

**Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**

v. 10, n. 18, jan./mar. 2013

ISSN 1807-8850

**UNILUS**

**Centro Universitário Lusíada**

Rua Armando Salles de Oliveira, 150

Boqueirão – Santos/SP – Brasil

11050-071

(13) 3202-4500

**Lucas Mello Pioner**

lucaspioner@yahoo.com.br

Médico sanitário, graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mesma instituição onde obteve o título de Especialista em Saúde Pública. Médico especialista em Medicina de Família e Comunidade com reconhecimento do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Especialista na Estratégia de Saúde da Família pela UFSC. Especialista em Medicina do Trabalho pela Universidade Regional de Blumenau (FURB). Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pelo Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC). Mestre em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde do Trabalhador, pela UFSC. Perito médico da Previdência Social.

## **PROMOVENDO SAÚDE E REDUZINDO VULNERABILIDADES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **RESUMO**

Objetivo: Considerando as enormes potencialidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o enfrentamento de vulnerabilidades sociais, apresentamos uma bem sucedida experiência de promoção da saúde vivenciada na ESF de São José/SC, objetivando estimular o surgimento de iniciativas semelhantes nas demais cidades catarinenses e brasileiras. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo relato de experiência, desenvolvida entre os meses de setembro de 2005 e agosto de 2009, em uma unidade de saúde responsável pelo atendimento de aproximadamente 30.000 pessoas. Resultados: A equipe de saúde planejou visitas guiadas a importantes pontos históricos e turísticos do município, como o Teatro Municipal, a Biblioteca Pública Municipal, o casario do Centro Histórico, a Bica da Carioca e o Museu Histórico Municipal. Outras atividades que merecem ser citadas são as atividades de esporte e lazer ao ar livre, em ambientes próximos à natureza e propícios à prática de atividade física, sempre acompanhadas de oficinas de botânica, ecologia, fitoterapia e medicina popular tradicional. Conclusões: As atividades de promoção da saúde se constituem na atualidade em efetivos mecanismos de superação do tradicional e hegemônico modelo biomédico, na medida em que incrementam as possibilidades da população exercer um maior controle sobre si mesma e sobre o ambiente, e, assim, definir-se por opções mais favoráveis à saúde.

Palavras-chave: Ação Intersetorial, Promoção da Saúde, Saúde da Família, Vulnerabilidade Social.

## **PROMOTING HEALTH AND REDUCING VULNERABILITIES IN FAMILY HEALTH STRATEGY**

### **ABSTRACT**

Aim: Considering the huge potential of the Family Health Strategy (FHS) to reducing social vulnerabilities, we present a successful experience of health promotion developed in FHS of São José / SC, aiming to encourage the emergence of similar initiatives in other Brazilian cities. Methodology: This is a qualitative experience-report, conducted between the months of September 2005 and August 2009 in a health unit responsible for attending approximately 30,000 people. Results: The health team has planned tours to important historical and tour sites of the city, as the Municipal Theater, the Municipal Public Library, the town's historic center, Carioca's Fountain and Municipal History Museum. Other activities that deserve to be mentioned are the sports and leisure activities outdoors, in environments close to nature and conducive to physical activity, always accompanied by workshops on botany, ecology, phytotherapy and traditional medicine. Conclusions: The activities of health promotion currently constitute effective mechanisms to overcome the traditional and hegemonic biomedical model, because they increase the chances of the population have greater control over himself and the environment, and thus set up for options more favorable to health.

Keywords: Intersectoral Action, Health Promotion, Family Health, Social Vulnerability.

## **PROMOCIÓN DE LA SALUD Y REDUCCIÓN DE VULNERABILIDADES EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA**

### **RESUMEN**

Objetivo: Teniendo en cuenta el enorme potencial de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) para hacer frente a las vulnerabilidades sociales, se presenta una experiencia exitosa en la promoción de la salud experimentado en la ESF de São José / SC, con el objetivo de fomentar el surgimiento de iniciativas similares en otras ciudades de Santa Catarina y Brasil. Metodología: Se trata de un informe de investigación cualitativa, tipo informe de experiencia, desarrollada entre los meses de septiembre de 2005 y agosto de 2009, en una unidad de salud responsable de atender alrededor de unas 30.000 personas. Resultados: El equipo de salud previó visitas guiadas a importantes lugares de interés histórico y turístico de la ciudad, como el Teatro Municipal, la Biblioteca Pública Municipal, las casas del centro histórico, la Bica da Carioca y el Museo Histórico Municipal. Otras actividades que merecen ser mencionados son los deportes y actividades de ocio al aire libre, en ambientes cercanos a la naturaleza y propicio para la actividad física, siempre acompañados de talleres sobre botánica, ecología, medicina herbaria tradicional y medicina popular. Conclusiones: Las actividades de promoción de la salud se encuentran actualmente como mecanismos eficaces para superar el modelo biomédico tradicional y hegemónico, en la medida en que aumentan las posibilidades de la población tener un mayor control sobre sí mismo y sobre el medio ambiente, y por lo tanto, configurar las opciones más favorables para su salud.

Palabras clave: Acción Intersectorial, Promoción de la Salud, Salud de la Familia, Vulnerabilidad Social.

## INTRODUÇÃO E BREVE HISTÓRICO

Recentes iniciativas latino-americanas (a “Estratégia de Saúde da Família”, no Brasil, a “Salud Familiar Comunitaria Intercultural”, na Bolívia e o “Modelo de Atención Sanitaria Integrado”, no Equador, por exemplo) se propõem a abordar a saúde de forma mais humanizada, por meio de ações e programas de saúde socialmente mais justos. A superação do modelo biomédico, tradicionalmente tecnocrático e fragmentador, no entanto, ainda se apresenta como tarefa árdua para as gerações atuais e vindouras<sup>1-3</sup>.

Contudo, para que possamos compreender como e porque as políticas públicas de saúde adquiriram tal configuração, precisamos revisitar o passado. No século XIX o Movimento Europeu de Medicina Social difundiu-se pelo velho continente, estando diretamente ligado aos diversos movimentos pela transformação do modo de produção capitalista, que se encontrava em uma de suas fases de maior iniquidade<sup>1-3</sup>.

A obra do revolucionário Engels intitulada *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*, denunciava abertamente as altas taxas de mortalidade associadas à superexploração da força de trabalho: em ambientes insalubres, mesmo as gestantes e as crianças eram obrigadas a trabalhar em jornadas extenuantes, que podiam exceder até 14 horas diárias. E o que é pior, em fábricas sem ventilação, e em troca de comida escassa<sup>4</sup>.

Para a ciência médica da época, essa associação não era novidade, remontando à medicina Hipocrática, anterior ao início da era Cristã. No livro *Sobre os ares, as águas e os lugares*, o considerado “pai” da medicina descreve a primeira investigação da influência dos fatores externos na constituição do homem e das doenças que o acometem<sup>5</sup>. Uma das passagens principais recomenda:

Aquele que quiser compreender a medicina deve aprender tudo que está escrito aqui. Primeiro, é preciso conhecer o efeito de cada estação do ano e as diferenças entre elas. Devem-se levar em conta os ventos frios ou quentes, comuns a qualquer país ou restritos a certas localidades. Finalmente, é preciso inteirar-se sobre as diferentes qualidades das águas, variações de gosto e efeitos no corpo humano... Da mesma maneira, é necessário observar como vivem as pessoas, do que elas gostam, o que comem e bebem, se fazem exercícios físicos e se são preguiçosas e desleixadas com o corpo. Tudo isso o médico precisa saber, se quiser realmente compreender as queixas dos pacientes e se colocar em uma posição em que possa receitar o tratamento adequado<sup>5</sup>.

Mas voltemos à Europa da Revolução Industrial. Nesses ambientes, obviamente, as epidemias se alastravam rapidamente e os médicos eram chamados para tentar conter a morbi-mortalidade. Portanto, a proposta de mudar o modo de exploração do ser humano pelo capital era condição indispensável para alterar o processo saúde-doença das populações. Villermé, na França, Grojahn, na Bélgica, Chadwick, na Inglaterra, e Virchow e Neumann, na Prússia, são ainda hoje reconhecidos como alguns dos elaboradores das teorias que impulsionaram o Movimento de Medicina Social. Os dois últimos logram êxito, ao final da primeira metade do século XIX, e conseguem a aprovação da Lei de Saúde Pública Prussiana que, se pudesse ser sintetizada seria entendida como: Saúde, direito de todos e dever do Estado, exatamente como o lema da mais recente constituinte brasileira<sup>1-3</sup>.

A nova ordem dá uma explicação social para o processo saúde-doença e tende a ganhar força como modelo explicativo: mudem-se as condições de vida da sociedade que acabam as epidemias, e transforma-se o perfil das enfermidades. Claro que este Movimento conflitava com o pensamento daqueles que detinham o poder à época, que se negavam a aceitar tais rupturas, por afrontarem o capitalismo justamente na sua fase de maior expansão/acumulação. Caso o trabalhador não aceitasse as condições impostas, havia uma verdadeira legião de desempregados que poderiam substituí-lo<sup>1-3</sup>. Sendo assim, porque investir em mudanças?

Mais tarde, com a descoberta da associação causal entre os microorganismos e as doenças infecciosas, com Pasteur, ao invés de se aumentar o potencial explicativo do

processo saúde-doença, ocorreu uma ruptura que representava exatamente o contrário. Behring em 1896, na Prússia, sintetizou esta mudança de pensamento da seguinte forma: "Agora, com a descoberta das bactérias, desnudada "a causa" das doenças, o médico não precisa mais se preocupar com a sociedade"<sup>5</sup>. E esse passou a ser o pensamento predominante a partir do final do início do século XX: o modelo unicausal da doença, negador da determinação sócio-ambiental do processo<sup>1-3</sup>.

Outra reflexão que se faz necessária diz respeito ao modo como se estabeleceu o modelo de medicina dos Estados Unidos da América. A Rockefeller Foundation (a exemplo de outras fundações como a Ford e a Carnegie), um dos pilares do modelo capitalista norte-americano, financiou a Johns Hopkins University, no início do século XX. Nessa Universidade originou-se um modelo de medicina centrado na unicausalidade, biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, positivista e considerado como detentor da verdade científica. Dessa instituição, foi chamado o professor Abraham Flexner, para fazer uma investigação sobre as faculdades de medicina do EUA<sup>3,6</sup>.

Assim, em 1910 foi publicado um documento intitulado "Relatório Flexner"<sup>7</sup> que, resumidamente, sugeria o não-financiamento de escolas médicas que contemplassem modelos alternativos de entendimento do processo saúde-doença, diferentes daquele da universidade sediada na cidade de Baltimore. O resultado do documento foi que, em tempo inferior a um quinquênio, foram fechadas mais de 100 faculdades norte-americanas. E não foram quaisquer escolas, mas exatamente aquelas que ensinavam Saúde Pública, Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia ou que aceitavam negros e mulheres entre os futuros médicos<sup>3,6</sup>.

Dessa forma, se estabelecia um modelo de saúde claramente hegemônico de medicina especializada, fragmentada e fragmentadora, centrada em procedimentos curativistas desenvolvidos em ambiente hospitalar. Tal modelo é exportado para as áreas de influência norte-americana, especialmente aquelas da América Latina. A utilização de tecnologias diagnósticas e terapêuticas passa a ser superestimulada, criando-se um campo vasto e fértil para a expansão gananciosa e desmedida do poderoso complexo industrial médico/farmacêutico<sup>3,6</sup>.

Contudo, como dissemos no início, algumas políticas de saúde hodiernas têm resgatado os valores da medicina preventiva e social. Parece que alguns gestores voltaram a compreender que mais do que o acesso a serviços assistenciais de qualidade, faz-se necessário o enfrentamento dos determinantes da saúde em todas as frentes, o que requer políticas públicas saudáveis desenvolvidas por meio de ações intersetoriais articuladas. Entre as estratégias fundamentais adotadas na maioria dos países, destacam-se aquelas voltadas à Promoção da Saúde<sup>3,8-13</sup>.

Sucessivos documentos sobre o assunto foram elaborados em diferentes partes do mundo, com destaque para o Informe Lalonde<sup>14</sup> (1974), a declaração de Alma-Ata<sup>15</sup> (1978) e a carta de Ottawa<sup>16</sup> (1986) nos países centrais. Mais tarde, a idéia romperia fronteiras, e os países periféricos também passariam a ter vez e voz no debate, com a realização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento<sup>17</sup> (Rio 92) e a divulgação da Carta do Caribe para a Promoção da Saúde<sup>18</sup> (1993) e da Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI<sup>19</sup> (1997).

Mais de três décadas após a divulgação da Carta de Ottawa<sup>16</sup>, certamente o mais importante documento na fundação do conceito de promoção da saúde atual, este termo permanece diretamente relacionado a um conjunto de valores, tais como: saúde, qualidade de vida, equidade, democracia, participação popular, desenvolvimento, cidadania, entre outros<sup>3</sup>.

Refere-se, ainda, a um conjunto de estratégias que envolvem ações do Estado (políticas públicas), dos indivíduos (habilidades pessoais), das comunidades (reforço de ações comunitárias), do sistema de saúde (reorientação do modelo de atenção) e de parcerias intersetoriais, trabalhando com a idéia de co-responsabilização no enfrentamento dos problemas que afligem a população<sup>3</sup>.

A publicação evidencia a importância dos múltiplos determinantes da saúde e da intersetorialidade ao afirmar que, assim como o conceito de saúde como bem estar transcende a idéia de formas saudáveis de vida, a promoção da saúde transcende os programas e serviços tradicionalmente oferecidos pelo setor saúde<sup>16</sup>.

Todos os eventos elencados anteriormente, aliás, deixam clara a importância da questão da intersetorialidade em seus discursos, bem como a idéia de responsabilização do setor público, não só pelas políticas sociais implantadas (ou mesmo esquecidas), mas também pelos modelos de (sub)desenvolvimento adotados e suas conseqüências sobre a saúde dos indivíduos e das coletividades<sup>3</sup>.

Tradicionalmente, porém, a maioria das Políticas de Promoção da Saúde oficiais aborda o assunto por uma perspectiva conservadora e paternalista. As ações e programas de saúde costumam ser usados como estratégias educativas para mudanças de comportamentos considerados como não saudáveis. Tentam direcionar os indivíduos e as comunidades para assumirem as responsabilidades pelo cuidado de sua saúde<sup>20-23</sup>.

Em sentido oposto, Ayres et al afirmam que

o enfoque educacional, tão fundamental nos processos de promoção da saúde e prevenção de agravos, não pode ficar preso às tendências modeladoras, fortemente difundidas a partir do paradigma comportamentalista. A atitude construtivista é aquela que melhor parece concorrer para que as pessoas possam de fato buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam<sup>11</sup>.

Nessa mesma linha, Verdi & Caponi consideram que as formas de vida, de trabalho e de lazer devem ser fontes de saúde, e que o trabalho deve constituir-se num recurso para a criação de uma sociedade saudável, e apontam como prioridade o desenvolvimento de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como: o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade<sup>24</sup>.

Peres et al, ao descreverem uma experiência de promoção da saúde na região de Manguinhos (RJ), afirmam que o campo da Promoção da Saúde direcionado para iniciativas comunitárias reconhece que melhorias nas condições de saúde e na qualidade de vida pressupõem uma visão integradora das políticas sociais, na qual o trabalho multidisciplinar, as ações intersetoriais e a participação das comunidades envolvidas adquirem centralidade<sup>23</sup>.

Explicitamente ou não, tratam de transformar trajetórias – condicionadas e limitadas pelo contexto social da pobreza e da exclusão – através de iniciativas que ampliam as oportunidades e o potencial de mudança e de autonomia presentes nessas comunidades.

Nesse sentido, as lideranças comunitárias desempenham um papel crucial no processo de mediação cultural, objetivando ampliar oportunidades, transmitir valores, construir identidades, transformando os serviços de saúde diante de situações de risco e vulnerabilidade social<sup>23</sup>.

Considerando as enormes potencialidades da ESF para o enfrentamento de tais vulnerabilidades, relataremos, a seguir, uma bem sucedida experiência de promoção da saúde vivenciada na ESF de São José/SC, objetivando estimular o surgimento de iniciativas semelhantes nas demais cidades catarinenses e brasileiras.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que apresenta um relato de experiência de Promoção da Saúde para o enfrentamento de vulnerabilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família do Município de São José, Estado de Santa Catarina.

Durante o período transcorrido entre os meses de setembro de 2005 e agosto de 2009 foi desenvolvido um projeto de Promoção da Saúde no Centro de Saúde Areias, unidade de Atenção Básica do município citado. A unidade de saúde atende uma população de aproximadamente 30.000 pessoas, contando com apenas três equipes completas de ESF. A população de usuários é composta basicamente por indivíduos e grupos em situação de vulnerabilidade social, com altos índices de desemprego e violência urbana, panorama típico das grandes metrópoles brasileiras.

Adotamos, de modo a nortear os trabalhos desenvolvidos, os conceitos de vulnerabilidade sociais e necessidades de saúde, como objetos das práticas em Saúde Coletiva. Tais conceitos são fundamentais para delimitar a discussão acerca de como essas práticas se viabilizam.

Nesse contexto, o empoderamento social é visto como uma potente ferramenta conceitual para repensarmos as práticas de educação em saúde, visando superar processos que têm como eixo a relação de hierarquia estabelecida, por exemplo, entre professor e alunos, ou entre profissionais e usuários<sup>22</sup>.

Desse modo, desenvolvemos no interior do projeto de promoção da saúde a noção de empoderamento comunitário, que busca destacar a idéia da saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos. Os trabalhos foram coordenados por uma equipe interdisciplinar, composta por médico, psicólogo, enfermeiro, odontólogo, fisioterapeuta, educador físico, advogado, assistente social e agentes comunitários de saúde.

Esta equipe desenvolve, com participação direta e efetiva da comunidade local em todas as etapas do processo, ações educativas por meio de abordagem interdisciplinar e intersetorial dos temas e das estratégias participativas. Práticas integrativas são construídas sobre relações de horizontalidade entre as diferentes categorias de profissionais de saúde, e entre estes e os usuários de seus serviços. Palestras e oficinas multiprofissionais enfocam a relevância do resgate dos saberes populares e da integração ao meio ambiente como mecanismos para o fortalecimento dos vínculos entre a comunidade e seus cuidadores.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os trabalhos iniciaram por iniciativa dos profissionais da unidade de saúde. Após a chegada de um novo Médico de Família e Comunidade para integrar a equipe, reestruturou-se um grupo de idosos (desativado há dois anos), e passou-se a desenvolver, de modo regular, palestras e atividades lúdicas nos espaços já tradicionalmente utilizados pela comunidade.

O sucesso dos trabalhos comunitários foi tamanho que logo a população assumiu um papel de protagonismo na proposição de novas atividades, reivindicando o surgimento de grupos de promoção da saúde para atender a demandas de públicos específicos.

Assim, por decisão da própria comunidade, foram criados inúmeros outros grupos, com destaque para os seguintes: grupo de hipertensos e diabéticos; grupo de gestantes e casais grávidos; grupo de puérperas e recém-nascidos; grupo de crianças e adolescentes; grupo de saúde mental; e grupo de bem com a vida, este último com integrantes de todas as faixas etárias, doentes ou não, mas sempre dispostos a encarar suas vidas com um novo olhar, valorizando as atividades culturais e de lazer, promotoras de qualidade de vida e de bem estar social.

Santos et al consideram que a aprendizagem nos grupos de promoção da saúde envolve componentes que facilitam a modificação de comportamentos direcionados à promoção da saúde, sem, contudo, reduzir-se à proposição simplista e paternalista de mudança das condutas individuais<sup>25</sup>.

Como estratégias, a equipe de saúde planejou visitas guiadas a importantes pontos históricos e turísticos do município, como o Teatro Municipal, a Biblioteca Pública Municipal, o casario do Centro Histórico, a Bica da Carioca e o Museu Histórico Municipal.

Outras atividades que merecem ser citadas são as atividades de esporte e lazer ao ar livre, em ambientes próximos à natureza e propícios à prática de atividade física, sempre acompanhadas de oficinas de botânica, ecologia, fitoterapia e medicina popular tradicional.

Um aspecto de fundamental importância para o êxito da iniciativa foi o da intersetorialidade. A constante proximidade com as lideranças comunitárias e o apoio recebido de diferentes instituições locais, como Escola, Biblioteca, Museu, Teatro e Igreja, entre outras, mostraram-se decisivos para operacionalizar a proposta, expandindo-a para além dos limites da unidade de saúde.

Segundo Peres et al, as políticas e programas de promoção da saúde mais inovadores preocupam-se com os determinantes econômicos, sociais, culturais, ambientais e políticos vocalizados pelas próprias comunidades que vivenciam contextos de pobreza e exclusão social<sup>23</sup>.

Os mesmos autores consideram, ainda, que a efetividade dos programas e das iniciativas de melhoria da saúde e da qualidade de vida implica um profundo envolvimento dos atores e da população usuária dos serviços, e que esse envolvimento é mais efetivo na medida em que considera o processo de (re)construção de identidades culturais, fortalecimento da cidadania ativa e das redes sociais locais<sup>23</sup>.

Desafortunadamente, porém, a saúde promocional, em suas formulações institucionais hegemônicas, não costuma dedicar a necessária atenção em relação a essas dimensões socioculturais cruciais. Assim, o direito ao lazer e à cultura, por exemplo, frequentemente aparece como um aspecto secundário, se não de viés elitista. Por conseguinte, sofre de tensões teórico-práticas que a fragilizam por em vários aspectos. Por fim, seus conteúdos e significados são bastante restritos e, muitas vezes, destituídos de sentido<sup>20</sup>.

Nesse aspecto, Acioli & Luz questionam o predomínio do saber técnico em detrimento das culturas populares, entendendo-as também como detentoras de um outro saber, nem melhor nem pior, mas diferente, relativo às suas experiências de vida<sup>21</sup>.

Desse modo, as práticas de saúde são construídas por meio de vários hábitos que estão relacionados à incorporação de normas e valores presentes na cultura. São práticas orientadas por uma variedade de influências, institucionais, familiares e sócio-comunitárias, e caracterizadas pela pluralidade e pela não compartimentalização do conhecimento<sup>21</sup>.

Assim, os processos de saúde e doença são a síntese do conjunto de determinações que acabam por resultar em vulnerabilidades ou potencialidades diferenciadas. Ressalta-se a perspectiva aqui adotada de vulnerabilidade social, entendida como uma dimensão tanto dos processos de exclusão, discriminação e enfraquecimento dos grupos sociais, quanto da capacidade de enfrentamento dessas condições<sup>12</sup>.

Originário da área de advocacia internacional pelos direitos humanos, o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania, estando vinculado a situações de iniquidade e desigualdade social, expressas por meio de potenciais de adoecimento (ou não adoecimento), e de enfrentamento relacionados a indivíduos, grupos e coletividades<sup>12</sup>.

Nessa concepção, a vulnerabilidade não se restringe a susceptibilidades individuais, mas se refere ao plano coletivo, exigindo práticas de saúde caracterizadas pelo desenvolvimento de ações que envolvam resposta social, com a participação de diferentes atores na procura solidária de estratégias passíveis de resposta às necessidades de saúde<sup>12</sup>.

A nova dimensão e os desafios da gestão contemporânea da saúde explicitam a precariedade das abordagens fragmentárias tradicionais. Na práxis cotidiana, isso se confirma na medida em que a educação em saúde acaba por fortalecer o distanciamento da tríade homem/ambiente/saúde<sup>9</sup>.

Esse movimento significa incorporar o conceito de prática de saúde, privilegiando as dimensões subjetivas dos processos de trabalho e as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas<sup>21</sup>.

Urge, pois, a necessidade de se reposicionar o ser humano como parte de um todo ambiental e social, dotado de consciência ecológica e responsabilidade comunitária. A ação educativa se torna dessa forma imprescindível, na medida em que propicia o intercâmbio de conhecimento, o desenvolvimento de habilidades intelectuais e éticas, e o surgimento de um senso crítico coletivo.

Novas possibilidades se abrem ao adotarmos uma visão mais ampla e participativa sobre a questão saúde, sua promoção e manutenção. Nessa outra via, reformista, a promoção da saúde atuaria como mecanismo impulsor de mudanças nas relações entre os usuários e os serviços de saúde, ou, em última análise, entre os cidadãos e o Estado<sup>20-23</sup>.

Ao liderar na Alemanha um movimento de reforma médica, ainda em 1848, Virchow já defendia a medicina como uma ciência eminentemente social, e considerava a política como nada mais do que a medicina exercida em larga escala<sup>1-3</sup>.

A ampliação de estratégias evidencia que as ações de redução de vulnerabilidades não podem se tornar efetivas se as mantivermos restritas à esfera institucional da saúde. A ação intersetorial é fundamental, e deve abarcar, no mínimo, saúde e educação. Com um pouco mais de ousadia, quando conseguimos articular também as áreas trabalhista, jurídica e cultural, os resultados se expandem exponencialmente<sup>10,11</sup>.

Os resultados apontam para a importância do fomento a estes tipos de atividades de promoção da saúde, que se constituem na atualidade em efetivos mecanismos de superação do tradicional e hegemônico modelo biomédico de atenção à saúde, na medida em que incrementam as possibilidades da população exercer um maior controle sobre si mesma e sobre o ambiente, e, assim, definir-se por opções mais favoráveis à saúde<sup>20-24</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A nova forma de se pensar a saúde implica uma visão afirmativa, que a identifique com viver bem e com qualidade de vida, e não simplesmente com a ausência de doenças. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, social e ecologicamente produzido.

Transposta esta fronteira, as ações de saúde devem objetivar não somente reduzir o risco de adoecimento, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando necessariamente uma intervenção multidisciplinar e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis o cerne das políticas públicas saudáveis.

Ademais, a efetivação de ações e programas de saúde integrais só se concretizará com a abertura de novos canais de interação entre os diversos atores que integram o campo da saúde, como os gestores, os profissionais e prestadores de serviços, e a população de usuários.

Para que as práticas de saúde adquiram sentido e se tornem mais efetivas, é preciso urgentemente incluir no planejamento das ações de saúde, de forma radical, as várias vozes e práticas voltadas para a saúde e doença existentes na sociedade contemporânea.

Por outro lado, miséria e desemprego devem ser oficialmente encarados como deletérios à humanidade, representando doenças sociais, e o compromisso com sua erradicação passa pelo avanço de políticas públicas intersetoriais, destinadas à formulação de uma agenda pública em prol da cidadania e da produção de sujeitos reflexivos, autônomos e socialmente solidários.

Desse modo, no contexto vivenciado pela população do município josefense, onde as vulnerabilidades e a exclusão social são fatores que delimitam o potencial de qualida-

de de vida e de saúde ao alcance da maioria, promover saúde deve ser encarado como sinônimo de transformação social na direção de uma justiça inclusiva.

Tais afirmações corroboram a idéia de que a estratégia de empoderamento social, ao reconhecer o caráter relacional do poder e da iniquidade na distribuição de recursos na sociedade, contribui para a repolitização do debate sócio-sanitário, permitindo que se vislumbrem perspectivas de mudanças no *status quo*<sup>22</sup>.

Afinal, semelhante ao que dissera Leo Kartman<sup>8</sup>, há mais de 40 anos, nós não precisamos de mais cientistas no campo da Saúde Pública, mas de um número maior de homens e mulheres que a compreendam, ao invés de terem medo das implicações ecológicas de sua ciência. Precisamos, portanto, de menos compiladores de dados e de mais especialistas que pensem criativamente sobre o cotidiano e suas singularidades.

## REFERÊNCIAS

- (1) Silva TH et al. Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud. **Medicina Social** 2009;4(4): 273-282.
- (2) Da Ros MA. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: Bagrichevsky, M. et al. **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra; 2006. p.45-66.
- (3) Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000;5(1): 163-177.
- (4) Engels F. **A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global; 1985.
- (5) Margotta R. **História Ilustrada da Medicina**. São Paulo: Manole; 1998.
- (6) Faria L. **Saúde e Política** – a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- (7) Flexner A. **Medical education in the United States and Canada**: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
- (8) Kartman L. Human ecology and public health. **American Journal of Public Health** 1967;57(5): 737-750.
- (9) Cruz FMFC, Campos JRO, Pessini L. Ética planetária: compromisso maior da espécie humana – tecnologia, futuro, saúde e ambiente. **O Mundo da Saúde** 2008;32(3): 376-382.
- (10) Moraes AF. Informação estratégica para ações de intervenção social na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2008;13(s.2): 2041-2048.
- (11) Ayres JRCM et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-139.

- (12) Nakamura E et al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 2009;17(2): 253-258.
- (13) Bodstein R & Zancan L. Avaliação das ações de promoção da saúde em contexto de pobreza e vulnerabilidade social. In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB (Org). **Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a Experiência em Manguinhos** - RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2002. p.39-59.
- (14) Lalonde M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare; 1974.
- (15) World Health Organization & UNICEF. (1978), **Report of the International Conference on Primary Health Care**. Alma Ata: World Health Organization; 1978.
- (16) World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: World Health Organization; 1986.
- (17) Conferência das Nações Unidas sobre meio ambiente e desenvolvimento 1992. **Agenda 21**. Brasília: Senado Federal; 1996.
- (18) Organização Panamericana de Saúde. **Caribbean Charter for Health Promotion: Port-of-Spain, Trinidad**. Washington: OPAS; 1993.
- (19) World Health Organization. Declaração de Yakarta. In: Buss PM (ed.). **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP; 1998. p.174-178.
- (20) Castiel LD. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria "comunidade". **Revista de Saúde Pública** 2004;38(5): 615-622.
- (21) Acioli S & Luz MT. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Revista Enfermagem UERJ** 2003;11: 153-158.
- (22) Carvalho SR & Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva** 2008;13(s.2): 2029-2040.
- (23) Peres FF et al. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005;10(3): 757-769.
- (24) Verdi M & Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm** 2005;14(1): 82-88.
- (25) Santos LM et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública** 2006;40(2): 346-352.