condições de saúde (CNSDSS, 2008).

Na camada imediatamente externa, aparecem os estilos de vida, que apesar de relacionados a fatores individuais de comportamento, estes nem sempre estão sob controle dos indivíduos, muitas vezes sendo moldados pelo acesso à informação, acesso aos serviços essenciais, pressão de pares e pelas próprias condições de vida e trabalho (CNSDSS, 2008).

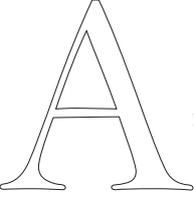
Na camada subsequente, aparecem as redes comunitárias e de apoio social, que têm importância fundamental na saúde da sociedade, e são expressas pelo nível de coesão social existente (CNSDSS, 2008). A ausência ou a presença de apoio social podem influenciar negativamente ou positivamente a saúde das pessoas, respectivamente.

As condições de vida e de trabalho estão no próximo nível e estão relacionadas à disponibilidade de alimentos, acesso a serviços essenciais (como educação e saúde), exposição e vulnerabilidade aos riscos à saúde como consequência de condições de moradia e de trabalho inadequadas (CNSDSS, 2008).

E finalmente na camada mais externa estão os macrodeterminantes, que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições sociais, econômicas, culturais e ambientais da sociedade, pois são capazes de gerar uma estratificação econômico-social nos indivíduos e grupos populacionais, conferindo-lhes posições sociais distintas, que por sua vez definem as condições de vida e trabalho (CNSDSS, 2008).

Os vários estudos presentes no relatório expressam como as iniquidades sociais presentes em nossa sociedade causam as iniquidades em saúde (CNSDSS, 2008), demonstrando que a melhoria dos indicadores de saúde só é possível com justiça social, pois não se trata simplesmente de escolhas individuais, mas sim de oportunidades.

O modelo de Dahlgren e Whitehead permite entender que os problemas têm uma dimensão macro e microssocial. Na dimensão macrossocial, cabe ao setor saúde demonstrar a relação existente



entre as iniquidades de saúde ocasionadas pelas iniquidades sociais, e desta forma subsidiar a construção de políticas públicas que possibilitem as mesmas oportunidades a todo cidadão. No nível microsocial, os profissionais de saúde podem, por meio de projetos comunitários, facilitar o acesso a alguns determinantes sociais por meio de articulações interinstitucionais e intersetoriais.



Figura 3 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

Fonte: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNSDSS), 2008.

COMO “FAZER” PROMOÇÃO DA SAÚDE?

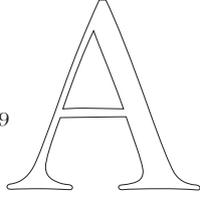
A Organização Mundial da saúde caracteriza como iniciativas de promoção da saúde os programas, as políticas e as atividades que sejam organizadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998).

A concepção holística é no sentido de superar o campo da assistência médico-curativista para um modelo ampliado de saúde que contemple, além do biológico, os aspectos social, ambiental, mental e espiritual; a integralidade (MAEYAMA; CUTOLO, 2010), como na questão da alimentação saudável, ainda que o aspecto nutricional deva ser considerado, bem como o conhecimento da população sobre o assunto, a cultura alimentar das pessoas e o acesso econômico e geográfico também devem ser considerados.

Olhar saúde a partir de seu conceito ampliado, além das ações setoriais, emerge a necessidade de realização de ações fora do setor saúde, sendo necessário melhorar as condições de educação, alimentação, trabalho, renda, lazer, segurança, saneamento básico, habitação, transporte, acesso aos serviços essenciais, entre outros.

Não cabe ao setor saúde a realização destas ações, porém a relação existente entre estes determinantes com a saúde é de domínio do setor saúde, desta forma, cabe ao setor saúde iniciar a articulação com outros setores para tornar estes determinantes os mais favoráveis possíveis para a população (OPAS, 2006).

A institucionalização da intersetorialidade deve ocorrer como forma de criação de um canal oficial de trabalho. Um exemplo de institucionalização da intersetorialidade foi descrito



por De Negri Filho e Malo (2004), que relatam a experiência do município de Porto Alegre, que transformou seus distritos sanitários em distritos sociais, e a abrangência de problemas e consequentemente suas soluções passaram a ser transeitoriais, pois consideram a complexidade do problema como objeto integrado, não desfigurando o problema em disciplinas, departamentos ou setores (COSTA; ROCHA; PONTES, 2006).

Por outro lado é importante também reconhecer que ocupar espaços coletivos, como a escola, e realizar palestras relacionadas à doença, ainda que em um espaço do setor Educação, não garantem a intersetorialidade, pois o sentido deve ser inverso. A relação da educação com a saúde é que a baixa escolaridade interfere negativamente nos indicadores de saúde, portanto a promoção da saúde e a intersetorialidade devem fomentar esse aspecto de inclusão social no sentido da equidade.

O princípio da equidade está diretamente relacionado com a justiça social. As ações de promoção da saúde devem ser orientadas para diminuir e eliminar as diferenças sociais desnecessárias, evitáveis e injustas (ALMEIDA FILHO, 2009), portanto elas devem ser direcionadas para os grupos socialmente desprivilegiados e vulneráveis. Porém os projetos e as ações devem considerar o que é necessário na perspectiva das pessoas, e neste sentido é fundamental o empoderamento e a participação social.

Para a Organização Mundial da Saúde, o empoderamento e a participação social são princípios essenciais para a promoção da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

O empoderamento passa pelo processo de criação de habilidades pessoais por meio de educação e informação, entendidas aqui como instrumentos para aumentar a opção de escolhas saudáveis conscientes (OPAS, 1996) e também caminhar no desenvolvimento da cidadania e da Educação Popular e Saúde.

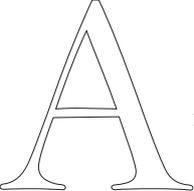
As ações de empoderamento devem ultrapassar a lógica de assistência social para a mobilização social, especialmente com apoio e desenvolvimento de iniciativas locais, buscando de fato a autonomia dos sujeitos coletivos (GOHN, 2004).

A participação social diz respeito ao envolvimento da sociedade civil com outros atores sociais na eleição de prioridades, tomada de decisão, implementação e avaliação das atividades no sentido de controle pela sociedade para questões que envolvam suas vidas (ACIOLI, 2005).

A institucionalização da participação social na saúde ocorreu principalmente com a criação dos conselhos de saúde, especialmente os municipais, mas ainda é um espaço pequeno de escuta da comunidade e consequentemente de participação social.

Uma das formas de ampliar os canais de participação social é a criação de conselhos locais de saúde, que funcionariam como braços dos conselhos municipais de saúde (SOUZA; KRÜGER, 2010), propiciando discussões no nível micropolítico, que corresponde ao espaço onde as pessoas vivem, potencializando também o empoderamento.

Estes canais de escuta amplificam o conhecimento sobre o problema e, consequentemente, o arsenal de possibilidades de enfrentamento. As ações multiestratégicas referem-se à combinação de métodos e abordagens variadas para enfrentamento do problema, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, mudanças legislativas, questões educacionais e de comunicação, entre outras (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Quanto maior a abrangência de ações, mais efetiva será a solução dos problemas.



E, por fim, uma questão fundamental que deve ser considerada na construção de projetos é a sustentabilidade. Ela diz respeito à garantia da continuidade do ganho social, não se restringindo a ganhos pontuais e momentâneos, mas sim de médio e longo prazo, de forma consistente e permanente, inclusive de forma progressiva (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

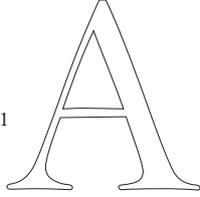
Desta forma, os princípios se referem a elementos que se devem considerar na construção de projetos de promoção da saúde, como ilustrado no exemplo a seguir.

Imagine-se como situação-problema a má nutrição de uma comunidade carente. O ponto de partida é olhar para o problema a partir da concepção holística; esta visão ampliada permite entender que a má nutrição pode não estar relacionada simplesmente às escolhas pessoais, mas sim à questão da falta de acesso a alimentos saudáveis, e da própria informação da necessidade de uma alimentação saudável, entre outras. Iniciar um projeto de promoção da saúde implica discutir e problematizar com a comunidade o problema em si e a partir de uma reflexão crítica e dos aspectos identificados pela comunidade definir possíveis soluções. Esse processo de empoderamento e participação social legitimam as ações, pois partem da própria comunidade e, de certa forma, inclusive garantem certa sustentabilidade para o projeto, a partir do envolvimento coletivo. Portanto estas ações fazem parte da estratégia de trabalhar a questão da informação sobre a importância de uma boa alimentação. Outra ação estratégica é pensar na questão da acessibilidade a alimentos saudáveis. Poder-se-ia mapear dentro da comunidade um espaço para criação de uma horta comunitária e, a partir disto, realizar articulações com outros setores, como órgãos ligados ao setor da agricultura, sejam eles governamentais ou não, para participarem do projeto com a cessão de mudas e técnicas de plantio. Pensando no princípio da equidade, as famílias mais carentes teriam prioridade para receber os alimentos e o excedente poderia ser vendido a preços simbólicos para a compra de novas mudas ou sementes, garantindo a sustentabilidade do projeto.

O exemplo anterior acena para a atuação da promoção da saúde no nível microssocial, porém vale a lembrança que a falta de informação e a falta de acesso a alimentos saudáveis são fruto da inequidade social e que, portanto, solucionar de fato o problema infere também em atuar no nível macrossocial por meio da construção de políticas públicas (acesso à educação de qualidade, emprego, renda suficiente e mesmo políticas de preços equitativos de alimentos saudáveis, entre outras) que permitam indivíduos de realizarem as escolhas mais saudáveis.

Outro importante guia para orientar a construção de projetos diz respeito aos eixos de ação da promoção da saúde propostos na Carta de Ottawa, assim descritos (OPAS, 1986):

- Estabelecimento de políticas públicas saudáveis: o enfoque de elaboração das políticas deve ser a equidade em saúde, por meio de distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais que propiciem a melhoria das condições de vida das pessoas, podendo utilizar abordagens relativas à legislação, às medidas fiscais, às taxas e às mudanças organizacionais, entre outras.
- Criação de ambientes favoráveis: além da questão da proteção do meio ambiente e da conservação dos recursos naturais, a promoção da saúde refere-se à criação de ambientes que favoreçam a saúde, relacionados com o local de trabalho, o lar, a escola, o lazer, portanto o objetivo é tornar estes espaços em ambientes que gerem satisfação, autonomia e confiança nas pessoas.
- Fortalecimento da ação comunitária: o desenvolvimento e o estímulo da participação comunitária concreta e efetiva no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na implementação das ações visando à melhoria das condições de vida



e de saúde. É uma das formas de se garantir que as pessoas da comunidade possam decidir sobre seus próprios destinos, tanto em espaços formais ou informais;

- **Desenvolvimento de habilidades pessoais:** a garantia da participação social efetiva e concreta só se dá por meio do empoderamento das pessoas, ou seja, as pessoas necessitam estar preparadas para esta participação. O desenvolvimento dessas habilidades se dá por meio da socialização de informações e oportunidades de aprendizado sobre as questões de saúde, que além de propiciar a efetiva participação, permite os indivíduos de realizarem suas próprias escolhas pessoais, desta forma, cabe aos profissionais de saúde facilitar este processo;

- **Reorientação dos serviços de saúde:** um dos pontos importantes para o desenvolvimento da promoção da saúde é a organização dos serviços de saúde, a partir da lógica do conceito ampliado de saúde, que além de suas responsabilidades assistenciais, incorpora o determinante social como campo de atuação, na qual a Atenção Primária à Saúde aparece como forma estruturante desta organização. Para tanto são necessários profissionais de saúde com perfil adequado para tal, que infere em mudanças na graduação e na educação permanente dos profissionais já em serviço.

O empoderamento e a participação social são ao mesmo tempo princípios fundamentais da promoção da saúde, bem como seus próprios eixos de ação, ou seja, fazem parte do pensar e do agir da promoção da saúde.

O relatório da Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1988), destaca que os cinco eixos de ação da promoção da saúde descritos na Carta de Ottawa se interdependem, mas que a formulação de políticas públicas voltadas para a saúde é que propiciará o ambiente necessário para que os outros quatro eixos se materializem (OPAS, 1988), ou seja, as políticas públicas, por meio de seu ordenamento legal, devem ser facilitadoras do desenvolvimento de outros eixos de ação da promoção da saúde.

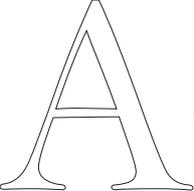
A Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1997) apresenta alguns resultados de estudos e pesquisas que demonstram que projetos que se valerem da combinação dos cinco eixos propostos na Carta de Ottawa foram mais eficazes que iniciativas isoladas, apresentando um maior impacto nas condições sociais, econômicas e ambientais que determinam à saúde (OPAS, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não existem receitas prontas de como realizar ações de promoção da saúde, pois a construção de projetos, programas e políticas deve considerar particularmente cada realidade a partir de seus determinantes sociais.

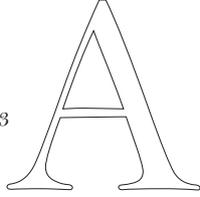
Os princípios da promoção da saúde, bem como seus eixos de ação, possibilitam um norte para o desenvolvimento efetivo de ações que caminhem para a mudança das condições de vida das pessoas e das comunidades. Estas ações podem e devem ser realizadas nos espaços micro e macropolíticos, com o desenvolvimento de projetos comunitários e políticas sociais amplas, respectivamente, neste sentido, concebidas como tecnologias sociais.

O desenvolvimento da promoção da saúde, mais do que simplesmente a incorporação de uma ação no cardápio de atividades dos serviços de saúde, representa a transformação do olhar sobre a saúde, que por sua vez tem a potência de iniciar o tão almejado processo de transformação social para uma sociedade mais justa e solidária.



REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, Abrasco, 2005.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2009.
- BARATA, R. B. Epidemiologia Social. Rev. Bras. **Epidemiol.**, São Paulo, v. 8(1), p. 7-17, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006b.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A; MALO, M. (Orgs). **SUS: resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec / OPAS, 2006.
- CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- DA ROS, M. A. **Estilo de Pensamento em Saúde Pública**. Tese de Doutorado, CED/UFSC. Florianópolis, 2000.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13(2), p. 20-31, 2004.
- LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.
- LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde, a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.
- MAEYAMA, M. A, CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.39, n.1, p.89-96, 2010.



ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Adelaide**. Adelaide, 1988.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Bangkok**. Bangkok, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Jacarta**. Jacarta, 1997.

PEDROZA, J. I. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. In: CASTRO, A; MALO, M. **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec/OPAS, 2006.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ, Botucatu**, v. 7(12), p.101-22, 2003.

SOUZA, A. V.; KRÜGER, T. R. Participação Social no SUS: Proposições das Conferências sobre o Conselho Local de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3(1), 2010.

TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a Determinação Social da Saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33(83), p. 371-379, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion evaluation**: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.