

A produção do conhecimento sobre estratégias de promoção da saúde

The production of knowledge on strategies for health promotion

Lidiane Mara Ávila

Resumo

Este artigo analisa a literatura científica sobre estratégias de promoção da saúde e busca identificar as principais formas de agir preconizadas por esse conjunto de práticas discursivas, destacando características e tendências que conduzam à uma reflexão crítica sobre suas lacunas e limitações. Trata-se de um estudo exploratório de análise crítica da produção do conhecimento recente sobre as estratégias de promoção da saúde implementadas por uma heterogeneidade de atores sociais. Os resultados demonstram que as principais estratégias centram-se em modificar estilos de vida e desenvolver habilidades pessoais e práticas integrativas complementares, além do fortalecimento das redes sociais e implementação da intersetorialidade e das políticas públicas saudáveis. A ênfase nos estilos de vida responsabiliza os indivíduos por sua saúde enquanto a lógica das políticas públicas saudáveis e intersetorialidade, mesmo com a participação da comunidade, corre o risco de negligenciar o poder participativo das populações na tomada de decisões representativas das necessidades sociais.

Palavras-chave

Promoção da saúde; estratégias; serviços de saúde.

Abstract

This article reviews the scientific literature on health promotion strategies and seeks to identify the main forms of action suggested by this set of discursive practices, highlighting features and trends that lead to a critical reflection on its shortcomings and limitations. This is an exploratory study of critical analysis of the recent production of knowledge about health promotion strategies implemented by a heterogeneity of social actors. The results demonstrate that the main strategies focus on changing lifestyles and develop personal skills and complementary integrative practices, and the strengthening of social networks and implementation of intersectoral and healthy public policies. Emphasis on lifestyles individuals responsible for their health while the logic of healthy and intersectoral public policies, even with the participation of the community, runs the risk of neglecting the participatory power of the people in making decisions representative of social needs.

Keywords

Health promotion; strategies; health services.

Lidiane Mara Ávila

Universidade Federal de Mato Grosso

Professora do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal de Mato Grosso. Mestre em Saúde Coletiva com ênfase nas áreas de Políticas de Saúde e Ciências Sociais e Saúde.

lidiane_avila@hotmail.com

Introdução

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram no mundo no século XX e continuam a ocorrer no século XXI produziram significativas alterações e impuseram inúmeros desafios à vida em sociedade (FURTADO, 2000).

Neste contexto, muitos movimentos internacionais forjaram conceitos e práticas que passaram a considerar a saúde das populações como o resultado das formas de organização da sociedade em cada contexto histórico (FURTADO, 2000). Conseqüentemente, estratégias e planos de ação foram sendo propostos no afã de levar “saúde para todos”.

Esses movimentos buscaram dar respostas ao modelo biomédico hegemônico do século XX cuja relevância foi reconhecida, porém mostrou-se insuficiente para dar melhor resolatividade aos problemas de saúde das populações pelo fato de não aprofundar a atuação sobre os determinantes sociais da saúde e da doença envolvidos nesse processo.

É neste cenário que emerge, em todo o mundo ocidental, como uma resposta às transformações sociais e econômicas, ideais de um modelo pautado na melhoria do bem-estar da população com enfoque na transformação das condições de vida que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde (CZERESNIA, 2003).

A promoção da saúde busca responder a essas transformações e propõe um olhar diferenciado do processo saúde-doença a partir dos determinantes sociais da saúde no intuito de articular saberes técnicos e populares para mobilizar recursos para o enfrentamento dos problemas de saúde das populações (BUSS, 2000).

Mais que um conceito, falar em promoção da saúde é também articular estratégias de ação do Estado por meio de políticas públicas com a participação das comunidades e também no desenvolvimento de habilidades pessoais que favoreçam o cuidado à saúde e na reorientação do sistema de saúde por meio de uma responsabilização múltipla (BUSS, 2009).

Tal ideal tem sido retratado pela literatura científica brasileira como um grande desafio e diversos estudos têm trazido resultados de experiências exitosas que reforçam exemplos a serem seguidos, sem deixar de apontar possíveis caminhos a trilhar.

Esse artigo analisa a literatura científica sobre as estratégias de promoção da saúde e busca identificar as principais formas de agir preconizadas por esse conjunto de práticas discursivas, destacando suas características e tendências com vistas a conduzir uma reflexão crítica sobre suas lacunas e limitações.

Método

Trata-se de um estudo exploratório de análise crítica da produção do conhecimento mais recente sobre as estratégias de promoção da saúde implementadas por uma heterogeneidade de atores sociais, incluindo os serviços de saúde.

Foram selecionados artigos em periódicos acadêmicos do campo da Saúde Coletiva, indexados nas bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde, publicados nos últimos cinco anos.

A escolha desse período – de 2010 a 2014 – se deu em função da importância de considerar como tem sido reportada essa questão na produção mais recente possibilitando vislumbrar as tendências atuais.

O termo utilizado para o levantamento bibliográfico foi “promoção da saúde”, e como mecanismo de filtragem optou-se por “todas as palavras”. Esse primeiro levantamento resultou em 613 artigos.

Lidos todos os títulos e resumos foram selecionados apenas aqueles que mencionavam especificamente as estratégias efetivas de promoção da saúde no cotidiano dos serviços de saúde ou em espaços de trabalho, escolas, entre outros, atendendo aos critérios estabelecidos nos objetivos dessa pesquisa. Ou seja, foram analisados integralmente 37 artigos publicados especificamente sobre a temática.

Foram excluídos os trabalhos de revistas de áreas específicas como enfermagem e fonoaudiologia e também aqueles que tratavam de estratégias de prevenção de doenças especificamente, por apresentarem menor rigor na diferenciação teórica entre a prevenção e promoção da saúde.

Assim, faz-se primeiramente nesse artigo uma discussão sobre a construção do conceito de promoção da saúde nos contextos nacional e internacional, destacando suas influências nas políticas de saúde brasileiras e a própria Política Nacional de Promoção da Saúde. Em seguida, apresenta-se as características das estratégias de implementação da promoção da saúde no contexto atual no campo da saúde coletiva.

Movimentos históricos na construção da promoção da saúde

O século XX foi caracterizado por profundas transformações nas esferas econômicas, políticas e sociais alterando substancialmente as formas de vida em sociedade. Século de crises econômicas, conflitos e guerras mundiais, emergência de movimentos de mulheres, trabalhadores, ambientalistas, entre outros, apontam as rupturas experimentadas paralelamente ao desejo de novas mudanças. A vivência da organização do tempo e do espaço e todas as outras esferas das experiências humanas foram modificadas (CASTELLS, 2000).

As transformações repercutiram também no campo da saúde com aumento gradativo de adoecimentos crônicos, violência e estresse em detrimento das doenças infecciosas.

Nesse contexto, o próprio conceito de saúde passa por reformulações e, paulatinamente, deixa de ser visto como ausência de doenças para ser compreendido de modo ampliado. Ou seja, como um resultado das formas de organização do trabalho e da vida em sociedade, condicionada historicamente. Consequentemente, esse conceito reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural e não possui o mesmo significado em todos os momentos da história (FURTADO, 2000).

Apesar das diferenças históricas de compreensão-ação sobre a questão da saúde, a ênfase na bacteriologia, no contexto de uma ciência marcadamente positivista, elevou o pensamento biomédico e o dispersou por vários cenários e contextos culturais.

Ele dá primazia ao entendimento da doença como entidade biológica que altera as funções de um corpo lido tão somente como conjunto de órgãos e sistemas, como um corpo fisiológico.

Ocorre que, cada vez mais, esse modelo de pensamento se mostrou ineficiente para suprir as necessidades de saúde da população por não considerar os determinantes mais amplos do processo saúde-doença e por forjar práticas de saúde calcadas no modelo de atenção centrado na doença.

Em 1948 a Organização Mundial da Saúde definiu a saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social, que de certa forma, ampliou a lógica voltada para a doença em si. No entanto, seria possível

falarmos em “completo estado” de saúde? A heterogeneidade das sociedades permite padronizar esse estado de bem estar? (FURTADO, 2000).

Nesse bojo de discussões sobre as concepções de saúde e diante das demandas emergentes na segunda metade do século XX, surge o conceito de promoção da saúde, que visa ao “aumento do controle sobre os determinantes sociais em saúde pela população e o seu fortalecimento na luta por melhorias nas condições de saúde e doença com equidade” (LICO; WESTPHAL, 2014, p.766).

Alguns marcos traduziram a relevância desta temática como um campo de debates e proposição de ações para as políticas de saúde, como o movimento canadense, considerando um dos pioneiros no tema.

O Informe Lalonde, produzido pelo então ministro da saúde canadense, em 1974, propôs as bases para um novo paradigma em saúde compreendido como resultado de quatro fatores principais: biologia humana, ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde (BRASIL, 2002).

Esses ideais fomentaram a Conferência de Alma-Ata em 1978 sobre os cuidados primários, onde foi ressaltada a valorização da saúde como componente essencial do desenvolvimento humano com a proposta “saúde para todos no ano 2000”. Essa conferência influenciou fortemente o pensamento sanitário brasileiro e a própria construção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Seis anos após Alma-Ata, novamente no Canadá, outros importantes conceitos foram destacados na conferência “além do cuidado à saúde”. Surge ali a noção de políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis que viriam a ser incorporadas na discussão sobre a promoção da saúde e implementadas como experiências em diversos países (BRASIL, 2002).

Esses movimentos levaram à realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, também no Canadá, em Ottawa. Naquele encontro foi promulgada a conhecida Carta de Ottawa, reconhecidamente um marco no movimento de promoção da saúde ou da assim chamada nova saúde pública (BRASIL, 2002).

No conceito de saúde passam a ser incorporados outros elementos que vão além da restrita ideia de “ausência de doença”, de forma que toda a comunidade precisa participar ativamente da construção de melhores condições de vida, buscando contribuir para conquista de seus requisitos fundamentais, quais sejam: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social, equidade, entre outros.

Promover a saúde implicaria então na atuação em cinco eixos principais: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de melhores ambientes de vida e trabalho, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais para mudar estilos de vida promotores de doenças e a reorientação dos serviços de saúde para que superem a ênfase na assistência curativa e hospitalocêntrica.

Além desses encontros históricos e suas novas acepções, diversas outras conferências internacionais avançaram na compreensão e proposição de ações na lógica da promoção da saúde, suscitando debates sobre o conceito ampliado de saúde que tem no bojo a promoção da saúde como uma nova forma de viver em sociedade que responda aos desafios contemporâneos.

No Brasil, além da criação do Sistema Único de Saúde com a Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde em 1990, outras normativas foram desenvolvidas baseadas na perspectiva do movimento internacional da promoção da saúde.

Em 2006 o Ministério da Saúde, publicou o chamado “Pacto pela Saúde”, composto pelos eixos “defesa da vida”, “gestão” e “defesa do SUS”, tendo no primeiro eixo o compromisso com o acesso e a qualidade do

atendimento que, dentre outros elementos, requerem a promoção da saúde como estratégia de ação. E a Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil preconiza ações específicas como a promoção de alimentação saudável, incentivos à prática de exercícios físicos, alternativas de controle do tabagismo, redução do uso de álcool e drogas, mecanismos para diminuição de acidentes de trânsito e implementação de uma cultura de paz e de desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

É possível perceber o quanto a promoção da saúde tem um caráter teleológico e carrega a lógica de buscar alcançar um objetivo pré-estabelecido (ALMEIDA; LEÃO, 2013) através de ações e estratégias informadas por modelos e referências muitas vezes extremamente distantes das realidades contextuais que pretende modificar. Ela muitas vezes tem a função de controlar as populações, como uma face do biopoder (FERREIRA NETO; KIND, 2010) e por meio de suas estratégias tende a impor um discurso moral e culpabilizante.

Daí a importância de refletir sobre a produção dessas estratégias e identificar suas tendências e pressuposições.

Aspectos da produção científica sobre as estratégias de promoção da saúde

Diante do que tem sido difundido na literatura científica sobre o conceito de promoção da saúde, foram identificadas algumas estratégias consideradas exitosas na construção de um novo modelo de atenção à saúde e de implementação do ideário da promoção da saúde.

Essas estratégias, mesmo consideradas exitosas, são apontadas pela literatura como grandes desafios e necessitam de discussões mais aprofundadas sobre seus limites e possibilidades.

A maioria dos estudos brasileiros nos últimos anos sobre as estratégias de promoção da saúde remetem a duas vertentes principais.

A primeira dá maior ênfase aos comportamentos individuais e aos estilos de vida saudáveis. Essa noção está embasada em um conceito de saúde que remete às capacidades físico-funcionais e ao bem-estar físico e mental, com viés individualista. Nesta abordagem os determinantes de saúde estariam ligados aos estilos de vida inadequados à saúde e, para esses, as principais estratégias focalizariam as mudanças de comportamento de indivíduos e comunidades (WESTPHAL, 2009).

Já na segunda abordagem, os determinantes de saúde centram-se nos fatores socioeconômicos, culturais, políticos, ambientais que demandam intervenções na esfera política, na promoção de espaços saudáveis, no empoderamento das populações e comunidades, bem como na reorientação dos serviços de saúde. Nesse entendimento, existe uma necessidade premente de diálogo crítico com profissionais de variadas áreas do conhecimento e setores governamentais implicados nesse processo (WESTPHAL, 2009).

A partir destas concepções delineamos as principais práticas que têm sido implementadas no Brasil recentemente conforme a literatura científica.

Uma das principais estratégias que aparecem em estudos e relatos de experiências sobre a promoção da saúde é a questão dos estilos de vida saudáveis.

Obviamente isso tem influência direta dos movimentos internacionais que inicialmente apontam que os comportamentos, hábitos e as formas como as pessoas vivem seu cotidiano são fontes de inúmeros problemas de saúde. Também reflete diretamente a primeira vertente de compreensão da promoção da saúde no Brasil, conforme demonstrado acima.

Nessa proposta, apresenta-se a ideia de que para melhorar o nível de saúde das populações se faz necessário modificar comportamentos de risco das pessoas como hábitos de fumar, ingerir álcool, utilizar drogas, ter relações sexuais “desprotegidas”, entre outros.

A lógica é que os estilos de vida estão inclusos no rol de estratégias de promoção da saúde e determinariam também o processo saúde-doença, por isso se faz necessário considerar todos os âmbitos de atuação e da vida dos sujeitos, uma vez que os modos como vivem as pessoas são considerados imprescindíveis para a conquista da saúde pelas populações em todas as fases da vida e devem “ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo” (BUSS, 2009, p.31).

Nessa perspectiva, Silva, Sena, Belga, Franco e Rodrigues (2014) destacam a importância da prática de atividades físicas desenvolvidas em praças e espaços públicos com o apoio da gestão municipal, enquanto Toledo, Abreu e Lopes (2013) apontam como estratégia a questão do aconselhamento sobre hábitos saudáveis, tendo verificado que quando se utiliza o aconselhamento existem maiores chances das pessoas incorporarem novas práticas de vida cotidiana e adotarem modos saudáveis.

É importante destacar que muitas vezes a figura do profissional de psicologia é requisitada nos serviços de saúde pública para possibilitar intervenções sobre aspectos psicológicos que geram fatores de risco à saúde da população, visando alcançar mudanças comportamentais nos indivíduos que possibilitem melhor qualidade de vida e controle sobre sua saúde (GORAYEB; BORGES; OLIVEIRA, 2012).

Contudo, os autores também apontam as limitações desta atuação devido à formação clínica incipiente para as demandas da atenção primária em saúde, além da premente necessidade de análise dos contextos sociais que requerem uma reformulação nos currículos dos cursos de graduação (GORAYEB; BORGES; OLIVEIRA, 2012).

Utilizando uma metodologia participativa e dinâmica, Ferreira Neto e Kind (2010) investigaram as práticas de grupo desenvolvidas por equipes das unidades de saúde da família em nove distritos sanitários de Belo Horizonte. Eles detectaram o quanto as práticas grupais desfocalizam a doença modificando a lógica das consultas individuais, ainda hegemônica nos serviços de saúde.

Essas práticas de grupos de conversa ou de grupos de atividades eram utilizadas como estratégia para a promoção da saúde e envolviam conversas sobre prevenção à doenças e atividades de tardes dançantes, caminhadas, entre outros, que superaram, em alguns casos, o modelo de perguntas-respostas centrado na doença. Constatou-se que essas atividades oferecem suporte importante para os usuários além de serem espaços de sociabilidade e de troca de conhecimentos.

Esse modelo de “estilos de vida saudáveis” reduz a complexidade sobre as motivações dos comportamentos das pessoas a uma questão meramente individual.

A cultura normativa é ainda expressiva no setor da saúde, no qual as ações são frequentemente reguladas por normas centralizadas, reforçando atitudes hegemônicas e autoritárias, de responsabilização dos indivíduos por sua maneira de viver. Sofisticam-se, cada vez mais, estratégias de culpabilização das próprias vítimas, a exemplo das campanhas de controle do tabagismo e de estímulo à alimentação saudável e aos exercícios físicos (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012, p.1351-52).

Chama a atenção o discurso no bojo do conceito de promoção da saúde de práticas saudáveis pautadas em um ideal de saúde e de corpo, permeado

pela responsabilização dos indivíduos por seus corpos, o que caracteriza um controle biopolítico que exima o Estado de promover um bem estar social (FURTADO, 2000).

Essa tendência é apontada como o resultado da organização da sociedade capitalista em que as dimensões da vida tendem a se individualizar e mercantilizar, transformando a saúde em um recurso privado de responsabilidade dos indivíduos que devem por si mesmos promovê-la (FREITAS, 2003).

Por isso convém ao Estado Democrático de Direito e às organizações da sociedade civil formular políticas relacionadas à qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento, participação, entre outros fatores (FREITAS, 2003).

Na operacionalização do conceito de promoção da saúde, estudos ressaltam também que a educação em saúde constitui-se como um campo de ação fundamental à incorporação de práticas saudáveis em todas as etapas da vida.

As próprias escolas seriam mediadores fundamentais para a efetivação de ações por estarem inseridas em territórios e espaços sociais onde a vida comunitária acontece (MORES; SILVEIRA, 2013).

Essa tendência é claramente percebida no desenvolvimento do programa “saúde nas escolas”, realizado pelo Ministério da Educação e instituído por meio do Decreto n.º 6.286 de 5 de dezembro de 2007. Esse projeto visa articular educação e saúde, considerando a escola um espaço privilegiado para convivência e para as relações que favoreçam e promovam a saúde.

Outras estratégias identificadas apontam para as práticas de educação em saúde a partir de grupos populacionais específicos, a exemplo dos grupos de famílias. Nesses encontros propõe-se a realização de oficinas que discutam questões sexuais e de gênero, melhorias no atendimento domiciliar às crianças e adolescentes em situações de risco ou que tenham sofrido violência doméstica e abuso sexual, além de atividades de fomento à alimentação saudável em escolas da rede pública de ensino (SILVA; SENA; BELGA; FRANCO; RODRIGUES, 2014).

Outra prática relatada na literatura aponta a utilização de dispositivos de produção de saberes para a transformação das situações de trabalho (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2009), embasada na perspectiva da Ergologia desenvolvida por Yves Schwartz, na França, que preconiza a atividade como matriz da história humana.

Ele desenvolveu o dispositivo dinâmico de três polos como um meio de confrontação de saberes de trabalhadores, técnicos com vistas a gerar transformações na atividade e nas situações de trabalho.

Assim, busca-se promover a saúde a partir de realização de encontros entre trabalhadores, gestores e técnicos para debater as dinâmicas das situações de trabalho visando trazer melhores condições.

É importante ressaltar que a educação em saúde pode favorecer uma melhor compreensão por parte dos indivíduos e grupos quanto aos determinantes sociais da sua saúde levando-os a incorporar habilidades pessoais no cotidiano da vida e também criando uma cooperação entre serviços de saúde, escolas e população que favoreça o diálogo e a reflexão.

A experiência de Bittencourt, Francisco e Mercado (2013) aponta a inclusão digital como uma ferramenta de promoção à saúde mental a pessoas com transtornos mentais, na medida em que propicia a reinserção social dos sujeitos.

A estratégia buscou incentivar os sujeitos a utilizarem a internet de modo criativo, desenvolvendo, por exemplo, blogs e outras ferramentas para expressarem sentimentos, desejos, sonhos e angústias. Essa estratégia

era realizada por meio de oficinas terapêuticas em serviços de saúde mental e possibilitaram a autonomia, a criatividade e a valorização das potencialidades pessoais e também a aprendizagem compartilhada, a troca de experiências proporcionando assim novas oportunidades para ampliar a sociabilidade (BITTENCOURT; FRANCISCO; MERCADO, 2013).

Lima, Silva e Tesser (2014) trazem a experiência de práticas integrativas e complementares desenvolvidas em um serviço de referência em promoção da saúde em Belo Horizonte/MG.

Elas destacam sua relevância como estratégia de promoção de saúde por se tratar de uma abordagem holística e empoderadora dos usuários do sistema de saúde. Entre as principais práticas estão a acupuntura, a oficina de memória, de dança e técnicas de relaxamento realizadas de modos individuais ou grupais.

Essas práticas contribuem para o fortalecimento da capacidade dos sujeitos lidarem com seus processos saúde-doença e trazem melhorias dado o impacto positivo em termos de bem-estar. Um dos problemas identificados é o fato de que essas ações ainda são incipientes no SUS e ocorrem de modo isolado e de forma fragmentada.

Um ponto de relevância que atravessa as diversas estratégias discutidas até aqui nesse artigo é a questão das redes sociais e de apoio. Elas são consideradas esteio para que se efetivem as práticas de mudanças nos estilos de vida saudáveis e as ações de educação em saúde. Afinal, os comportamentos humanos e a educação, formal e informal, ocorrem em contextos de relações sociais que os modelam. Intervenções que ignorem as redes sociais tentem a limitar consideravelmente sua eficácia.

É isso que preconizam alguns estudos na medida em que apostam nas redes sociais como uma estratégia de relação horizontal que permite o exercício do poder conjunto de forma a compartilhar saberes e práticas capazes de ampliar as possibilidades de promover ações coletivas (MENDES; BÓGUS; WESTPHAL; FERNANDEZ, 2013).

Além disso, as redes sociais funcionam de modo distinto das relações hierárquicas que se estabelecem nos serviços de saúde. Elas constituem-se como formas de cuidado e reivindicação coletiva pautadas no empoderamento coletivo, indispensáveis à gestão local em articulação com o poder público (MENDES; BÓGUS; WESTPHAL; FERNANDEZ, 2013).

Exemplo disso é a parceria entre unidades de saúde da família e grupos religiosos, que tem fortalecido o vínculo com os usuários por promoverem atividades de interesse da população e por auxiliarem no acesso às unidades de saúde (MARQUES; RIBEIRO; SANTOS, 2012).

A ênfase nas redes sociais reafirma as potencialidades dos processos participativos de diferentes grupos para o enfrentamento dos diversos desafios no campo da saúde.

Nessa mesma direção, identificamos um princípio que subjaz às muitas estratégias de promoção da saúde. Trata-se da noção de intersetorialidade, quase sempre considerada como fundamento para a efetividade dessas práticas.

A intersetorialidade “busca o estabelecimento de parcerias entre diferentes instituições no sentido de trabalharem juntos para o alcance de objetivos e metas comuns” (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012, p.1336).

A intersetorialidade consiste na articulação entre setores distintos do Estado que atuam em lógicas diferentes e muitas vezes complementares para possibilitar a resolução de problemas complexos. Ela tenta obter certa unidade apesar das diferentes áreas de atuação dos setores envolvidos que

visando superar a fragmentação e a especialização que imperam nas estruturas de atuação do Estado.

Articular recursos e medidas em prol do bem comum compõe o bojo das ações intersetoriais apontadas como fundamental estratégia de promoção da saúde. Certamente, essas práticas ao buscarem romper a lógica segmentada dos serviços públicos ainda são tomadas mais como um desafio do que como experiências exitosas, pois nem sempre é possível articular parcerias em busca de um objetivo em comum (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012). Por isso, a intersetorialidade é considerada um dilema permanente para a promoção da saúde.

Embora se reconheça sua relevância na efetividade das respostas aos problemas de saúde, ressalta-se que ela tem permanecido restrita ao campo de intencionalidades (SILVA; SENA; BELGA; FRANCO; RODRIGUES, 2014). Estes mesmos autores corroboram a ideia de que a sustentabilidade das práticas intersetoriais dependem de parcerias que não fiquem restritas a encaminhamentos ou compartilhamentos de recursos, o que reforça a necessidade de que sejam pautadas na co-responsabilização pelos desafios cujos interesses são somente do setor saúde.

O termo políticas públicas saudáveis, amplamente utilizado na temática sobre promoção da saúde refere-se à implementação de legislações, medidas fiscais e ações com o objetivo de promover a equidade em saúde, distribuição de renda e políticas sociais (BUSS, 2009), como inclusive garante a Constituição Federal de 1988 ao mencionar que o direito à saúde é garantido por meio de políticas econômicas e sociais (CF, 1988).

As políticas públicas saudáveis são consideradas estratégias fundamentais para a melhoria das condições de vida e o acesso a ações coletivas integradas no que se refere à violência contra os jovens que tem suas vidas ceifadas pelos homicídios no Brasil (LICO; WESTPHAL, 2014).

Dentre os projetos desenvolvidos, destacam-se os de fomento à educação, cultura, esportes e lazer, projetos socioeducativos, contudo, com protagonismo insuficiente pela juventude.

Lico e Westphal (2014) ressaltam a importância de políticas que contemplem a equidade, os direitos e uma vida com qualidade e tenham a própria população como protagonista deste processo, promovendo a autonomia e a participação ativa.

Nessa lógica convém citar um exemplo importante de promoção da saúde: a agroecologia. A nosso ver, trata-se de uma política pública contra-hegemônica ao modelo de desenvolvimento concentrador de renda e de amplo uso de agrotóxicos que contaminam o ambiente e intoxicam trabalhadores e populações expostas.

Ela é um movimento sociopolítico baseado na agricultura familiar que busca fortalecer o agricultor e promover sua autonomia e participação no processo produtivo livre de agroquímicos, tendo como foco de ação o seu próprio contexto. Ela tem sido apontada como importante estratégia de promoção da saúde, sustentabilidade e segurança alimentar e nutricional (AZEVEDO; PELICIONI, 2011).

Considerações finais

Todas essas estratégias apresentam uma diversidade de influências teóricas que as conformam, evidenciando um mosaico de ações e práticas criadas em função dos problemas de saúde que são enfrentados nas diversas regiões onde se dão.

O que mais nos chama a atenção é que cada uma dessas práticas pareçam, por vezes, iniciativas isoladas e pautadas em ações de atores interessados na melhoria das condições de vida. Trata-se de tentativas de operacionalização da promoção da saúde nos variados contextos de vida.

Hegemonicamente, entretanto, essas estratégias observadas na literatura estão alinhadas às balizas centrais do movimento internacional de promoção da saúde. Ou seja, as especificidades dos contextos sociais brasileiros são campos de aplicação de modelos previamente estabelecidos e não cenários de onde brotam experiências e práticas peculiares e afinadas às reais demandas da formação social do Brasil. Embora sejam distintas, essas estratégias, em geral, são reproduções do que já havia sido indicado no movimento internacional de promoção da saúde, particularmente tipificados na Carta de Ottawa.

Constata-se a ausência de um pensamento sanitário que produza ações contextualizadas às especificidades e necessidades das regiões brasileiras e que emanem da participação comunitária e atendam aos desejos dos maiores interessados, ao invés de reproduzir dispositivos de outros contextos culturais.

Por fim, percebemos claramente que existem polaridades e riscos nessas estratégias: de um lado a responsabilização dos indivíduos por sua saúde e a consequente diminuição do papel do Estado na garantia da saúde pública, e, de outro, a ênfase nas políticas públicas saudáveis e na intersectorialidade que mesmo contando com a participação da comunidade, corre o risco de negligenciar o poder participativo das populações para a tomada de decisões que sejam democráticas e representativas das necessidades dos diferentes grupos sociais.

Sobre o artigo

Recebido: 21/04/2014

Aceito: 20/05/2014

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, L. P.; LEÃO, L. H. C. Produção de saúde como compromisso da psicologia social. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 23, p. 277-89, 2013.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F. Promoção da saúde, sustentabilidade e agroecologia: uma discussão intersetorial. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.3, p. 715-29, 2011.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas Políticas Públicas de Promoção de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-56, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- BITTENCOURT, I. G. S.; FRANCISCO, D. J.; MERCADO, L. P. L. Autoria em *blog* por pessoas em sofrimento psíquico: aprendizagem compartilhada, reconhecimento e promoção da saúde mental. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 33, n. 4, p. 988-99, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p.19-42.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

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, tendências**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009, p.43-57.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 1119-42, 2010.

FREITAS, C. M. Da vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D; Freitas, C. M (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.141-59.

FURTADO, M.A. **Promoção da Saúde e seu alcance Biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia**. 2010, 133f. Dissertação (Mestre em psicossociologia). Programa de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2010.

GORAYEB, R.; BORGES, C. D.; OLIVEIRA, C. M. Psicologia na atenção primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.32, n.3, p.674-85, 2012.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface**, Botucatu, v.18, n.49, p.261-72, 2014.

LICO, F.M.C.; WESTPHAL, M.F. Juventude, violência e ação coletiva. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.3, p.764-77, 2014.

MARQUES, F. C.; RIBEIRO, K. S. M. A.; SANTOS, W. Q. Intersetorialidade: possibilidade de parcerias entre a Estratégia Saúde da Família e a Pastoral da Criança. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.544-53, 2012.

MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; WESTPHAL, M. F.; FERNANDEZ, J. C. A. Promoção da saúde e Redes de lideranças. **Physis**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.209-26, 2013.

MORÉS, F. B.; SILVEIRA, E. Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.97, p.241-50, 2013.

SILVA, E. F.; BRITO, J.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M. A promoção da saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experiência com trabalhadores de escolas públicas. **Interface**, Botucatu, v. 13, n.30, p. 107-19, 2009.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; BELGA, S. M. M.; FRANCO, S. P. M.; RODRIGUES, A. T. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.1, p. 76-85, 2014.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Interface**, Botucatu, v.14, n.32, p. 207-15, 2010.

TOLEDO, M. T. T.; ABREU, M. N.; LOPES, A. C. S. Adesão a modos de vida saudáveis mediante aconselhamento por profissionais de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 540-48, 2013.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009, p.635-67.