

COESÃO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA

Uma Perspectiva Estruturalista da Promoção da Saúde

Carlos LARANJEIRA

RESUMO

A necessidade de promover saúde surge incorporada na prática da saúde pública, a qual reflecte diversas preocupações acerca da influência do meio físico e social nos comportamentos conducentes à saúde. A sua importância tem servido para não deixar perecer a ideia da equidade em saúde, uma vez que os esforços para reduzir a distância entre a retórica e a prática continuam longe de ser alcançados. O propósito deste artigo pretende estimular o debate sobre o crescimento do *empowerment* psicológico alicerçado na coesão social para a saúde, variáveis que concorrem para a efectivação do modelo estruturalista da promoção da saúde, isto porque da concretização de adequadas políticas, depende o desenvolvimento educativo das pessoas e comunidades.

SUMMARY

SOCIAL COHESION AND PUBLIC HEALTH A Structuralist Perspective for Promoting Health

The need to promote health emerges incorporated within the practice of public health, which reflects various concerns as to the influence of the physical and social environment on the behaviours that are conducive to health. Its importance has served so as not to allow the idea of equity in health to perish, since efforts to reduce the gap between rhetoric and practice continue far from being reached. The purpose of this article is to stimulate the debate on growth of psychological empowerment grounded on social cohesion in health, variables which compete for the establishment of the structuralist model for promoting health, this because the educational development of people and communities depends on the formulation of appropriate policies. clinical and study.

C.L.: Escola Superior de Saúde do Campus Universitário Jean Piaget de Viseu. Viseu

© 2009 CELOM

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento saudável da população representa um aspecto importante na vida de qualquer comunidade. Entende-se por desenvolvimento um processo contínuo através do qual os indivíduos adquirem capacidade de satisfazer as suas necessidades e de promoverem as competências pessoais e sociais, onde a promoção da saúde passa a ser um determinante desse desenvolvimento harmonioso com consequentes ganhos em saúde. Este enquadramento resulta de um esforço motriz no novo movimento de saúde pública, no qual a saúde é concebida como um fenómeno social que diz respeito à qualidade de vida e ao capital social¹. Da fluidez polissémica do conceito de capital social destacam-se as redes de compromisso cívico, as normas de confiança mútua e a riqueza do tecido associativo² que aliados ao incremento do *empowerment* psicológico abrem novos horizontes no campo de acção da promoção da saúde.

O MODELO RADICAL PROMOTOR DE SAÚDE

O paradigma biomédico de saúde fundeado no diagnóstico e terapia, tem determinado o desenvolvimento da actividade médica. Todavia, esta abordagem autista, não toma em consideração outros factores que influenciam a saúde tais como a esfera física e social onde os problemas de saúde decorrem³. Considerando que a saúde envolve inúmeras variáveis relativas ao indivíduo e ao meio ambiente, a sua interpretação exige uma visualização de maior amplitude, não sendo, portanto, apropriada uma abordagem reducionista. O movimento da promoção da saúde veio, não para se opor, contudo para completar este vazio e propor uma nova abordagem conceptual baseada na cidadania e participação, uma clara viragem de paradigma, a qual reformula a posição do modelo biomédico tradicional.

Habilitar a população a exercer e a aumentar o controlo sobre a sua saúde, envolvendo a prevenção, a educação e a participação de diferentes sectores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efectividade da educação para a saúde, é uma das principais máximas que subjazem ao conceito de promoção da saúde. A sua dimensão holística implica a necessidade de abordar o tema do desenvolvimento comunitário como essencial, favorecendo a acção conjunta da comunidade e assegurando o acesso equitativo à educação, segurança económica e apoio social, no contexto das políticas públicas de acordo com os objectivos de saúde⁴.

Tal como o conceito de normalidade não pode ser explicado senão na especificidade e no contexto em que os

comportamentos ocorrem, também o conceito de saúde evoluiu para uma dimensão integradora de uma multiplicidade de condições que se orientam para a auto-realização do indivíduo, onde a prevenção e o tratamento das doenças, bem como a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis requerem medidas de índole ambiental, económica, sócio-cultural e legislativa para a sua concretização^{3,5}.

MARCOS CONCEPTUAIS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os últimos vinte e cinco anos aproximaram a noção de saúde da concepção de vida global e portanto em interacção com os vários níveis da vida em sociedade que exigem a regulação política. Por mais que a abordagem intervencionista tenha dominado a medicina, MacDonald³ relata que os processos de promover a saúde, não são uma polémica exclusiva das sociedades contemporâneas, há muito que acompanham a história da humanidade.

Segundo Sigerist⁶, a ciência médica deveria compreender diversos princípios: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação do doente e a reabilitação. O mesmo autor advogava que a saúde se promovia, proporcionando um padrão de vida decente, condições apropriadas de trabalho, de educação, actividades culturais e de lazer, passíveis de alcançar através da coordenação dos esforços de todos os grupos, do trabalho, da indústria, da educação e da saúde⁵. Quatro décadas depois esses mesmos princípios estavam recomendados na *Carta de Ottawa*.

A concepção e a prática da promoção da saúde, todavia, foram impulsionadas quando Lalonde⁷, introduziu a ideia de que o desenvolvimento ambiental e o comportamento populacional poderiam resultar numa significativa redução da morbidade e mortalidade, para tal estabeleceu uma política nacional de saúde baseada em quatro pilares: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde⁸.

Esta nova óptica de saúde provocou enorme repercussão e desencadeou uma série de acções conduzidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que começou com a *Declaração de Alma Ata*⁹, onde se preconizava a saúde para todos no ano 2000 e a importância da atenção básica como recomendação chave. Utilizando estes elementos como suporte, a OMS lançou um programa formal de Promoção da Saúde em 1984¹⁰. Este programa motivou a realização da Primeira Conferência Internacional em Promoção de Saúde, sediada por Ottawa no Canadá, da qual resultou a *Carta de Ottawa*.

A *Carta de Ottawa* ressalta cinco áreas de acção que fornecem os fundamentos para a provisão da promoção da saúde, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas adequadas, a criação de um ambiente sustentável/salubre, o fortalecimento da participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde. Em conjunto estas estratégias, legitimam o carácter social, político e ecológico da promoção da saúde e fornecem um enquadramento útil para a orientação de projectos dirigidos às comunidades e às sociedades na sua totalidade^{8,11}.

Após a Conferência de Ottawa, outras conferências foram conduzidas em diferentes países tais como a de Adelaide na Austrália em 1988 da qual resultou o conceito de Política Pública Saudável, seguindo-se a de Sundsvall, na Suécia em 1991, na qual ficou sedimentada a ideia da criação dos espaços saudáveis, tanto em pequena dimensão (escolas promotoras de saúde, hospitais saudáveis), como projectos de maior ambição, ou seja a criação das redes de cidades saudáveis¹².

No final do século XX, e visando uma promoção da saúde para todos no século XXI a Declaração de Jakarta, Indonésia¹³, definiu as orientações estratégicas a adoptar para dar resposta aos desafios da promoção da saúde, cuja finalidade é aumentar a esperança de saúde e reduzir as diferenças entre países e grupos populacionais.

Mais recentemente a Declaração do México em 2000 e a Declaração de Bancoque em 2005, além de reforçarem os elementos-chave na promoção da saúde, ressaltaram a relevância dos aspectos científicos, sociais e políticos, bem como a necessidade de reduzir as desigualdades entre grupos e países e o papel da mulher no desenvolvimento das políticas de saúde¹⁴.

PROGRESSO DA SAÚDE EM CONTEXTO PORTUGUÊS

Em Portugal, como em vários países onde as diferenças sócio-económicas teimam em continuar, a promoção da saúde ainda tem uma pequena participação no crescimento social e financeiro do país. Factores como a manipulação de políticas sociais, interesses partidários e inconstância política prejudicam o seu progresso^{5,15}.

Outra variável que dificulta a divulgação é a parca bibliografia existente sobre a avaliação dessas actividades. A avaliação é parte vital para que práticas bem sucedidas possam ser difundidas e replicadas noutras localidades. Várias intervenções comunitárias têm vindo a desenvolver algumas acções promotoras de saúde especialmente no âmbito da nutrição, actividade física e tabagismo¹⁶.

Para o efeito, não podemos esquecer os fortes contributos que, em Portugal, diversas disciplinas e saberes têm dado, nomeadamente, as Ciências da Educação, sociais e humanas (designadamente a Psicologia da Saúde).

Entretanto, a escassez de estímulo para o desenvolvimento de didácticas avaliativas reconhecidas pelos meios universitários e o adiamento na incorporação das práticas nos serviços, retarda, consideravelmente, o seu desenvolvimento⁵. Esta é uma área que, mesmo a nível internacional, ainda necessita de um maior investimento e desenvolvimento através, da área da investigação da avaliação (evaluation research)

Em suma, trinta anos se passaram desde que a *Declaração de Alma Ata* foi criada, trazendo os princípios da promoção da saúde, realçados posteriormente na *Carta de Ottawa*. Outras conferências da promoção de saúde se sucederam e novos documentos foram elaborados; todavia, parece que estas conferências e os documentos delas resultantes têm servido quase que exclusivamente para não deixar perecer a ideia da saúde para todos, uma vez que nas áreas mais pobres do globo ainda subsiste uma grande dificuldade na prática da promoção da saúde⁵. É provável, no entanto, que o crescente interesse na área do *empowerment* psicológico, associada ao desenvolvimento da coesão social, tragam novas perspectivas ao campo da saúde pública, e possivelmente à materialização da ideia de saúde como uma propriedade colectiva.

MODIFICAR O AMBIENTE SOCIAL PARA CAPITALIZAR SAÚDE

Perante as transformações sociais e políticas das últimas décadas, a promoção da saúde tem surgido como uma das principais linhas de actuação da Organização Mundial de Saúde¹⁷. Um dos núcleos filosóficos dessa abordagem é o conceito de *empowerment* psicológico, definido como um sentimento de maior controlo sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através da sua inclusão dentro de diferentes grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de acções políticas colectivas. A determinar esta formulação encontramos uma perspectiva filosófica individualista que tende a ignorar a influência dos factores sociais e estruturais; uma visão que fragmenta a condição humana no momento em que desconecta, artificialmente, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que eles encontram-se inseridos.

O *empowerment* ao situar o âmago da sua atenção no formulário de um indivíduo *empowered* (com poder) e nas variáveis que colocam em risco a saúde analisando com

profundidade, o contexto social em que elas ocorrem permite identificar e descrever as diversas condições sociais que parecem determinar o estado de saúde das populações, aspectos esses pouco abordados dentro da epidemiologia convencional. Considerar o *empowerment* como um *continuum* que ocorre desde o nível do individual ao macro, passando pela intermediação de colectivos e agrupamentos sociais, conforme sugerido por Rissel¹⁸, parece ser uma maneira produtiva de se pensarem as práticas da saúde numa perspectiva integral.

Vários investigadores têm demonstrado a relação entre a investigação psicológica e a saúde, como também a influência da coesão social¹⁹. Estudos mostram ainda que a qualidade de vida social é um dos mais poderosos determinantes de saúde das populações^{20,21}. A urbanização, o sedentarismo, o envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas, a resistência aos antibióticos e outros medicamentos de uso corrente, o aumento da toxicod dependência bem como os problemas de segurança civil e a violência doméstica, ameaçam a saúde e o bem-estar de centenas de milhões de pessoas. Novas doenças infecciosas e reincidentes e um aumento do reconhecimento dos problemas de saúde mental exigem medidas urgentes. Estes são alguns dos factores de risco para a saúde que tem recebido pouco reparo, reclamando por uma abordagem mais consistente em que a promoção da saúde tem um papel decisivo²².

Ainda que bem estabelecida a relação entre factores psicossociais e saúde, existem limitações no que se refere ao desenvolvimento e avaliação de intervenções de promoção da saúde que incluam mecanismos que promovam a coesão social. Todavia, já é reconhecido que a área da promoção da saúde requer projectos devidamente planeados e avaliações criteriosas que permitam a disseminação dos resultados²³. É possível que o conceito de capital social possa dar uma notável contribuição ao desenvolvimento da prática da promoção da saúde.

O constructo capital social é reconhecido como um importante elemento para o exercício político e funcionamento da democracia, para a prevenção do delito e mais recentemente para a conservação e melhoria do estado de saúde²⁴.

James Coleman e Robert Putnam, sublinham a intangibilidade do capital social, em comparação com outras formas. Enquanto o capital económico se encontra nas contas bancárias e o capital humano dentro das cabeças das pessoas, o capital social reside na estrutura das suas relações. O capital social traduz assim o somatório de recursos inscritos nos modos de organização cultural e política da vida social de uma população. Trata-se de um bem co-

lectivo que garante o respeito de normas de confiança mútua e de compromisso cívico, capazes de facilitar a coordenação e cooperação de acções grupais para o alcance de ganhos recíprocos^{25,26}. Ao conceber-se capital social deve-se precisar que a tensão entre o *capital* e o *social* é evidentemente complexa e dialéctica. O *social* refere-se associação, ou seja, o capital pertence a uma colectividade ou a uma comunidade; ele é compartilhado e não pertence a indivíduos. Significa que o capital social existe e cresce a partir de relações de confiança e cooperação e não de relações baseadas no antagonismo²⁷.

Vários estudos têm comprovado que a coesão social, a existência de confiança mútua e o respeito entre diferentes sectores da sociedade determinam um impacto positivo na saúde^{25,28}. Níveis crescentes de participação reduzem a exclusão social, aumentando e aprimorando o padrão de vida comunitário, em direcção a uma sociedade mais saudável²⁹.

Ainda que o entusiasmo em relação ao conceito e aos benefícios do capital social seja um dado concreto, não é consensual^{23,25,29,30}. A utilização do conceito de capital social exige prudência, a fim de que o seu uso não implique a exclusão e marginalização de indivíduos ou grupos com conveniências políticas ou económicas específicas (ex. círculos de jogo e prostituição). Contudo, o investimento em capital social pode trazer significativas contribuições ao aumentar o poder comunitário o que facilita o empreendimento comum sobre normas e expectativas coordenadas que irão influenciar a saúde da população. É possível que o investimento na coesão social seja uma opção, de maneira a preencher o hiato existente entre a eloquência das conferências de saúde e a implementação de acções promotoras de saúde, criando uma dimensão colectivo-ecológica da sociedade^{5,24}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As críticas à proposta de implementação da promoção da saúde parecem ser reveladoras das dificuldades em se trabalhar de acordo com os princípios de uma abordagem holística da saúde. Sob o ponto de vista científico, esta proposta representa um enorme desafio, para em países como Portugal, onde as práticas que requerem participação e consciencialização social para a redução das diferenças socio-económicas e, consequentemente desigualdades na saúde, põem em perigo interesses políticos individuais que se sobrepõem ao desenvolvimento colectivo.

A saúde e os comportamentos com ela relacionados ocorrem dentro de um complexo sistema de influências mútuas. Desta forma, uma promoção da saúde eficaz deve

dirigir-se ao sistema e não apenas a indivíduos isolados dentro dele. Esta perspectiva exige intervenções a múltiplos níveis, centradas nos indivíduos, nas relações sociais (e nos que controlam estas relações, como os políticos), nos processos ambientais e culturais. Enquanto se procuram respostas e caminhos alternativos, as crescentes e sempre importantes vulnerabilidades de indivíduos e grupos no campo da saúde continuam a pressionar os profissionais a driblar os seus possíveis conflitos ético-teóricos e a continuar a trabalhar, como sempre o fizeram.

Se a saúde que temos hoje é em parte algo legado pelo passado então a saúde que temos no futuro é também o resultado do nosso estilo de vida do presente. Tomar consciência desta situação parece ser vital. Se aceitamos que este pensamento está correcto é bom que nos preocupemos com o modo como vivemos o dia de hoje, pois somos responsáveis não só pelo nosso amanhã, como das gerações futuras.

Conflito de interesses:

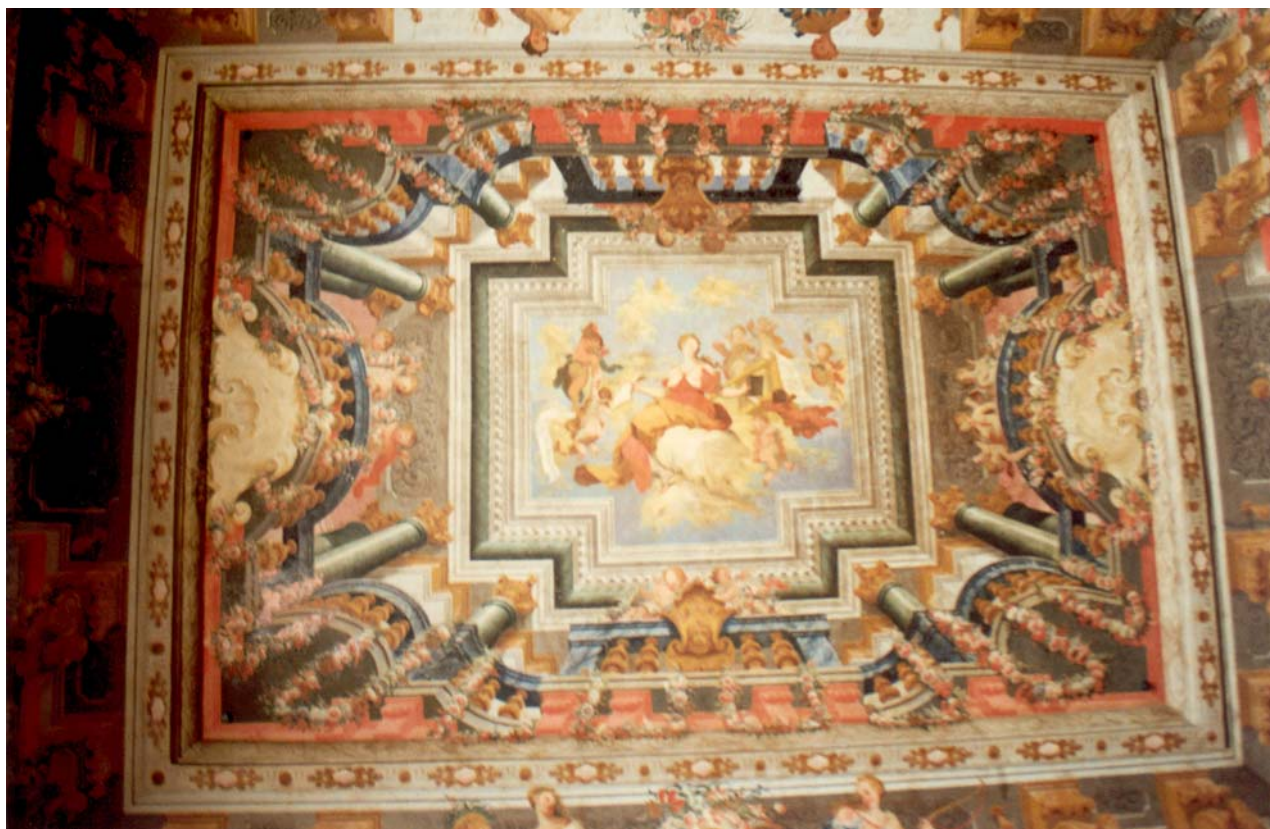
Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. WELSHMAN J: Searching for social capital: historical perspectives on health, poverty and culture. *J R Soc Health* 2006; 126(6):268-274
2. REVUELTA C, DÍAZ C: Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson 2001
3. MACDONALD T: Rethinking health promotion: a global approach. London: Routledge 1998
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para todos. Lisboa: DGS 2004
5. SOUSA E, GRUNDY E: Health promotion, social epidemiology, and social capital association and perspectives for public health. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1354-60
6. TERRIS M: Concepts of health promotion: dualities in public health theory. *J Public Health Policy* 1992;13:267-276.
7. LALONDE M: A new perspective on health of Canadians. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare 1974
8. BERKMAN L, GLASS T, BRISSETTE I, SEEMAN T: From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000;51:843-857
9. Organização Mundial de Saúde: Conferência Alma Ata. Genebra: OMS 1977
10. World Health Organization: A discussion document on the concept and principles. *Health Promotion* 1984;(Supplement to Europe News):3
11. YUSA M, NISHIDA M, NAKAHARA T: An introduction of the concept of social capital into health promotion activities. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2006;53(7):465-470
12. BIENERT M, HERRERO M, RABADÁN R: La promoción de la salud, perspectivas internacionales. In: Bienert Md, ed. La promoción de la salud una perspectiva pedagógica. Valência. Nau Libres 2003;9-21
13. World Health Organization: Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century. Genève: WHO 1997
14. THACKERAY R, NEIGER B, HANSON C: Developing a promotional strategy: important questions for social marketing. *Health Promot Pract* 2007;8(4):332-6
15. BENNETT P, MURPHY S: Psicologia e promoção de saúde. Lisboa: Climepsi Editores (Manuais Universitários 14) 1999
16. SARDINHA L, MATOS M, LOUREIRO L: Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Lisboa: FMH Edições 2001
17. KRIEGER N: A glossary of social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700
18. RISSEL C: Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promot Int* 1994;9:39-47
19. CANATAN D, RATEP S, KAPTAN S, COSAN R: Psychosocial burden of thalassaemia major in Antalya, south Turkey. *Soc Sci Med* 2003;56:815-9
20. LYNCH J, SMITH G, KAPLAN G, HOUSE J: Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000;320:1200-4
21. OAKES J, ROSSI P: The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach. *Soc Sci Med* 2003;56:769-784
22. POTVIN L, RICHARD L: The evaluation of community health promotion programmes. *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives*. E. Ziglio. Copenhagen: WHO 2001
23. MOUY B, BARR A: The social determinants of health: is there a role for health promotion foundations? *Health Promot J Austr* 2006;17(3):189-195
24. HAWE P, SHIELL A: Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med* 2000;51:817-855
25. KAWACHI I: Social capital and community effects on population and individual health. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896:120-130
26. HARPAN T: Measuring the social of Children. London: London South Bank University 2003
27. KAWACHI I, BERKMAN L: Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman L, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford. Oxford University Press 2000;174-190
28. SKRABSKI A: Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J Community Health* 2003;57:114-125
29. BAUM F, ZIERSCH A: Glossary social capital. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:320-3
30. MACINKO J, STARFIELD B: The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Q* 2001;79:387-427



Faculdade de Medicina de Coimbra (tecto da Biblioteca)