

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE: REPENSANDO PARADIGMAS

Ana da Costa Polonia¹
Élioenai Dornelles Alves²

O tema 'ações educativas em saúde' vem se constituindo em um elemento de direcionamento, questionamento e de reflexões quando se trata de promoção, prevenção ou de saúde integral do ser humano, independente do grupo etário a que pertença. As políticas públicas, as instituições de ensino, de saúde e até mesmo, as diferentes formas de inserção da pessoa em sua comunidade e no mundo do trabalho, torna-se hoje, uma preocupação constante entre os governantes, em nível estadual, nacional e internacional.

Como lidar com os desafios e os problemas oriundos desta sociedade globalizada? Como promover a otimização de recursos econômicos, sociais, educacionais, de saúde, familiares, da comunidade, em prol da maximização de condições para o desenvolvimento das populações e dos grupos? Quais a possibilidade e as possíveis formas de intervenção para promoção de suas condições evolutivas? São questionamentos constantes entre os profissionais das mais diversas áreas de conhecimento.

Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais que trabalham com a saúde e os diferentes aspectos do desenvolvimento humano, em um nível mais direto ou mais indireto, na constituição de programas ou mesmo em diferentes espaço de intervenção, busquem formas de propiciar dinâmicas de atendimento que estejam em consonância, com a etapa evolutiva e com os paradigmas que norteiam o seu trabalho. Assim, para se apreender as suas concepções básicas, é preciso entender a sua noção conceitual.

Podemos definir paradigmas, como marcos teóricos-metodológicos que objetivam interpretar, apreender um dado fenômeno ou realidade, e servem também de modelos de resolução de problemas dentro de uma comunidade científica, como destaca Gialdino (conforme citado por Silva, 1998).

O paradigma compreende então, um conjunto de crenças e valores que se dirigem à construção de seus pilares e, para Guba e Lincon (conforme citado por Silva, 1998), se estabelecem sobre três pressupostos: (a) ontológico que reflete natureza da realidade investigada e da sua multiplicidade; (b) epistemológico que representa a maneira que se estabelece a relação entre o fenômeno investigado e como este é percebido pelo investigador, subentendendo-se conhecimentos e teorias; e (c) metodológico enfatizando a forma, instrumentos e estratégias para apreender e abordar de maneira mais significativa o fenômeno selecionado.

Para Barbier (2002), o paradigma da complexidade se distingue do paradigma da simplicidade, porque este último, isola os aspectos inerentes aos ser, separando-os em unidades. O seu referencial, em ciências humanas, desconsidera a pessoa e a sua unidade biológica, psicológica, social, econômica, cultural, familiar, grupai e até mesmo as condições históricas e temporais em que a pessoa vive, e da sociedade em transformação. Os contextos onde o sujeito está inserido e as formas de interação com estes, são vistas de maneira isolada e parcial.

Ampliando esta concepção, Bronfenbrenner (1977,1986,1992) resgata o papel ativo, interativo e protagônico do indivíduo, em que ele é o agente de mudança, o núcleo do processo, rompendo com algumas premissas em que o indivíduo apenas sofre as influências do ambiente, mas que é também por aquele modificado. Na concepção de Bronfenbrenner (Polonia, Dessen & Pereira-Silva, 2003), o desenvolvimento representa uma transformação que atinge a pessoa, mas não de caráter passageiro e nem pertinente somente à situação ou aquele contexto, significa uma reorganização que se procede de maneira continuada dentro da unidade tempo-espaço. Esta modificação se realiza no nível das ações e também, das percepções da pessoa, nas suas atividades e na sua interação com o seu mundo.

¹Professora conveniada da SEEDF/Assistente, Mestre em Psicologia, Membro do Nespron/UNB, doutoranda em Psicologia/UNB.

² Professor Adjunto, Doutor, Livre Docente, Coordenador do Nespron/UNB, Pesquisador do CNPq.

As mudanças que atinge as propostas da ciência contemporânea, apontadas por Morin, Prigogine e Stengers, Esteves de Vasconcellos (conforme citado por Filho, 1998), frente aos modelos de complexidade crescente, são aglutinadas em: (a) da dimensão da simplicidade à questão da complexidade, onde se difunde que as noções lineares e simplificadas não podem ser aplicadas ou empregadas para compreender fenômenos humanos, psicológicos, sociais dentre outros; (b) o questionamento da homeostase, no sentido de que há uma ordem fixa, causal e determinada, substituindo-a por modelos que retratam indeterminações, imprevisibilidade, além da auto-organização; e (c) da noção de objetividade à intersubjetividade, frente à questão epistemológica do conhecimento e dos sujeitos cognoscentes que se entrelaçam e permeiam as diferentes realidades e relações que são co-construídas e re-significadas dentro de um tempo-espaço.

Esta matriz paradigmática rompe com a noção de fragmentação do sujeito, e o contextualiza, considerando suas expectativas, sonhos, hábitos, condições de vida, processos familiares e afetivos, outros grupos que participa. Moreno, Serrano e García (1995) destacam que o paradigma de saúde integral, abrange uma visão de unicidade, uma perspectiva sistêmica considerando a multidimensionalidade do sujeito, os contextos em que ele protagoniza, e os temas presentes na sua experiência. O próximo item, discute as matrizes que estabelecem os pilares da promoção, sua dimensão científica e seus fundamentos práticos.

Matrizes da Promoção

A promoção da saúde se estabelece dentro de uma proposta holística, coordenando as perspectivas sistêmicas e bioecológicas, em que o sujeito e o ambiente estão em constante interação, e as influências culturais, sociais, simbólicas além de crenças, valores e atitudes que se inter-relacionam e são elementos que afetam o desenvolvimento do sujeito e do seu ambiente físico e social.

Assim, ao se trabalhar com a pessoa em desenvolvimento, o profissional deve conhecer seu escopo de atividades, o limite e possibilidades do seu papel com a finalidade de estruturar as intervenções, nos mais diversos contextos sociais. O desdobramento destas condições fomenta a participação ativa dos indivíduos e dos grupos, tendo como referência o protagonismo, propiciando com esta atitude, o desencadear das competências necessárias à função de agente de mudança social, na comunidade envolvida. Neste sentido, Czresnia (1999) enfatiza que, a promoção articula esforços individuais e coletivos para lidar com a complexidade que norteia a questão da saúde em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, relacionais e também, de valores, crenças, atitudes e elementos que são idiossincráticos das populações.

Nesta dimensão, a promoção da saúde deve respeitar e a dinâmica dos grupos e dos sujeitos que os constituem, propiciar uma linguagem científica acessível e respeitar os seus referenciais e experiências da comunidade. A base desta atividade conjunta deve acontecer de forma lúdica, com espaços para ação-reflexão-ação. O campo relaxado, as atividades grupais, o trabalho com a auto-estima, aliados à capacidade de escolha consciente e com diferentes recursos pedagógicos, dentre eles, teatro, jogos, colagem e jornais, são instrumentos que facilitam a aprendizagem e as mudanças relacionadas às noções de saúde, cuidados, etc. Paulatinamente, os aspectos de responsabilidade, auto-cuidado, a educação comunicativa, aliados à visão da coletividade e universalidade de direitos, deveres e ética são valores que vão impregnar e alavancar as mudanças esperadas.

Ao se focar as diversas populações e seus constituintes multiculturais, os estudiosos e os profissionais que lidam com a saúde, no seu aspecto dinâmico, integralizador e de desenvolvimento, devem conhecer aspectos peculiares da sua evolução, como os campos cognitivos, afetivos, familiares, culturais, seus sonhos, suas expectativas para o futuro e o mundo do trabalho. Como Gonzáles-Rey (2003) ressalta, compreender a questão subjetiva do sujeito, significa considerar a sua trajetória histórica, sua singularidade, a sua diversidade e a forma que ele se expressa e protagoniza seu espaço na sociedade.

Frente à estes conhecimentos sobre a pessoa, seu contexto, suas características biopsicológicas, a matriz que deve permear o centro destes trabalhos deve objetivar a promoção, que segundo Restrepo (2001a) direciona-se a uma prática e envolve ações que se estabelecem, considerando as necessidades e as aspirações da pessoa, não se limitando a conter e interromper

uma dado problemas ou enfermidade. Seu escopo de ação transcende o limite da melhoria, visando atingir toda a população e seu bem estar de maneira global.

Dentro do escopo da promoção, a visão sistêmica, incorporando a integralidade e a complexa relação do desenvolvimento do sujeito e de seu ambiente, abarca em seus projetos, questões éticas, valores, situações concretas, engajamento ativo e a construção dinâmica do conhecimento. Uma perspectiva de atuação em rede, suscita e ancora a noção de interdependência entre as comunidades, os profissionais e os espaços institucionais, bem como, o emprego das metodologias participativas que visam a interação e a mobilização social. As condições estruturais e as maneiras de implementar as ações de promoção em saúde, são enfocadas e analisadas no próximo tópico.

Condições essenciais para o estabelecimento de ações de promoção em saúde

Para o efetivo estabelecimento de condições de promoção de saúde, algumas matrizes se estruturam, dimensionam as condições de realização, transformação de práticas e perspectivas de trabalho. Muito mais do que uma prática ou teoria, pode ser considerada uma filosofia e um redimensionamento de uma abordagem holística em saúde. Isto implica em uma percepção diferenciada e multidisciplinar de intervenção, de mediação de repertórios, indicando a construção de uma consciência ética, profissional e política dos envolvidos.

Sob este prisma, alguns requisitos são essenciais para subsidiar ações, projetos e programas voltados à promoção, que são abordados a seguir, de acordo com Restrepo (2000a), Moreno, Serrano e Garcia (1995):

(a) adotar a visão interdisciplinar no tocante ao fenômeno da saúde, não se restringindo a noção de "cura" ou sob a visão de uma única disciplina ou domínio de conhecimento, mas assegurar uma visão integrada e inter-relacionada entre as diversas ciências e os aspectos da saúde;

(b) adoção de uma abordagem multimetodológica possibilita o emprego de seletos instrumentos, técnicas e recursos a fim de auxiliar, deflagrar e construir um campo de compreensão sobre a questão da promoção de saúde. Tais instrumentos, permitem o levantamento de dados, análises e resultados associados aos mecanismos de avaliação mais condizentes, com a visão complexa e diferenciada do fenômeno em questão. Com estes dados pode se constituir em informações mais realistas sobre a população em questão, propiciar intervenções e adoção de políticas mais coerentes com as necessidades, demandas e hábitos, que podem atuarem como incrementos ou barreiras à construção de repertórios mais salutarés;

(c) emprego de metodologias participativas que visem estimular, propagar e multiplicar os conhecimentos e atitudes saudáveis, realizando a aproximação teórico-prática. Com estes recursos pedagógicos, amplia-se os resultados, difunde-se noções básicas de saúde, como também comportamento e atitudes salutarés, de maneira mais pragmática, criando-se um espaço onde as pessoas e comunidades possam experimentar efetivamente, o viver saudável, dentro dos parâmetros de equidade social;

(d) constituição de uma equipe multiprofissional, responde e permite diferentes óticas, análises e apreensão do fenômeno saúde, considerando a importância de cada profissional na colaboração e visão da integralidade do sujeito e das inter-relações entre o sujeito e o seu ambiente. Neste item, deve se destacar a necessidade de uma formação continuada, com o intuito de atualização dos profissionais, em nível de ações integradas e complementares, como também, a necessidade de construção de perspectivas e atuação, em rede, no tocante a evolução e desenvolvimento de grupos.

(e) articulação intra e intersetorial para a constituição de uma rede de comunicação, ações e análises, em nível micro e macro, objetivando a otimização dos setores, instituições, organizações e da comunidade, voltadas à saúde plena e bem estar da população.

O indivíduo e o grupo transformam-se em protagonistas e a partir dos conhecimentos técnicos-científicos, organizam-se, mobilizam-se e modificam o seu meio ambiente e as pessoas com que interagem. O co-construir, a co-responsabilidade são processos que estão inseridos no seu desenvolvimento, como o estímulo a autonomia, a capacidade de resolução de problemas de

forma criativa, o fomento a captação de recursos materiais e humanos e o reconhecimento do espaço da comunidade como fonte constante de mobilização e ressonância do trabalho.

(f) conhecimento e práticas científicas, fazem-se necessárias a sedimentação de noções básicas e conceituais, no emprego de terminologias, que fomentem e subsidiem a pesquisa, a elaboração de programa e projetos políticos-institucionais, em nível internacional, nacional e local que desembocam no arcabouço teórico, metodologias, instrumentos, procedimentos e mecanismos de avaliação condizentes, eficientes e capazes de captar a realidade de um grupo, país e cultura. Esta elaboração e estruturação do conhecimento científico, acumulado e em constante atualização, fomenta o intercâmbio permanente, considerando as peculiaridades dos grupos e culturas, respeitando-se crenças, valores e os recursos disponíveis para a superação das dificuldades, reconhecimento dos pontos fortes, das similaridades e diferenças entre eles;

(g) políticas públicas que integrem os conhecimentos oriundos das pesquisas, das mais diversas fontes, como da universidade, das instituições, da comunidade gerando necessidades sociais de participação, espaço de lutas e níveis diferenciados de engajamento social, histórico, e que possibilitem mudanças importantes nos sujeitos e na sociedade. Além disso, esta políticas devem refletir a articulação, a instrumentação e consecução de objetivos que advém de dados empíricos, e de uma reflexão maior sobre a realidade do viver saudável;

(h) construção de uma rede de comunicação e intercâmbio de experiências, conhecimentos, recursos físicos e humanos que deflagrem de maneira mais compacta e ao mesmo tempo mais rápida, às ações em educação para a saúde, são proposta essenciais. Os recursos tecnológicos como a internet, os sites da web, teleconferências, o espaço virtual e publicações diversas como livros, artigos, jornais funcionem como formas de divulgação e difusão dos conhecimentos e das informações que mobilizem e sistematizem a compreensão sobre os diferentes aspectos da saúde.

É de fundamental importância, espaços de intercâmbios, de formação continuada, de produção e de oficinas, congressos, encontros com diferentes objetivos que de maneira singular possam difundir e estabelecer contatos e visões diversificadas sobre a saúde e seus paradigmas. Este universo de discussões, experiências e de trocas é benéfico a formação e ao constituição do campo das ações educativas em saúde. O item a seguir, enfoca o paradigma da prevenção, suas concepções, fundamentos e seus formas de intervenção e implementação, nos grupos sociais.

Matrizes da Prevenção

A abordagem preventiva tem se delineado e se redimensionado frente às diferentes correntes do pensamento humano, as transformações e descobertas na área da tecnologia, da informação, da ciência correlacionando-se com as concepções de homem-sociedade-mundo. No espaço da saúde, prevenir antes que remediar subsidiou os enfoques e metodologias que direcionou os modelos de saúde. A preocupação do impacto das mudanças sociais, econômicas, históricas e temporais na vida dos sujeitos impulsionou os cientistas sociais a compreenderem os seus efeitos sobre a saúde física, mental e nos contextos onde a pessoa encontra-se inserida (Caplan, 1980).

O termo prevenção pode ser considerado, "...polissêmico que só ganha sentido quando relacionado a um contexto teórico de intervenções, variáveis conforme a natureza do problema tratado. Prevenir é agir de modo a baixar a probabilidade de ocorrência de um acontecimento, e limitar suas conseqüências humanas e sociais." (Doron & Parot, p. 607, 1998)

Dentro desta perspectiva, os esforços concentram-se em criar espaços e construir filosofias, programas, projetos e instrumentais que possam influenciar e reduzir significativamente os problemas. As premissas básicas da prevenção se sustentam sob dois pilares: a análise e modificação do ambiente social, e a "construção de competências", atingindo um maior número de pessoas, subgrupos ou populações. Enfatiza-se a bidirecionalidade nas relações sujeito e ambiente, reconhecendo a interdependência e as influências mútuas na construção de uma vida mais saudável e do bem estar geral do homem-ambiente. As noções de universalidade e de coletividade estão subjacentes, na medida em que, se sublinham ações conjuntas e coordenadas dos grupos e dos profissionais para a superação dos problemas que afetam a saúde integral. A proposta se escalona na compreensão da inter-relação do sujeito e dos diversos contextos em que a pessoa em desenvolvimento participa, nos níveis micro, das interações face-à-face até os mais

distantes, no nível macro, onde os valores, crenças, oportunidades e atitudes influenciam as demandas e os comportamentos. Portanto, estes processos se estabelecem em um tempo histórico onde ocorrem as transformações normativas e não normativas na pessoa, e tais fatores não podem ser ignorados para estabelecer políticas, programas e projetos interventivos.

Para Cowen (1992), os modelos adotados em programa de prevenção, voltados à área de saúde mental, se estruturam em dois núcleos críticos, que enfocam: (a) recursos limitados, direcionados mais especificamente, às condições adversas, e que apresentam problemas e perspectivas mais resistentes à mudança, onde os profissionais e seus esforços se dirigem apenas ao núcleo do problema, sem entretanto ampliar o seu escopo de atuação e especialmente, fomentar repertórios mais diversificados e envolver outros membros e contextos de desenvolvimento; e (b) poucos recursos acondicionados e distribuídos a uma pequena população-alvo, e não acessíveis a um segmento maior da sociedade. O enfoque em uma população-alvo limitada, descreve como as políticas públicas, ainda se focalizam nas condições de 'reparar', e não em difundir repertórios preventivos às populações que podem apresentar as mesmas condições de risco.

Como sublinha Larcharité (2000), é imprescindível a ampliação dos modelos de compreensão do fenômeno, por exemplo o da negligência com criança, e favorecer às famílias e à população em geral, condições de resolução destes problemas e não se basear somente, no controle social. É pertinente, criar espaços de construção de uma rede social de apoio, envolvendo não apenas os profissionais de saúde e de educação, mas, a comunidade local, pesquisadores, políticos, governo, em uma perspectiva de responsabilidade social e de mobilização frente aos problemas encontrados.

Dimensões e tipos de ações em prevenção

Dependendo da evolução de um dado acontecimento, transtorno ou mesmo de uma doença, os mecanismos de intervenção ganham sua particularidade e estratégias peculiares para impedir sua difusão ou reduzir sua força sobre o indivíduo, grupo ou sociedade. A prevenção pode se caracterizar por aspectos promotores, protetores e também de redução de riscos, preconizando paradigmas que viabilizem a mobilização de atitudes, comportamentos e práticas mais salutares (Alves & Polonia, 2001).

Ao se propor ações de cunho preventivo, deve-se analisar, primeiramente, a origem e a natureza do problema, a história de vida dos envolvidos, a progressão dos acontecimentos, as conseqüência em nível evolutivo para as pessoas e para os contextos, identificando-se as influências sobre os padrões interacionais e os efeitos de suas repercussões. Paralelamente, é imprescindível alicerçar-se sobre bases teóricas, metodológicas e estratégias de intervenção condizentes com a realidade.

Portanto, ao se selecionar mecanismos e estratégias preventivas, é sine qua non vislumbrar os diferentes graus ou manifestações do problema, da doença ou do sofrimento, evitando visões superficiais e precipitadas. Outrossim, uma boa caracterização do problema de forma sistêmica e ecológica, permite selecionar e adotar as ações, mais adequadas com os tipos diferenciados de prevenção.

O espectro dos modelos e estilos de intervenções são classificadas, mediante as condições e a progressão do problema ou da enfermidade. Assim, encontra-se três enfoques que são:

a) prevenção primária: neste modelo conceitual predomina a visão comunitária. Buscando-se, consistentemente, a redução de novos focos, em um grupo ou população identificada, considerando a sua penetração e a disseminação. Objetiva-se, em um certo período de tempo, modificar as condições que propiciam o aparecimento do problema para que sejam minimizada ou interrompidas, antes que disseminem para outros grupos ou mesmo que possam se cristalizar. Seu enfoque não se caracteriza por atingir um indivíduo, mas, efetivamente, alcançar grupos ou populações. Por isso, Caplan (1980) preconiza e desmistifica que este enfoque comunitário, em nenhuma hipótese, se contrapõe ao atendimento individual, pelo contrário, reforça uma maior responsabilidade pelo bem estar de todos, já que este indivíduo é representativo, isto é, uma amostra dentro de um grupo. Ainda, sobre este tipo de prevenção, deve-se enfatizar que os esforços se concentram na redução da sua futura incidência em grupos não-disfuncionais, mas

que são considerados como casos em potencial. Seu caráter prospectivo, demanda uma política de desenvolvimento humano, onde a educação e saúde, encontram-se como parceiras constantes e estratégicas, no seio da sociedade.

Reforçando esta noção, a prevenção primária, de acordo com J. Selosse (conforme citado por Doron & Parot, p. 607, 1998), "visa reduzir a taxa de incidência dos distúrbios psicossociais numa população circunscrita, procurando diminuir a probabilidade de seu aparecimento por meio de uma ação sobre o ambiente, sobre as situações e sobre os recursos dos indivíduos, através de uma estratégia de ações ecológicas proativas".

Depreende-se dessa formulação que, na prevenção primária, predominam ações gerais que extrapolam grupos disfuncionais e que se endereçam, também, aquelas pessoas e grupos que não foram ainda afetados ou mesmo, a uma parcela da população que está manifestando o distúrbio. Com este enfoque, é fundamental que o trabalho se expanda progressivamente e fomenta orientações antecipatórias que perdurem no comportamento dos indivíduos, destacando-se e que estes também possam ser agentes promotores de saúde. Como exemplo, pode-se destacar, a ausência de programas direcionados à aposentadoria e a prevenção da 'Síndrome de Burn-out' que atinge a classe dos professores, no nosso país.

b) prevenção secundária: seu propósito primeiro é a redução de distúrbios e disfunções que estão em progressão, em um dado grupo ou população, onde o seu objetivo precípua é identificar, antecipadamente, o problema, estimulando-se estratégias que bloqueiem, interrompam e minimizem os seus efeitos ou sua duração, restringindo significativamente, a sua difusão. Estas estratégias têm um cunho eminentemente reativo, isto é, investem em ações imediatas e em esforços concentrados que visam atingir o estágio inicial do transtorno ou problema. Temos como ilustração, o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids, na população sexualmente ativa.

c) prevenção terciária: dirige-se ao tratamento, à reeducação e à reabilitação do sujeito, e tem por finalidade, a redução do problema que se encontra instalado e em progressão. O seu pilar reeducativo, disponibiliza esforços para a obtenção de conhecimentos científicos e práticas diferenciadas e eficientes, que realmente possam administrar o transtorno e, concomitantemente, construir repertórios que evitem a sua reincidência. A mobilização de intervenções em rede de apoio social, subsidiados com aspectos psicossociais voltados para a autonomia, a auto-estima, o auto-conceito e projetos futuros, abrem horizontes para a promoção de novas competências e habilidades para lidar com situações ansiogênicas, estressantes e inesperadas. Em tais casos, podemos observar a questão do alcoolismo no trabalho, havendo um declínio sensível da produção e atenção do trabalhador, as agressões intra-familiares oriundas deste problema, tanto quanto, a ocorrência de acidentes grave nas estradas.

Para Lascoumes (1997) a prevenção terciária pode se denominada como a "prevenção da reincidência", na medida em que, busca-se evitar o ancoramento do indivíduo na disfunção ou transtorno, como a cristalização dos problemas e a sua expansão para outros ambientes e pessoas que participam do seu cotidiano.

Deve-se ressaltar que, os tipos de prevenção são nuances de seu emprego. Eles não se contrapõem e tampouco, são excludentes e podem, conforme o objetivo e as políticas adotadas, serem desencadeados em um mesmo projeto ou programa. O enfoque da prevenção terciária, por exemplo, no atendimento direto aos grupos de usuários de drogas injetáveis pode e deve incluir a família, havendo investimentos do poder público na região ou localidade onde essas drogas são comercializadas e temos, então, um programa que envolve os três tipos de prevenção.

Em síntese, a prevenção implica numa variedade de estratégias, em diferentes atividades, não ficando restrita aos profissionais da área médica, mas sobretudo deve incluir em suas ações as comunidades e outros profissionais que lidam com a população, compreendendo uma prisma interdisciplinar e multidisciplinar do fenômeno em questão. Essa atuação em rede, encadeia, coordena e articula os serviços disponíveis, além de envolver os profissionais e a comunidade, estimulando os esforços concentrados e articulados, para interromper a incidência, o encadeamento e a comorbidade destes transtornos, doenças ou acontecimentos existentes, ou que tem certa probabilidade aparecerem na sociedade. No próximo item, discute-se a relação entre estes duas matrizes paradigmáticas em saúde e em educação, destacando-se momentos compartilhados e independentes, no seu emprego.

Promoção e prevenção relações paradoxais ou complementares?

As aproximações, semelhanças, intersecções e características particulares presentes, nos marcos teóricos, metodológicos, de aplicação e de instrumentalização, no campo da prevenção e promoção, são conhecimentos estratégicos na formulação planos, programas, políticas e considerações de fundo ético para implementar e otimizar o desenvolvimento humano e do ambiente que rodeia. Tanto à promoção de saúde quanto à prevenção, se caracterizam como funções complementares que podem ser acionadas de modo diferente, dependendo da necessidade, da constituição e características dos grupos e a incidência de determinados problemas ou transtornos.

O escopo da prevenção se dirige a problemas específicos manifestados em um grupo da população ou em sua parcela, sob o enfoque de risco, sendo seu principal compromisso e intenção, provocar sua redução ou erradicar o problema. Emerge na promoção, o enfoque na saúde integral, sendo todos os sujeitos da população, alvos de sua ação e protagonistas, em potenciais. Esta universalização dos atores sociais, os torna agentes inerentes e responsáveis por modificações na questão do desenvolvimento saudável, pois, não há a busca específica de um problema, todos se tornam sujeitos e objetos, nesta matriz. De forma estratégica, a perspectiva de otimizar a saúde e disseminar o desenvolvimento de comportamentos saudáveis para a melhora da qualidade de vida, está presente no seu eixo de atuação.

A diversidade na aplicação e no emprego dos conceitos de promoção e prevenção em saúde e o reconhecimento de suas diferenças, não se traduzem em incompatibilidades, mas em uma visão que há peculiaridades de trabalho, de instrumentalização e de operacionalização. Diferenças entre estes dois vetores, enriquecem e demonstram a complexidade da condição humana, da realidade co-construída no horizonte de uma perspectiva integral de saúde. Elas são fatores de implementação de ações e educação em saúde, mas é de extrema importância distingui-las, pois seu emprego eficaz, possibilita sucesso nos diferentes níveis de atividades e de intervenção, seja na elaboração de programas e projetos institucionais, comunitários, públicos dentre outros. O reconhecimento das diferenças, a identificação e limites de cada modelo, nos seus campos conceituais e metodológicos, são requisitos para a distribuição de recursos técnicos e financeiros de maneira mais viável, bem como a sua potencialização e difusão para os grupos.

Então este conhecimento, proporciona uma reflexão sobre as posturas, os programas e os modelos de intervenção adotados, e formas condizentes de avaliação, gerando novos artefatos profissionais e epistemológicos que desencadeiem um real intercâmbio social, sem dicotomizar sujeitos e objetos de investigação, em suas experiências e práticas em educação e saúde.

Com fins didáticos, apresenta-se um quadro comparativo, elaborado por Restrepo (2001), onde se destacam os campos conceituais, as formas e as atividades interligadas à matriz da promoção e da prevenção.

Todavia, o quadro síntese se apresenta como um indicador e não com uma função de determinação de ação para o profissional.

Promoção e Prevenção: aspectos gerais³

	Promoção	Prevenção
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - atuação sobre os determinantes da saúde integral; - criar opções saudáveis e de fácil acesso as populações 	<ul style="list-style-type: none"> - redução dos fatores de risco e da doenças; - proteger os sujeitos contra risco específicos.
Ações	<ul style="list-style-type: none"> - dirigem-se à todos os sujeitos, aos grupos especiais e as condições relacionadas com a saúde integral; - sistemas múltiplos, interdependentes e a processo sociais, culturais, políticos que influenciam a qualidade de vida e a saúde dos povos. 	<p>Primária</p> <ul style="list-style-type: none"> - pessoas ou grupos de riscos em relação às doenças ou problemas; <p>Secundária</p> <ul style="list-style-type: none"> - pessoas, grupo ou doentes que não apresentem sintomas evidentes do problema; <p>Terciária</p> <ul style="list-style-type: none"> - indivíduos que apresentam o problema já instalado, objetivando reduzir, minimizar sua incidência ou morte.
Modelos	<ul style="list-style-type: none"> - modelos sócio-políticos, ecológicos e sócio-culturais, assegurando a articulação entre eles. 	<p>Primária</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelos clássicos de saúde pública e medicina preventiva com ênfase nos fatores de risco; <p>Secundária</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelo de identificação antecipada dos riscos e também práticas clínicas preventivas; <p>Terciária</p> <ul style="list-style-type: none"> - modelo de práticas clínicas preventivas e de reabilitação.
Papel dos interventores	<ul style="list-style-type: none"> - grupos de interventores que apresentam diferenciada capacidades, envolvendo a comunidade, grupos políticos, profissionais de saúde e de educação, como também voluntários que se interessam pelo problemas, enfocando programas eminentemente educativos com o desenvolvimento de capacidades e competências sociais nos indivíduos e na população em geral. 	<p>Primária</p> <ul style="list-style-type: none"> - interventores sociais: políticos, comunitários, educadores, profissionais de saúde, fomentando ações educativas e promovendo competências sociais à população; <p>Secundária</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificação na população ou grupos que apresentam um dado problemas, mediante ao manejo clínico e capacitação técnica a fim de romper e minimizar a difusão dos efeitos nocivos; <p>Terciária</p> <ul style="list-style-type: none"> - redução do problema na população que já apresenta o problema.

Restrepo, Agenda para la acción en promoción de la salud, 2001 b.

³ Quadro adaptado e apresentado na *Capacitação de Instrutores para Promoção da Saúde em Ação Anti-drogas*.

O paradigma da complexidade se articula com uma visão interdisciplinar da ciências e da multidimensionalidade do fenômeno humano, coerente com abordagem holística e sistêmica onde há intersecção de fatores biológicos, ambientais, psicológicos, econômicos, sociais dentre outros que interferem no desenvolvimento e na formação de atitudes, hábitos e competências que construam espaços salutares de relação e de educação em saúde.

Para Gonzáles- Rey (2003) a teoria contribui para o desvelamento de um fenômeno ou ampliação de um conhecimento, quando permite avanços dentro de seu marco, quando instiga o diálogo e o confronto com a realidade, dimensionando os dados empíricos e a sua expressão dialógica como outros campos de conhecimento, sem determinar formas universais e inflexíveis do seu enfoque. Pode-se aproximar e complementar esta assertiva, buscando-se no princípio da reintrodução do conhecimento em todo o conhecimento, discutido por Morin e Le Moige (2000), onde problemática principal da teoria científica que repousa em um eterna reconstrução/tradução por um espírito/ cérebro que representa uma cultura ou grupos, em um tempo histórico e uma sociedade determinada. As reflexões as transformações esperadas, nestes paradigmas, subsidiam próximo momento deste artigo.

Reflexões e dimensões na mudanças de perspectiva em ações em saúde

Os paradigmas e modelos que embasam as ações educativas em saúde, devem ser analisados, apreendidos e investigados pelos profissionais, de maneira crítica e reflexiva, considerando a realidade do seu espaço de trabalho, as condições reais dos recursos disponíveis, além da problemática em questão, como as características idiossincráticas da população e do tempo histórico. "Para se chegar ao conhecimento é necessário um método, que permita desvendar por trás das aparências, o fenômeno tal qual realmente é, suas contradições e o que o determina, que leva a apresentar-se da maneira que o faz." (Kahhale, Peixoto & Gonçalves, 2002,p. 69).

Adotar uma postura ética frente ao conhecimento, ao fenômeno e à realidade, e aos envolvidos nesta jornada, deve ser um compromisso dos profissionais, em qualquer área de conhecimento, no seu trabalho investigativo, perseguindo da validade à utilidade, na transição de uma epistemologia individual para a social, como destacada por Gergen (conforme citado por Filho, 1998). Cano (conforme citado por Oliveira, 1999) corrobora esta proposição, indicando que uma das principais funções e papel da ciência e, dos cientistas, é a transformação do conhecimento científico produzido em conhecimento científico produtivo, e seus impactos, contribuições e significações na sociedade, promovendo a evolução do homem, em todos os seus aspectos.

Contudo, uma postura que não assegura esta condição, isola o conhecimento científico das práticas sociais. Assim, Morin e Le Moinge (1999/2000), criticam a hipertrofia do pensamento contemporâneo, ainda voltado ao paradigma positivista, com imersões simplistas e unitárias sobre os problemas da modernidade.

E eles postulam que, pensar a complexidade, é um dos grandes desafios epistemológicos e metodológicos que atingem a nosso modo de compreender, relacionar, apreender e interpretar as dimensões da nossa realidade. A comunicação educativa aproxima e interconecta o mundo social com o mundo subjetivo dos afetos. Isso ilustra que a promoção e a prevenção não devem apenas, se estruturarem em uma base técnico-científica, mas aglutinar e incorporar, no seu espaço de ação, o diálogo social, a dimensão afetiva, a autonomia, e a cidadania e o direito universal.

Frente à esta críticas, as teorias que fragmentam e dissociam o homem, sua experiência e seus saberes necessitam ser revistas e re-analisadas, no seu fundamento e no espaço que ocupam no mundo contemporâneo. A abordagem bioecológica de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Ceci, 1994, Bronfenbrenner, 1999), rompe com esta tradição e adota em seu modelo de pesquisa em desenvolvimento, a perspectiva bidirecional, onde as influências mútuas entre a pessoa, o processo, o contexto e o tempo (PPCT), são fontes constantes e interligadas de suas investigações. Bronfenbrenner (1977,1976/ 1996) postula a necessidade de se compreender os processos e fenômenos do desenvolvimento através do intercâmbio, constante entre indivíduo e ambiente. No seu paradigma ecológico, o sujeito e o ambiente estão em íntima relação mediante ao proximal. As características da pessoa, como disposições, recursos bioecológicos representam habilidades, competências e vivências empregada para lidar com as demandas do ambiente físico

e social. Os contextos, como o microsistema (família, escola, grupos, vizinhança) envolve as interações face-à-face, e o mesossistema (família-escola, escola-grupos, família-vizinhança) que representa a inter-relação de pelo menos dois microsistemas, em que influências de um contexto transita para o outro, de forma incontestável. O exossistema envolve um ou mais ambientes onde o sujeito em desenvolvimento não se encontra diretamente em interação, mas onde acontecimentos o afetam ou são afetados, por aquilo que acontece no ambiente onde ele se encontra, por exemplo, o trabalho dos pais influenciando na criança ou os acontecimentos da sala de aula que atingem a família. O macrosistema envolve elementos da cultura, grupos e subgrupos que atingem todos os outros em virtude da sua ressonância na relações interpessoais e práticas cotidianas. O cronossistema, marca a passagem e modificações temporais na sociedade e na pessoa que atingem o seu desenvolvimento, seja ele em um curto período de tempo, como a família enfrentando os problemas com seus adolescentes envolvidos com a experimentação de maconha, ou na sociedade que adota modelos de promoção de saúde (Bronfenbrenner & Ceci, 1994, Bronfenbrenner, 1999).

Este modelo apresenta metodologias e noções básicas que estão afinadas com os conceitos de promoção da saúde e também da prevenção, possibilitando uma visão mais holística e complexa do fenômeno humano. "Nenhuma sociedade pode se sustentar muito tempo, a menos que seus membros tenha aprendido as sensibilidades, motivações e habilidades envolvidas na ajuda e no atendimento aos outros seres humanos". Bronfenbrenner (1979/1996, p. 43).

Bibliografia

- Alves, E. D. & Polonia, A. C. (2001). Promoção e prevenção: caminhos diferentes ou similares? Em E. D. Alves, E. C. Araújo & S. F. L. Silva (Orgs.) Anais do Curso de Capacitação Instrutores para a Promoção de Saúde em Ações Antidrogas (pp. 18-29). Brasília: Senad..
- Barbier, R. (2002). A pesquisa-ação. (L. Didio, Trad.) Série Pesquisa em Educação.. Brasília: Plano.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological system theory. Em R. Vasta (Org.), *Six theories of child development* (pp. 187-243). London: Jessica Kingsley.
- Bronfenbrenner, U. (1996). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. (M.A.Veríssimo, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho originalmente publicado em 1979).
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. Em S.L. Friedman & T.D. Wachs (Orgs.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Caplan, G. (1980). Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar.
- Cowen, E. L. (1992). Primary prevention research: barriers, needs and oportunities. *Journal of Primary Prevention*, 2, 132-137.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of heath and the differences between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 20-30.
- Doron, R. & Parot, F. (1998). Dicionário de Psicologia. São Paulo: Ática.
- Filho, E. J. S. (1998). Novos paradigmas da psicologia e das terapias psicológicas pós modernas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14, 85-93.
- González-Rey, F. L. (2003). Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. (R. S. Guzzo, trad.). São Paulo: PioneiraThompson Learning. (Sem data de publicação do original).
- Kahhale, E. M. P., Peixoto, M. G. & Gonçalves, M. G. (2002). A produção do conhecimento nas revoluções burguesas: aspectos relacionados à questão metodológica. Em E. M. P. Kahhale (Org.) *A diversidade teórica da psicologia: uma construção teórica* (pp. 17-73). São Paulo: Cortez.

- Larcharité, C. (2000). L'intervention en négligence: repères cliniques. Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação, 9, 23-29.
- Moreno, E. M., Serrano, C. S. & García, L. T. (1995). Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente. Em M. Maddaleno, M. M. Munist, C. V. Serrano, T. J. Silber, E. N. S. Ojeda & J. Nunes (Eds.) La salud del adolescente y del joven (pp.238-343), Publicación Científica no.552. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.
- Morin, E. & Le Moige, J-L. (2000). A inteligência da complexidade. Série Nova Consciência.(N.M. Falci, Trad.) São Paulo: Periópolis.(Trabalho publicado originalmente em 1999).
- Oliveira, M. H. M. A. (1999). A avaliação da produção científica.. Em G.P. Witter (Org.) Produção científica em Psicologia e Educação (p. 9-24). Campinas/SP: Alínea.
- Polonia, A. C, Dessen, M. A. & Pereira-Silva, N. L. (2003). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: Contribuições para o desenvolvimento humano (submetido à publicação).
- Restrepo, H. R. (2001a). Conceptos y definiciones. Em H. R. Restrepo & H. Málaga (Org.) Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable (pp. 24-32). Colombia/Bogota: Editora Medica Intemancional Ltda.
- Restrepo, H. R. (2001a). Agenda para la acción en promoción de la salud. Em H. R. Restrepo & H. Málaga (Org.) Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable (pp. 34-55). Colombia/Bogota: Editora Medica Intemancional Ltda.
- Silva, R. C. (1998). A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. Em G. Romanelli e Z.M. Biasoli-Alves (Orgs.) Diálogos Metodológicos sobre prática de pesquisa (pp. 159-174). Ribeirão Preto: Legis Summa.