

GLENN LAVERACK

GUIA DE BOLSO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

TRADUÇÃO DE
PEDRO MELO



CATOLICA

CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

LISBOA - PORTO - VISEU

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



UNIVERSIDADE
CATOLICA
EDITORIA

GLENN LAVERACK

GUIA DE BOLSO PARA A
PROMOÇÃO
DA SAÚDE

TRADUÇÃO DE
PEDRO MELO

UNIVERSIDADE CATÓLICA EDITORA

Índice

Nota do tradutor	7
Introdução	9

PARTE I – A promoção da saúde explicada

1. A promoção da saúde em contexto	13
A promoção da saúde definida	13
Declarações e cartas de promoção da saúde	14
Promoção da saúde e o contexto político	19
Promoção da saúde e o contexto burocrático	20
O papel do profissional de promoção da saúde	21
Pontos-chave do capítulo	24
2. Cinco conceitos úteis em promoção da saúde	25
Advocacia	25
Determinantes da saúde	27
Empoderamento	29
Poder	31
Salutogénese	34
3. Cinco métodos úteis em promoção da saúde	36
Desenvolvimento comunitário baseado em ativos	36
Redução de danos	37
Tecnologias de comunicação inovadoras	39
<i>Lobby</i>	41
Persuasão moral	44

PARTE II – Programas de promoção da saúde

4. Gestão de programas	48
Gestão de programas em promoção da saúde	48
O ciclo do programa	50
Considerações orçamentais	51
Os gestores como facilitadores	51
Competências de liderança na gestão de programas	52

Competências profissionais	53
Gestão de conflitos	54
Usando uma abordagem ética na gestão de programas	57
Sustentabilidade dos programas	58
Fatores-chave para a sustentabilidade dos programas	59
Pontos-chave do capítulo	62
5. Planejamento da promoção da saúde	63
Considerações para a concepção de um programa	63
Avaliação das necessidades	64
Mapeamento	66
Envolvendo públicos mais pequenos	67
Mapeamento de ativos	68
Júris de cidadãos fundamentados	70
PhotoVoice	71
<i>Top-down e bottom-up</i>	72
Definição de objetivos	74
Abordagem-paralela	76
Pontos-chave do capítulo	81
6. Seleção de estratégias	78
A «arte e a ciência» da promoção da saúde	78
A montante e a jusante	78
Teoria da promoção da saúde	79
Abordagens em promoção da saúde	81
Identificar os parceiros	88
Prestar atenção à marginalização	89
<i>Settings</i> de promoção da saúde	90
Pontos-chave do capítulo	92
7. Implementação de estratégias para indivíduos e grupos	93
Trabalhando com indivíduos	93
Comunicação um para um	93
Educação pelos pares	95
A abordagem centrada no cliente	96
Lidando com ausência de poder	97
Trabalhando com grupos	99
Grupos de autoajuda	99
Literacia em saúde	101
Estratégias para a tomada de decisão coletiva	103
Pontos-chave do capítulo	107

8. Implementação de estratégias para comunidades	108
Trabalhar com as comunidades	108
Melhorando o nível de consciência crítica	109
Construindo parcerias mais fortes	111
Construindo a capacitação comunitária	117
Pontos-chave do capítulo	121
9. Entendendo e influenciando a política	122
Políticas públicas saudáveis	122
Compreendendo o processo político	123
Influenciando o processo político	124
Seis etapas para influenciar o processo político	125
A influência das organizações da sociedade civil	131
Grupos de pressão	131
Movimentos sociais de saúde	133
Ativismo em saúde	134
Pontos-chave do capítulo	136
10. A avaliação da promoção da saúde	137
O que é a avaliação?	137
Dois paradigmas de avaliação	139
Prática baseada em evidências	140
Avaliando a promoção da saúde	141
Avaliação do processo	143
Avaliação dos resultados	144
Avaliando a mudança	145
Avaliação que promove a participação e empoderamento	146
Histórias da comunidade	148
Pontos-chave do capítulo	151

PARTE III - Leitura adicional

Glossário de termos	153
Referências	159

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1. O ciclo do programa	51
Figura 5.1. Abordagem-paralela para a prevenção da doença crónica	77
Figura 8.1. Gráfico radar da linha de base para a capacitação comunitária	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1. Competências centrais para os promotores de saúde	56
Tabela 6.1. Resumo das teorias e modelos de promoção da saúde	81
Tabela 7.1. A matriz de decisão	106
Tabela 10.1. Diferentes tipos de avaliação de promoção da saúde	143
Tabela 10.2. Exemplos de nutrição para uma atividade de cartão de classificação de três níveis	151

Nota do tradutor

Traduzir o *Guia de bolso para a promoção da saúde* foi um prazer, não só pela importância de que esta obra se reveste, mas também pela enorme admiração que tenho pelo autor da mesma.

A importância da obra relaciona-se com a abordagem de temas estruturantes para a compreensão e a aplicação da promoção da saúde no dia a dia de um profissional que pretende otimizar as suas práticas. Sendo um guia de bolso, esta obra permite uma consulta permanente e o acesso facilitado a um conjunto de informações basilares para apoiar a tomada de decisão no contexto da promoção da saúde.

A admiração pelo autor relaciona-se com os contributos ímpares que o Doutor Glenn Laverack tem trazido para a comunidade científica e profissional relacionados com os temas das políticas de saúde, da promoção da saúde e do empoderamento comunitário.

Na tradução desta obra para português, procurei adaptar os conteúdos a um contexto culturalmente adequado para a compreensão dos leitores de língua portuguesa, mas preservando a essência da obra. Como tal, por exemplo, não alterei as referências bibliográficas, para manter a identidade bibliográfica que fundamenta a obra original.

No glossário de termos, por via da tradução, a ordem dos conteúdos não é a mesma da original, já que a ordem alfabética se associa neste livro às palavras traduzidas para português.

Optei pelo uso do português de Portugal, respeitando o novo acordo ortográfico, para permitir que a obra seja compreendida por todos os leitores dos Países de Língua Oficial Portuguesa.

Enquanto tradutor aprendi imenso com a leitura desta obra (com o privilégio de o ter feito em duas línguas) e por isso acredito que o leitor da versão portuguesa que agora se apresenta não ficará indiferente à qualidade do conteúdo e à forma simples e com tantas demonstrações práticas e reflexivas que o Doutor Glenn Laverack nos apresenta de assuntos tão complexos relacionados com a Promoção da Saúde. Apenas um autor genial e que de facto viveu na pele tudo o

que nos apresenta seria capaz de escrever uma obra com esta qualidade. Espero que a minha tradução seja mais uma ponte para facilitar o acesso dos leitores de língua portuguesa a este fantástico conteúdo. Desejo que a obra transforme o seu percurso, assim como transformou o meu.

Pedro Melo

Universidade Católica Portuguesa,
Instituto Ciências da Saúde,
Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Portugal

Introdução

O *Guia de bolso para a promoção da saúde* foi escrito para ser uma companhia de grande valor para os profissionais de saúde, os estudantes e todos os que partilhem paixão pela promoção da saúde. Acima de tudo, foi escrito para cultivar nos profissionais que diariamente se esforçam para desenvolver programas de promoção da saúde, por vezes sem uma fonte de recursos adequada, o melhor das suas capacidades. A ideia para o guia de bolso veio das minhas próprias experiências com profissionais de campo internacionais e a sua necessidade de um livro que apresentasse apenas os aspetos essenciais da promoção da saúde na prática clínica.

O *Guia de bolso para a promoção da saúde* não pretende ser uma referência teórica ou um manual de como implementar intervenções específicas. O seu propósito é providenciar orientações práticas em paralelo com um quadro de referências de empoderamento para a promoção da saúde. Deste modo, intencionalmente não inclui abordagens que dependem vincadamente da transmissão de informação e mudanças de comportamento, tais como a educação para a saúde e o *marketing* social. Uma pergunta-chave que é comumente feita pelos profissionais de campo é: Queremos ajudar os outros a empoderarem-se a si mesmos ou simplesmente a mudarem o seu comportamento? Este é um importante assunto ético e da prática que é analisado neste guia de bolso.

O guia de bolso está dividido em três partes

O guia de bolso está dividido em três partes que em conjunto abordam as fases-chave de um ciclo de um programa: gestão, planeamento, seleção de estratégias, implementação das estratégias e avaliação.

A **Parte I** do guia de bolso («A promoção da saúde explicada») abrange os capítulos 1 a 3 e explica a importância de habilitar as pessoas para ganhar controlo sobre as suas vidas e a sua saúde. O capítulo 1 explica a interpretação da promoção da saúde e os caminhos que podem ser utilmente vistos como uma prática *bottom-up* baseada na comunidade num contexto político. O capítulo 2 providencia cinco notas, que são listadas por ordem alfabética, dos conceitos-

-chave centrais para a promoção da saúde: advocacia, determinantes da saúde, empoderamento, poder e salutogênese. O capítulo 3 providencia cinco notas, que são listadas por ordem alfabética, dos métodos-chave centrais na promoção da saúde: desenvolvimento comunitário baseado em ativos, *lobbying*, persuasão moral, redução do prejuízo e tecnologias de comunicação inovadoras. Cada nota foi incluída porque pode ajudar os profissionais de campo a desenvolverem melhores abordagens de empoderamento nos programas de promoção da saúde. É providenciada mais informação para cada nota (como textos-chave), para encorajar o leitor a ganhar uma compreensão mais profunda de cada assunto.

Recursos *online* tais como manuais sobre como implementar intervenções específicas, não foram incluídos neste guia de bolso porque estes são regularmente mudados e não seriam úteis para os objetivos do guia de bolso.

A **Parte II** do guia de bolso («Programas de promoção da saúde») abrange os capítulos 4 a 10 e discute a abordagem do ciclo dos programas para a promoção da saúde: gestão, planeamento, seleção de estratégias, implementação das estratégias e avaliação. O capítulo 4 começa com a discussão sobre como melhor gerir o ciclo de um programa, incluindo competências de liderança, resolução de conflitos e o uso de uma abordagem ética. O capítulo 5 explica o processo de planeamento, incluindo assuntos importantes no seu desenho, tais como o tamanho e o cronograma do programa, o estabelecimento de objetivos realistas e o papel central da avaliação das necessidades. O capítulo 6 discute a seleção de estratégias, a «arte e ciência» da promoção da saúde e o uso das teorias, abordagens estratégicas e a abordagem de *settings*. O capítulo 7, implementação de estratégias, explica abordagens efetivas, métodos e ferramentas para indivíduos e grupos. O capítulo 8, implementação de estratégias para as comunidades, explica abordagens efetivas, métodos e ferramentas para as comunidades. O capítulo 9 foca o processo político e em como os profissionais de saúde podem trabalhar com outros parceiros – por exemplo, através de grupos de pressão ou movimentos sociais – para influenciar a mudança. O capítulo 10 discute como a prática de promoção da saúde pode ser avaliada e o uso de diferentes métodos que podem promover a participação e o empoderamento de outros.

A **Parte III** do guia de bolso providencia um glossário de termos, uma lista completa de referências e um índice para orientar o acesso fácil a mais informação para os interesses do próprio leitor.

Como usar o *Guia de bolso para a promoção da saúde*

O guia de bolso é um livro que se constitui como uma fonte conveniente para a compreensão dos conceitos-chave e os métodos usados na promoção da saúde. O guia não tem de ser lido sequencialmente. Em vez disso, o leitor pode simplesmente aceder a qualquer capítulo, nota ou combinação de títulos para obter acesso mais facilitado. O leitor pode rapidamente aceder a informação que precise, complementada com exemplos práticos e observações perspicazes providenciadas pelo texto. A razão da escolha dos títulos teve como objetivo ajudar o leitor a melhor compreender como a teoria da promoção da saúde pode ser aplicada na prática.

Neste guia de bolso, escolho propositadamente o termo «programa» para cobrir todos os tipos de projetos de promoção da saúde, intervenções ou atividades. Também usei o termo «parceiros» para referir todas as partes interessadas no processo, beneficiários e públicos-alvo nos programas de promoção da saúde.

É recomendado que o leitor primeiro escolha um título listado nos conteúdos, ou no índice do guia de bolso, que se relacione com a informação sobre a qual deseja ter maior compreensão e conhecimento. Em alternativa, no capítulo 2 (cinco conceitos úteis na promoção da saúde) e no capítulo 3 (cinco métodos úteis na promoção da saúde), o leitor pode escolher uma nota específica. Cada nota foi escrita para dotar o leitor com uma definição teórica precisa e, quando apropriado, com um *background* histórico. Para as notas com um propósito prático, exemplos da aplicação de um programa também foram providenciados. Se o leitor precisar de informação mais aprofundada, pode usar os textos-chave listados no final de cada nota.

Este guia de bolso foi escrito para inspirar os profissionais de campo da promoção da saúde. Estas pessoas trabalham no «fio da navalha» da prática, muitas vezes sozinhas e com suporte limitado, mas estão comprometidas com a capacitação dos outros para melhorar as suas vidas e a sua saúde.

PARTE I

A promoção da saúde explicada

1. A promoção da saúde em contexto

A promoção da saúde é um conceito contestado por muitos sectores, em parte porque o seu escopo de atividades entrecruza-se com outros campos profissionais, incluindo a educação para a saúde e a saúde pública. A interpretação da promoção da saúde tem evoluído historicamente, e as diferentes abordagens que usa têm-se desenvolvido sem que ninguém permanecesse dominante. Esta evolução está representada nas séries de quadros e depoimentos da Organização Mundial de Saúde (ver caixa 1.1) e por várias teorias e abordagens (ver capítulo 6).

A promoção da saúde definida

A promoção da saúde pode ser vista como um conjunto de princípios que envolvem a equidade e o empoderamento e como uma prática que engloba a comunicação, a capacitação e atividades politicamente orientadas. O objetivo é permitir aos outros ganhar mais controlo sobre as influências das suas vidas e melhorar a sua saúde (Laverack, 2007).

Duas cartas-chave da Organização Mundial da Saúde que ajudaram a definir a promoção da saúde são a Carta de Otava (WHO, 1986) e a Carta de Banguecoque para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (WHO, 2005). A definição providenciada pela Carta de Otava é ainda a mais comumente usada e universalmente reconhecida, mas não foi atualizada em mais de 25 anos, apesar de as práticas de promoção da saúde terem mudado. Por exemplo, o papel dos determinantes de saúde (ver capítulo 2) surgiu como uma nova área de preocupação profissional no que respeita à promoção da saúde, através do trabalho desenvolvido pela Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2008). O desenvolvimento e utilização de novas tecnologias inovadoras (ver capítulo 3) na promoção da saúde também mudaram a forma como os profissionais de saúde comunicam e se envolvem com os indivíduos e as comunidades.

A definição da Carta de Otava é ainda a mais comumente usada e universalmente reconhecida pelos profissionais de saúde: «A promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo e melhorar a sua própria saúde» (WHO, 1986:1).

A Carta de Banguecoque define a promoção da saúde como sendo «o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes e, desse modo, melhorar a sua saúde» (WHO, 2005: 2), um claro endosso de que a promoção da saúde tem um papel importante na melhoria da saúde, influenciando os seus determinantes. No entanto, ao contrário da Carta de Otava, a Carta de Banguecoque não fornece uma estrutura que os profissionais possam usar no trabalho diário. A Carta de Banguecoque destina-se a um público diferente: governos e políticos a todos os níveis, sector privado, organizações internacionais e sociedade civil. Os compromissos da Carta de Banguecoque são tornar a promoção da saúde um ponto central da agenda de desenvolvimento global e uma responsabilidade central de todo o governo e da prática corporativa. Esses compromissos requerem fortes acordos intergovernamentais e corporativos para a ação, e talvez seja por isso que a Carta de Banguecoque nunca atingiu o mesmo nível de patrocínio e apoio que a Carta de Otava, mais baseada na prática.

A experiência tem mostrado que a influência de uma carta de promoção da saúde tem muito mais hipóteses de sucesso quando é apoiada por um movimento conjunto de profissionais e da sociedade civil.

Declarações e cartas de promoção da saúde

A direção e liderança globais que ajudaram a moldar a maneira como vemos a promoção da saúde foram marcadas por declarações e cartas importantes da Organização Mundial da Saúde, que definem e permitem novas abordagens quer na teoria quer na prática. Em particular, as seguintes declarações e cartas fizeram uma contribuição:

- 1986 – Carta de Otava
- 1988 – Declaração da Conferência de Adelaide
- 1991 – Declaração da Conferência de Sunsdvall

Caixa 1.1. Cartas e declarações-chave da OMS

1986 – Carta de Otava (WHO, 1986)

A primeira conferência internacional e uma resposta às expectativas crescentes de um novo movimento de saúde pública. A declaração da conferência definiu a promoção da saúde como «o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo e melhorar a sua saúde. Não apenas a responsabilidade do setor de saúde, mas [...] além de estilos de vida saudáveis para o bem-estar» (WHO, 1986: 1). A conferência identificou uma série de pré-requisitos ou condições e recursos fundamentais e expandiu os resultados para a promoção da saúde além da ausência de doenças ou da adoção de estilos de vida saudáveis. A Carta definiu cinco áreas de ação de promoção da saúde para alcançar uma saúde melhor:

1. Construção de políticas públicas de saúde
2. Criação de ambientes de apoio
3. Fortalecimento da ação comunitária
4. Desenvolvimento de habilidades pessoais
5. Reorientação dos serviços de saúde.

Também descreveu três papéis importantes para os promotores de saúde: defesa, capacitação e mediação. A Carta de Otava estabeleceu um novo padrão e tornou-se o documento fundador do «novo» movimento de promoção da saúde.

1988 – Declaração da Conferência de Adelaide (WHO, 1988)

Abordou a primeira das cinco áreas de ação da Carta de Otava: construção de políticas públicas saudáveis. A declaração da conferência afirmou que «a saúde é um direito humano fundamental e um sólido investimento social». Levou a discussão sobre o vínculo entre as desigualdades em saúde e as políticas públicas mais longe do que antes no contexto da promoção da saúde.

1991 – Declaração da Conferência de Sundsvall (WHO, 1991)

A primeira conferência OMS de promoção da saúde a ter uma perspectiva global abordou a segunda das cinco áreas de ação da Carta de Otava: a criação de ambientes de apoio. O termo «ambientes de apoio» refere-se à proteção das pessoas contra ameaças à saúde e à capacitação das pessoas para expandir as suas capacidades e desenvolver a autossuficiência em saúde. Abrangem o local onde as pessoas vivem, a sua comunidade local, a sua casa e onde trabalham e se divertem, incluindo o acesso das pessoas a recursos de saúde e oportunidades de empoderamento. A ação para criar ambientes favoráveis à saúde tem muitas dimensões e pode incluir ação política direta para desenvolver e implementar políticas e regulamentações que ajudem a criar ambientes favoráveis, e ação económica, particularmente em relação à promoção do desenvolvimento económico sustentável e da ação social.

(continua)

1997 – Declaração da Conferência de Jakarta (WHO, 1997)

Esta declaração endossou a saúde como um direito humano básico, afirmou as cinco áreas de ação da Carta de Otava e propôs (de forma um tanto controversa) que novas parcerias, especialmente com o setor privado, seriam importantes para o sucesso da promoção da saúde. A conferência também afirmou que as abordagens abrangentes para a promoção da saúde, como a abordagem dos ambientes, oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias.

2000 – Declaração da Conferência Global para a Promoção da Saúde do México (WHO, 2000)

Procurou-se demonstrar como as estratégias de promoção da saúde agregam valor à eficácia das políticas, programas e projetos de saúde e desenvolvimento, especialmente aqueles que visam melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas que vivem em circunstâncias adversas. A declaração da conferência reconheceu que a saúde não é apenas um resultado, mas também uma contribuição importante para o desenvolvimento económico e a equidade.

2005 – Carta de Bangucoque para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (WHO, 2005)

Vista como a primeira tentativa de revisão da Carta de Otava, a Carta de Bangucoque identificou ações, compromissos e promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado por meio da promoção da saúde. Estendeu a definição de promoção da saúde para abordar também os determinantes da saúde: «o processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes e, assim, melhorar a sua saúde. É uma função essencial da saúde pública e contribui para o trabalho de lidar com doenças transmissíveis e não transmissíveis e outras ameaças à saúde» (WHO, 2005: 2).

2009 – Declaração da Conferência Global de Saúde de Nairobi (WHO, 2009)

O apelo à ação identifica as principais estratégias e compromissos urgentemente necessários para eliminar a lacuna de implementação na saúde e no desenvolvimento através da promoção da saúde. As principais estratégias são apresentadas em cinco subtemas: capacidade de construção ou promoção da saúde, fortalecimento dos sistemas de saúde, parcerias e ação intersectorial, empoderamento comunitário e educação em saúde e comportamentos de saúde. Ainda é necessário um plano de ação com funções, responsabilidades e cronogramas claramente definidos para a implementação e acompanhamento da declaração da conferência.

2013 – Declaração da Conferência Global em Promoção da Saúde de Helsínquia (WHO, 2013)

Facilitou a troca de experiências e lições aprendidas para a implementação da abordagem «Saúde em Todas as Políticas» (STP). A conferência forneceu orientação, especialmente aos Estados-membros, sobre o que é STP, porque é importante e como implementá-lo no futuro. Uma abordagem de «Saúde em Todas as Políticas» considera os impactos na saúde em todos os sectores, como agricultura, educação, meio ambiente, habitação e transporte, para alcançar melhores resultados de saúde. Complementa a abordagem «Governança Completa», centrada na coerência, coordenação e eficiência públicas.

- 1997 – Declaração da Conferência de Jakarta
- 2000 – Declaração da Conferência Global do México
- 2005 – Carta de Banguécoque para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado
- 2009 – Declaração da Conferência Global de Nairobi
- 2013 – Declaração da Conferência Global em Promoção da Saúde de Helsínquia

Promoção da saúde e saúde pública

A saúde pública é uma abordagem que visa promover a saúde, prevenir doenças, tratar doenças, prolongar a vida, cuidar dos enfermos e fornecer serviços de saúde. Tradicionalmente, esses objetivos têm sido usados para conter a propagação de doenças infecciosas e proteger o bem-estar da população em geral, enquanto outros veem um papel muito maior na regulamentação e na redução das desigualdades em saúde (Baggott, 2010). A saúde pública e as atividades de promoção da saúde sobrepõem-se, especialmente nas áreas de melhoria e prevenção. No entanto, saúde pública é um conceito muito mais amplo que abrange uma série de áreas especializadas, incluindo tratamento, diagnóstico e prestação de serviços de saúde. Os profissionais de saúde pública podem, portanto, auto-denominar-se «promotores de saúde» ou «comunicadores de saúde», enquanto muitos outros que procuram nesse conceito modelos, legitimidade profissional e recursos ocupam cargos como visitantes de saúde e agentes de saúde ambiental.

A forma mais prática de avançar é ver a promoção da saúde como abrangendo uma gama de atividades educacionais, de desenvolvimento de habilidades e de desenvolvimento comunitário que fazem parte de uma moldura mais ampla do quadro de referências da saúde pública.

Promoção da saúde e educação para a saúde

O debate sobre a sobreposição entre promoção da saúde e educação para a saúde começou na década de 1980, quando o leque de atividades envolvidas na promoção da saúde se ampliou para superar o foco apenas no estilo de vida e nas abordagens comportamentais. Essas atividades envolveram mais do que apenas a divulgação de informações e visaram estratégias de ação política e mobilização

social. A ênfase na responsabilidade individual na educação para a saúde também levou a atitudes de «culpar as vítimas», fazendo com que as pessoas se sentissem culpadas pelo seu mau estado de saúde, embora certos fatores de risco estivessem fora do seu controle: por exemplo, ficar desempregado.

Embora não haja uma definição universalmente aceita de educação para a saúde, o termo é tradicionalmente considerado como uma representação de oportunidades planejadas para as pessoas aprenderem sobre saúde e fazerem mudanças nos seus comportamentos (Naidoo e Wills, 2009). A educação para a saúde fornece as informações técnicas mais recentes, motivando as pessoas a mudar comportamentos prejudiciais à saúde, dando-lhes a confiança para fazer essas mudanças.

O papel do educador para a saúde é projetar e implementar atividades de aprendizagem e fornecer treino, instrução e desenvolvimento de habilidades. O princípio orientador da educação em saúde é potenciar as pessoas para fazer escolhas informadas sobre os seus comportamentos de saúde.

A educação para a saúde é frequentemente considerada o primeiro passo para a conscientização e mudança de atitudes, após as quais o indivíduo se voluntaria para mudar o seu comportamento.

Tones e Tilford (2001) sugeriram que a educação para a saúde e a promoção da saúde têm uma relação simbiótica. A educação para a saúde fornece a definição da agenda e aspectos da educação crítica na promoção da saúde. Mas, enquanto a educação para a saúde visa informar as pessoas para influenciar as suas futuras decisões, a promoção da saúde visa ações sociais e políticas complementares (Green e Kreuter, 2004). A educação para a saúde sobre obesidade em adolescentes, por exemplo, pode incluir programas de conscientização nas escolas ou aulas de ginástica. A promoção da saúde incluiria isso, mas estenderia ainda mais a legislação sobre propaganda de alimentos e restrição do acesso a produtos não saudáveis em bares e cantinas escolares (Laverack, 2004). Portanto, a educação para a saúde por si só é considerada insuficiente para alcançar resultados de saúde positivos ou para influenciar as causas estruturais mais amplas da ausência de empoderamento das pessoas.

A forma mais prática de avançar é ver a promoção da saúde como uma gama de atividades educacionais e de desenvolvimento de habilidades que podem ser denominadas «Educação para a Saúde».

Promoção da saúde e o contexto político

A promoção da saúde é, ou deveria ser, uma atividade política, pois muitas das suas ações têm consequências políticas para a sociedade, por exemplo, por meio de legislação e políticas de saúde. Para serem mais politicamente eficazes, os profissionais devem compreender plenamente as fontes do seu próprio poder e como isso pode ser usado para ajudar outros a terem uma influência maior no contexto político.

Rudolf Virchow, um reformador da saúde do século XIX, não fez distinção entre ser um profissional de saúde e um ativista político. Para Virchow, todas as doenças tinham duas causas, uma patológica e outra política.

As pessoas tradicionalmente expressam o seu descontentamento, por exemplo, assinando uma petição ou escrevendo uma carta para pressionar alguém numa posição de autoridade. No entanto, aqueles que são pobres geralmente não têm sucesso em usar esses tipos de estratégias indiretas, porque não têm os recursos e a alavancagem necessários para ter influência. Pessoas que são capazes de persuadir outros com autoridade a fazer mudanças fazem-no usando táticas diretas, como ação legal ou protestos em massa, como um meio de informar políticos e legisladores sobre as suas queixas. O objetivo é mudar a opinião política sobre uma determinada decisão, especialmente quando ela favorece os interesses de um grupo ou ainda não chegou a um ponto de vista firme sobre uma questão.

As condições económicas em muitos países levaram os governos a introduzir políticas públicas que reduzem as estruturas sociais e económicas, desregulam os mercados de trabalho e financeiros e estimulam o comércio e o investimento (Navarro, 2009). Para as condições de vida quotidianas, isso pode significar corte de salários e empregos, congelamento de benefícios e de pagamentos de bem-estar e redução de oportunidades de autodeterminação (Nathanson e Hopper, 2010). A resistência da sociedade civil é especialmente importante quando os governos estão empenhados em alcançar uma agenda mais rígida e os profissionais

podem facilitar que outros se envolvam em diferentes formas de atividade política. Os profissionais também têm o direito de exercer as suas próprias vozes como indivíduos – por exemplo, por meio da sua participação em grupos de defesa que apoiam a ação de outros que acreditam sofrer de uma desigualdade. As associações profissionais também podem endossar as preocupações de outros para legitimar a sua causa – por exemplo, o apoio da profissão médica à organização Action on Smoking and Health [Ação sobre Tabagismo e Saúde] (ASH). A credibilidade que o apoio deu a este grupo de defesa contribuiu para uma proibição nacional dos riscos do tabagismo passivo para a saúde (ASH, 2012).

Promoção da saúde e o contexto burocrático

A promoção da saúde frequentemente opera em ambientes burocráticos, como departamentos e instituições governamentais, que consistem em várias posições distintas de autoridade com funções especializadas formalmente definidas. Posicionar-se profissionalmente dentro da hierarquia de um ambiente burocrático também oferece um certo grau de legitimidade e *status*. Se é verdade que a promoção da saúde é em grande parte uma atividade burocrática, então também é verdade que algumas organizações permanecem comprometidas com formas de pensar e agir que podem inibir abordagens de empoderamento. Apesar da intenção de empoderar outras pessoas, as organizações de promoção da saúde e seus funcionários podem manter o controlo sobre as atividades que realizam, em vez de renunciar à responsabilidade para com os seus parceiros. Se um programa, por exemplo, não fornece a oportunidade para os seus parceiros identificarem as suas próprias necessidades, então isso possibilita que abordagens paternalistas sejam usadas (Braunack-Mayer e Louise, 2008). Isso permite um maior controlo por parte do profissional que seleciona a questão a ser tratada e as abordagens a serem usadas para gestão, implementação e avaliação.

Os programas de promoção da saúde podem por vezes funcionar dentro de uma contradição: os profissionais continuam a exercer controlo sobre os seus parceiros e, ao mesmo tempo, usam um discurso de empoderamento.

Para evitar a contradição entre o discurso e a prática na promoção da saúde, o desenho do programa deve garantir que todos os parceiros estejam plenamente envolvidos no planeamento, implementação e avaliação de suas atividades. Isso

pode incluir uma avaliação das necessidades locais (capítulo 5), seleção de estratégia apropriada (capítulo 6) e implementação da estratégia (capítulos 7 e 8). Também pode incluir o envolvimento e apoio de outros sectores para fornecer resultados de saúde e equidade numa abordagem de Governo como Um Todo.

Saúde em Todas as Políticas

Muitos governos têm uma força de trabalho dedicada à promoção da saúde, mas o principal recurso humano pode ser encontrado em outros sectores – por exemplo, na educação, assistência social e transporte. Uma abordagem de Governo como Um Todo concentra-se na coerência, coordenação e eficiência públicas. Quando uma questão de saúde não é uma prioridade de um Governo como Um Todo, uma abordagem de Saúde em Todas as Políticas pode ser usada para envolver e apoiar outros sectores para fornecer os resultados de saúde e equidade desejados. Saúde em Todas as Políticas é uma abordagem que enfatiza que o bem-estar é amplamente influenciado por outros sectores do governo além da saúde e destaca as interações entre as diferentes políticas. Considerando os impactos na saúde em todas as políticas, como a agricultura, a educação, o meio ambiente, a habitação e o transporte, os resultados em saúde podem ser melhor alcançados. A abordagem de Saúde em Todas as Políticas melhora a responsabilização dos formuladores de políticas pelos impactos na saúde e inclui uma ênfase nas consequências das políticas públicas nos sistemas de saúde, nos determinantes de saúde e no bem-estar (WHO, 2014).

A promoção da saúde tem um papel de liderança importante na Saúde em Todas as Políticas para apoiar outros sectores a alcançar os seus objetivos de forma que possa melhorar a saúde e o bem-estar.

O papel do profissional de promoção da saúde

A prática de promoção da saúde é definida dentro de um desenho de programa, muitas vezes gerido por uma agência externa ou profissional. O programa aborda as necessidades priorizadas que se refletem nos seus objetivos, identificando com antecedência indicadores adequados de progresso e a avaliação de riscos. Os profissionais são empregados para fornecer informação, recursos e serviços e para gerir o programa. Os profissionais autodenominam-se promotores de

saúde ou profissionais de saúde pública, enquanto muitos outros que procuram desenvolver o papel da promoção da saúde são enfermeiros, professores e médicos. O termo «parceiros» abrange as pessoas que agem como destinatários dos recursos de informação e serviços prestados para promover a saúde, por exemplo, mulheres grávidas, crianças em idade escolar, consumidores, desempregados ou grupos de doentes e organizações comunitárias que foram desenvolvidas para abordar questões específicas relacionadas com a saúde (Laverack, 2009).

Uma das principais funções do profissional de promoção da saúde tem sido a preocupação com a educação, formação e serviços especializados – por exemplo, o de uma enfermeira aconselhando o seu paciente sobre o autotratamento. Essa função tem ajudado a ampliar a imagem do profissional de promoção da saúde como um profissional de saúde com poder de «perito» e com acesso a recursos técnicos, habilidades e conhecimentos superiores. Os profissionais podem desempenhar e frequentemente desempenham um papel importante na facilitação da mudança nos parceiros do programa, seja individualmente ou por meio do trabalho com grupos e comunidades. Os profissionais que estão numa posição de relativo poder podem trabalhar para capacitar os seus parceiros, que muitas vezes estão numa posição relativamente sem poder, fornecendo informações e recursos e usando a sua influência profissional para legitimar as preocupações dos outros.

O papel do profissional é o de um capacitador, ganhando a confiança e estabelecendo um campo de atuação comum com os outros para ajudá-los a se capacitarem.

Empoderamento ou mudança de comportamento?

A diferença entre fornecer uma abordagem de empoderamento em comparação com uma abordagem de mudança de comportamento está na seleção das estratégias usadas num programa. Se a estratégia dá ao profissional a autoridade para controlar a situação, por exemplo, definindo a agenda ou providenciando recursos específicos, é menos provável que seja empoderadora. Se facilitar o processo de avaliação das necessidades, planeamento e capacitação para a ação política por parte dos parceiros do programa, tem muito mais hipótese de ser empoderadora.

Num contexto profissional, a questão-chave é: eu quero ajudar os outros a empoderarem-se ou simplesmente mudar o seu comportamento?

Tanto a mudança de comportamento quanto as abordagens de empoderamento são usadas para atingir as metas de promoção da saúde. Per-Anders Tengland (2013), um filósofo da saúde, identifica que a abordagem de mudança de comportamento tem vários problemas morais. Em primeiro lugar, é excessivamente paternalista e muitas vezes desconsidera a própria percepção do indivíduo sobre o que é importante. Além disso, a abordagem de mudança de comportamento pode levar à «culpa da vítima» e à estigmatização, e ao aumento das desigualdades em saúde, pois o seu foco está nos comportamentos individuais em vez de nas «causas das causas» da saúde precária. A abordagem de empoderamento não tem esses problemas, mas pode levar ao empoderamento de alguns grupos mais do que de outros; o foco não é principalmente na saúde, e as pessoas com poder ainda podem escolher comportar-se de maneiras que podem prejudicar a sua saúde. No entanto, este autor argumenta que a abordagem de empoderamento, em geral, é superior à abordagem de mudança de comportamento.

Ambas as abordagens visam alcançar melhorias na saúde. No entanto, a vantagem adicional do empoderamento é que ele fortalece todo o indivíduo, grupo ou comunidade – a sua autonomia, habilidades e controlo geral – para alcançar uma vida melhor, mais saudável e mais sustentável. Mudanças de comportamento às vezes levam ao desenvolvimento da capacidade de autonomia e controlo, mas, se o fazem, geralmente é um efeito secundário, como uma sensação de maior autoestima após a perda de peso. A solução, portanto, não deve ser simplesmente a mudança de comportamento, mas a obtenção de escolhas e empoderamento mais autónomos. A abordagem, tendo como alvo apenas a mudança de comportamento, raramente trata de questões mais importantes, como ausência de poder ou desigualdade. Para algumas pessoas, a saúde também é secundária em relação a outros objetivos pessoais nas suas vidas, e elas podem estar dispostas a arriscar a sua saúde para perseguir esses objetivos. Isso não é compatível com os pressupostos da abordagem de mudança de comportamento, mas pode ser acomodado numa abordagem de empoderamento.

Pontos-chave do capítulo

- Promoção da saúde é um conceito contestado, mas existem abordagens estabelecidas que podem orientar a teoria e a prática.
- Empoderamento e atividade política são fundamentais para a prática de promoção da saúde.
- A prática de promoção da saúde deve evitar a contradição de usar um discurso de empoderamento e, ao mesmo tempo, usar uma prática de controlo.
- A promoção da saúde pode ser vista como englobando uma gama de atividades educacionais e de desenvolvimento de habilidades que podem ser chamadas de «Educação para a Saúde».
- A promoção da saúde pode ser vista como englobando uma gama de atividades educacionais, de desenvolvimento de habilidades e de desenvolvimento comunitário, que fazem parte de uma estrutura mais ampla de saúde pública.
- A abordagem de empoderamento como um todo é moralmente superior à abordagem de mudança de comportamento.

2. Cinco conceitos úteis em promoção da saúde

Neste capítulo, exploro cinco conceitos-chave, centrais para a promoção da saúde: Advocacia, Determinantes da Saúde, Empoderamento, Poder e Salutogênese. Cada conceito é listado com uma definição precisa, juntamente com o enquadramento teórico e, quando apropriado, um enquadramento histórico. Para entradas com uma finalidade prática, exemplos de aplicação no contexto de programa também são providenciados. Para mais informações, textos-chave são listados no final da entrada.

Advocacia

A advocacia envolve pessoas que agem em nome de si mesmas ou de terceiros para defender uma posição e influenciar o resultado das decisões. Na promoção da saúde, as iniciativas de advocacia geralmente são iniciadas para apoiar causas específicas, grupos de interesse e ideologias (Smithies e Webster, 1998).

Algumas das principais formas de advocacia estão listadas abaixo.

- A advocacia em saúde apoia e promove os direitos aos cuidados de saúde, bem como melhora a saúde comunitária e as iniciativas políticas, por exemplo, boa disponibilidade, segurança e qualidade de cuidados. Foca-se na educação e depende do conhecimento de especialistas, em vez de inserir conhecimento leigo em sistemas especializados.
- A advocacia dos *media* é o uso estratégico dos *mass media* como um recurso para promover uma iniciativa política e visa influenciar a seleção, o enquadramento e o debate de tópicos específicos. O objetivo da advocacia dos *media* é direcionar as formas pelas quais as questões passam a ser consideradas dignas de divulgação para ajudar a definir o debate e a enquadrar o problema e a solução de forma apropriada para que outros possam compreender a questão (Wallack et al., 1993).
- A advocacia coletiva ou de massa ocorre quando grupos e organizações fazem campanha sobre questões que são importantes para os seus membros

e que então falam por si próprios ou influenciam o que os outros dizem na campanha (Loue et al., 2003).

- A advocacia de pares ocorre quando uma pessoa concorda em agir em nome de outra, por exemplo, voluntários que são recrutados para agir em nome de usuários de serviço num Gabinete de Aconselhamento ao Cidadão.
- A autoadvocacia ocorre quando indivíduos ou grupos compartilham as mesmas preocupações ou agem em nome próprio.
- A advocacia legal ocorre quando uma pessoa legalmente qualificada é contratada para agir em nome de terceiros como advogado ou solicitador (Smithies e Webster, 1998).

Na prática, as diferentes formas de advocacia podem-se sobrepor, por exemplo, grupos de autoadvocacia podem desempenhar um papel importante no apoio à advocacia de pares e a advocacia coletiva pode apoiar os esforços de grupos de advocacia pessoal.

A Action on Smoking and Health [Ação sobre Tabagismo e Saúde] (ASH) é o nome de um número de grupos autónomos de advocacia de todo o mundo, que tiveram sucesso em tomar medidas contra os riscos associados ao tabagismo. A ASH usa uma abordagem dupla de informação e *networking* e advocacia e campanha. A ASH teve algum sucesso, por exemplo, em 2007, quando ganhou a sua campanha pela proibição de fumar em locais públicos fechados em Inglaterra, incluindo bares e clubes privados, assim como cafés, restaurantes e locais de trabalho (ASH, 2012). A ASH usa intencionalmente estratégias não ameaçadoras, como a advocacia, porque o seu *status* de caridade cria uma dependência do financiamento do governo. A advocacia, portanto, nem sempre desafia as autoridades forçando-as a tornar o sistema mais justo.

A promoção da saúde deve fazer mais do que ajudar os outros a falar em nome próprio e deve estar além da defesa de direitos para permitir que outros tenham mais controlo das suas vidas. Isso pode ser alcançado por meio de ações mais diretas para forçar mudanças sociais e políticas, incluindo ações judiciais, protestos e boicotes ao consumo (Labonte e Laverack, 2008).

Textos-chave

Loue, S., Lloyd, L. S. and O'Shea, D. J. (2003) *Community health advocacy*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

- Lustig, S. (2012) *Advocacy strategies for health and mental health professionals: from patients to policies*. New York. Springer.
- Young, L. and Everitt, J. (2004) *Advocacy groups*. Vancouver, BC: The University of British Columbia Press.

Determinantes da saúde

Os determinantes da saúde abrangem as condições económicas e sociais que influenciam a saúde dos indivíduos, comunidades e populações. Abordar os determinantes da saúde requer uma abordagem que reconheça que a saúde é influenciada pela forma como as próprias sociedades são estruturadas (Mouy e Barr, 2006), uma abordagem de longo prazo para mudar as causas da desigualdade social e económica, incluindo o desemprego e serviços de educação deficientes.

Os determinantes sociais da saúde

Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, circunstâncias que são moldadas pela distribuição de poder e recursos e que são influenciadas por escolhas políticas (WHO, 2008).

A classe social: a esperança de vida é menor para as pessoas de níveis sociais mais baixos, e que provavelmente terão mais doenças do que aqueles que estão no topo da classe social.

Stress: as pessoas que estão permanentemente preocupadas, ansiosas e incapazes de lidar com os problemas, psicologicamente, sofrem de *stress*, que durante longos períodos de tempo pode prejudicar a sua saúde, provocando, por exemplo, hipertensão, acidentes vasculares cerebrais e depressão.

Infância: o desenvolvimento físico lento e o suporte emocional insuficiente podem resultar numa vida com problemas de saúde e num impacto negativo no funcionamento psicológico na idade adulta. O desenvolvimento fetal deficiente – associado, por exemplo, a *stress*, dependência de substâncias e cuidados pré-natais deficientes – é um risco para a saúde mais tarde na vida.

Exclusão social: a pobreza, a discriminação e o racismo podem contribuir para a exclusão social. Esses processos impedem as pessoas de terem acesso a serviços de saúde e educação. São psicologicamente prejudiciais e podem conduzir a doenças e morte prematura.

Trabalho: embora ter um emprego seja geralmente mais saudável do que não ter, o *stress* no local de trabalho aumenta o risco de problemas de saúde, por exemplo, devido a doenças mentais.

Desemprego: a segurança no emprego aumenta a saúde. O desemprego ou a insegurança de perder o emprego causam mais doenças e morte prematura. Os efeitos do desemprego sobre a saúde estão ligados a fatores psicológicos, como a ansiedade que pode ser causada por problemas de endividamento.

Suporte social: ter amigos, boas relações sociais e redes de apoio podem melhorar a saúde. As pessoas têm melhor saúde quando se sentem cuidadas, amadas, estimadas e valorizadas. Por outro lado, as pessoas que não têm esses fatores nas suas vidas sofrem de problemas de saúde e morte prematura.

Dependências: a dependência de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo não são apenas indicadores de desvantagem social e económica, mas também fatores importantes no agravamento da saúde. As pessoas podem entrar em comportamentos aditivos para obter uma libertação temporária das duras condições sociais e económicas em que vivem, mas como resultado, a longo prazo, a saúde pode ser prejudicada.

Alimentação: uma boa dieta e um abastecimento adequado de alimentos são importantes para a saúde e o bem-estar. A dieta pobre pode causar desnutrição ou obesidade e pode contribuir para, por exemplo, cancro e diabetes, e está frequentemente associada a pessoas que estão numa classe social mais baixa.

Transportes: a dependência dos transportes mecanizados resultou na diminuição de pessoas que fazem exercício físico, assim com num aumento de acidentes rodoviários fatais e mais poluição. Outras formas de transporte, como ciclismo e caminhada, aumentam os níveis de exercícios e ajudam as pessoas a reduzir a obesidade e doenças como diabetes ou acidentes vasculares cerebrais (Wilkinson, 2003).

Quanto menor o *status* socioeconómico de um indivíduo e a sua posição social, pior é a sua saúde.

Injustiça social e iniquidades em saúde manifestam-se na sociedade civil e refletem diferenças desiguais na riqueza e no poder das pessoas. Esforços sérios para reduzir a injustiça social e as desigualdades na saúde envolvem a mudança da distribuição de poder dentro da sociedade, capacitando as pessoas a atender às suas necessidades e, ao fazê-lo, a mudar a distribuição injusta dos

recursos sociais e materiais. Os governos podem, portanto, ter um impacto significativo sobre os determinantes sociais da saúde por meio de políticas e legislação que autorizam, por, entre outras coisas:

- melhorar os padrões de ensino e alocação de recursos às escolas;
- garantir um salário mínimo e horário de trabalho regulamentado;
- criar melhores oportunidades para encontrar trabalho;
- proteger grupos vulneráveis e marginalizados;
- providenciar serviços preventivos e educação parental sobre cuidados infantis;
- criar melhor acesso a creches e jardins de infância a preços acessíveis;
- construir apoio comunitário e interação social;
- melhorar o acesso ao transporte público; e
- melhorar o acesso a instalações públicas de exercícios, como ciclovias (Wilkinson, 2003).

Textos-chave

Cannon, M. and Perkins, J. (2009) *Social Justice handbook*. Nottingham: IVP Books.

Marmot, M. and Wilkinson, R. (eds) (2009) *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.

World Health Organization (2008) *Closing the gap in a generation. Commission on Social Determinants of Health. Final Report*. Geneva: World Health Organization.

Empoderamento

Empoderamento, no sentido mais amplo, é o processo pelo qual as pessoas que se percebem em desvantagem trabalham juntas para aumentar o controle sobre os eventos que influenciam as suas vidas (Werner, 1988).

Apesar do ano da definição indicada acima, ela reflete como outros posteriormente atribuíram ao termo um valor positivo semelhante, amplamente desenvolvido em sistemas de valores ocidentais e colocando uma forte ênfase na responsabilidade individual e comunitária. Também incorpora a noção de que o empoderamento deve vir de um grupo individual ou comunidade e não pode ser dado a eles.

É por meio do processo de empoderamento comunitário que as pessoas são mais capazes de alcançar a mudança social e política mais ampla, necessária

para enfrentar as desigualdades que influenciam as suas vidas. Mudança social refere-se a normas sociais, crenças e comportamentos que têm influência sobre os outros, por exemplo, tornar o fumar perto de outras pessoas, resultando em tabagismo passivo, um comportamento antissocial. Mudança política refere-se a legislação e governança política que têm uma influência direta sobre os outros, por exemplo, política que proíbe fumar em locais públicos. O empoderamento comunitário também é um resultado que pode incluir a redistribuição de recursos, uma diminuição da ausência de poder ou sucesso em alcançar mudanças sociais e políticas. Mas é um processo que é mais consistentemente utilizado na prática, que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades para aumentar o controlo individual e coletivo. Como processo, o empoderamento comunitário é mais considerado como um *continuum* que representa formas progressivamente mais organizadas e de base ampla de ação coletiva. Os grupos e organizações que se desenvolvem têm a sua própria dinâmica; eles podem florescer por um tempo e depois desaparecer por motivos tanto relacionados com mudanças na comunidade quanto com a falta de apoio político ou financeiro mais amplo. Isto oferece uma interpretação linear simples do que pode ser um processo mais fluido e complexo. No entanto, o conceito de um *continuum* fornece uma ferramenta valiosa para ajudar o profissional a entender como eles podem-se envolver em abordagens de empoderamento (Laverack, 2004).

Pessoas com a capacidade de controlar as decisões aos níveis político e económico restringem a capacidade de outras pessoas de exercerem a escolha ao nível individual.

Ganhar influência na mudança económica, política e social envolverá inevitavelmente uma luta com aqueles que já detêm o poder. Trabalhar de forma empoderadora é, portanto, uma atividade política, porque desafia as estruturas da burocracia e da autoridade que às vezes podem criar iniquidade e injustiça social. O papel da promoção da saúde é permitir que outros desafiem as causas da sua ausência de poder, como políticas promotoras de iniquidade. A melhor maneira de conseguir isto é discutida em detalhe nos capítulos 7, 8 e 9.

Textos-chave

Kendall, S. (ed.) (1998) *Health and empowerment: Research and practice*. London: Arnold.

- Laverack, G. (2007) *Health promotion practice: Building empowered communities*. Maidenhead: Open University Press.
- Wallerstein, N. (2006) *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* (Health Evidence Network report) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Poder

O poder é comumente interpretado como a capacidade de algumas pessoas de produzir e prever efeitos em outras pessoas, mesmo contra a sua vontade (Wrong, 1988). Uma pessoa, grupo ou organização tem, desse modo, influência e mestria sobre outros.

O soma-zero de poder cria uma situação de «vitória/derrota». O meu poder sobre ti, mais a tua ausência desse poder, iguala a zero, daí o termo soma-zero. Eu ganho tu perdes. Para tu ganhares poder, tens de tirar o meu. Se o consegues, tu ganhas e eu perco. É importante perceber que tem de ser ganho ou retirado por aqueles que querem atingi-lo, aumentando a posição de uma pessoa ou grupo, ao mesmo tempo que o diminui noutra pessoa ou grupo (Laverack, 2004). O papel de uma promoção é ajudar alguns a obter controlo de poder sobre os recursos ou a tomada de decisão sobre os outros, e isso pode tornar-se uma questão difícil. David Zakus e Catherine Lysack (1998), dois investigadores em saúde canadianos, argumentam que a prática de promoção da saúde que funciona a partir de uma construção de soma-zero de poder, na verdade, aumenta a competição doentia entre as pessoas e diminui a capacidade ou coesão da comunidade saudável. Eles sugerem que, ao capacitar umas pessoas à custa de outras numa situação de soma-zero, os promotores de saúde estão a ajudar a quebrar os laços que mantêm uma comunidade unida. No entanto, as comunidades não são homogêneas e já consistem em indivíduos e grupos heterogêneos concorrentes entre si. Os promotores de saúde não podem, portanto, evitar o empoderamento de alguns e não de outros por meio dos programas que oferecem. No entanto, essa questão pode tornar-se um problema se o grupo-alvo for impopular, como pessoas que se envolvem no uso de drogas, ou se a estratégia usada for impopular com o governo, como redução de danos.

Há outra forma importante de uso do poder, uma fórmula de «soma não zero» que é «vencer/vencer», uma vez que se baseia na ideia de que, se uma pessoa ou grupo ganha, todos ganham. Conhecimento, confiança, cuidado e outros aspetos das nossas relações sociais uns com os outros são exemplos de

poder de «soma não zero». Talvez sem surpresa, os promotores de saúde muitas vezes gravitam em torno da fórmula «soma não zero». Certamente muito do discurso sobre a promoção da saúde enfatizando a participação, o cuidado e a responsabilidade para com os outros aborda o exercício do poder em que todas as pessoas podem beneficiar. O poder não é mais visto como uma comodidade como a riqueza ou o *status* e autoridade que este pode conferir. Ao contrário, a fórmula «soma não zero» toma a forma de uma relação baseada no respeito, generosidade, serviço aos outros, partilha livre de informação e compromisso com a ética do cuidar e justiça. O papel do promotor da saúde nesta construção de poder é usar estes atributos para os desencadear nos outros – por exemplo, através da mentoria ou da consultoria.

Na prática, a promoção da saúde simultaneamente envolve as fórmulas «soma-zero» e «soma não zero» do poder. O poder não pode ser dado, mas as comunidades podem ser ajudadas pelos promotores da saúde a ter maior controle na identificação da sua própria base de poder (acesso a recursos e influência) e, assim, compreender como isto pode ser implementado na capacitação de outros.

Para melhor compreender como o poder é exercido tanto positivamente (a partilha de controle com os outros) como negativamente (o uso do controle para exercer influência sobre os outros contra a sua vontade) no contexto da promoção da saúde, é importante considerar três das suas formas mais basilares: «poder interno», «poder sobre» e «poder com».

Poder interno

O poder interno pode ser descrito como uma experiência de si mesmo – um poder pessoal ou psicológico para obter (um sentido de) controle sobre a própria vida (Rissel, 1994). O objetivo do poder interno é aumentar o valor dos sentimentos e o sentido de domínio individual e aumentar a noção do próprio, sem acesso a ou controle sobre os recursos. As pessoas podem, portanto, obter poder de dentro, sem necessariamente terem de acumular poder como dinheiro, *status* ou autoridade. A teoria feminista, por exemplo, afirma que mesmo nas sociedades dominadas pelos homens, as mulheres têm poder, o seu poder vem de dentro, e, portanto, podem ao mesmo tempo ter e não ter poder na sociedade.

Poder sobre

O «poder sobre» descreve as relações sociais nas quais uma parte é obrigada a fazer o que outra parte deseja que faça, apesar da sua resistência e mesmo que isso possa não ser do seu melhor interesse (Wrong, 1988). O exercício do «poder sobre» não precisa de ser negativo. A legislação estatal para controlar a propagação de doenças, para impor multas por comportamentos não saudáveis, como fumar em locais públicos, ou mesmo para redistribuir a renda dos mercados para prevenir a pobreza, são exemplos do que consideramos ser «poder sobre» saudável.

O «poder sobre» pode tomar diferentes formas e tem três operações funcionalmente distintas:

1. domínio, ou o poder direto para controlar as escolhas das pessoas, geralmente pela força ou a sua ameaça;
2. exploração, ou poder indireto para controlar as escolhas das pessoas, por meio de relações económicas nas quais aqueles que controlam o capital também têm controlo sobre aqueles que não o fazem; e
3. hegemonia, ou a habilidade de um grupo dominante para controlar as ações e comportamentos de outros por meio de persuasão intensa (Wrong, 1988).

Poder com

O «poder com» descreve uma relação em que o «poder sobre» é usado deliberadamente para aumentar o «poder interior» de outras pessoas, em vez de dominá-las ou explorá-las (Laverack, 2004). Permitir que outros se capacitem pode começar a partir da perspectiva de procurar e trabalhar em áreas da vida das pessoas nas quais elas são relativamente poderosas. Por exemplo, as mulheres residentes de uma pensão em Toronto, Canadá, reclamam de homens que exigem favores sexuais em troca de lhes permitirem acesso à casa de banho. As mulheres solicitaram a ajuda da enfermeira da comunidade, que informou as mulheres que, após a sua assistência inicial, elas teriam de resolver o problema por conta própria. Desta forma, a enfermeira fortaleceu o poder interior das mulheres, primeiro usando seu *status* e autoridade e, em seguida, apoiando-as para que ajam como as suas próprias defensoras. Mas ao deixar de lado a sua condição de «poder sobre», a enfermeira exerceu o seu poder com a intenção de aumentar o poder interior das mulheres, na sua relação com elas (Labonte, 1998). Ao invés

da simples transferência de recursos e informação, o «poder com» envolve uma oferta de conselhos e estratégias para desenvolver o poder interior das pessoas e o empoderamento coletivo das comunidades.

Textos-chave

Laverack, G. (2004) *Health promotion practice: Power and empowerment*. London: Sage Publications.

Laverack, G. (2009) *Public health: Power, empowerment and professional practice*. 2nd edition. London: Palgrave Macmillan.

Scott, J. (2001) *Power*. Cambridge: Polity Press.

Salutogénesis

A Salutogénesis descreve uma abordagem com foco nos fatores que apoiam a saúde e o bem-estar humanos, em vez de nos fatores que causam doenças. Mais especificamente, a abordagem está preocupada com as relações entre saúde, *stress* e *coping* (Antonovsky, 1979).

O termo salutogénesis foi desenvolvido pelo sociólogo da saúde americano Aaron Antonovsky. As suas teorias rejeitaram os conceitos biomédicos tradicionais dicotômicos que separavam a saúde e a doença e, em vez disso, descreveram a relação entre o *continuum* da saúde-doença (Antonovsky, 1979). A palavra salutogénesis tem origem no latim *salus* (saúde) e no grego *genesis* (origem). Antonovsky desenvolveu o termo a partir do seu estudo sobre como as pessoas gerem o *stress* e ficam saudáveis, e observou que, apesar de o *stress* ser omnipresente, nem todos os indivíduos desenvolviam indicadores negativos de saúde. Em vez disso, algumas pessoas conseguiam manter-se saudáveis apesar da sua exposição a fatores de *stress* potencialmente promotores de doença. Na sua teoria, para um fator de *stress* ser patogénico, neutro ou salutar depende do que ele chamou de «Recursos de Resistência Generalizados» (RRG). Um RRG é qualquer recurso de *coping* que é efetivo a evitar ou combater uma série de stressores psicossociais: recursos como o dinheiro, força própria e suporte social.

A hipótese de Antonovsky era que os RRG permitiam às pessoas ter sentido de e gerir eventos nas suas vidas. Ele argumentou que ao longo do tempo, na resposta às situações positivas proporcionadas pelo uso com sucesso dos RRG, uma pessoa desenvolveria uma atitude que era em si mesma uma ferramenta essencial para lidar com o *stress* (Antonovsky, 1979).

Em comparação com a resiliência, em que as condições e os mecanismos são mais rígidos e contextuais, a salutogênese tem a sua força na adaptabilidade e um foco na solução dos problemas.

O sentido de coerência (SdC) é uma formulação teórica que proporciona a explicação central para o papel do *stress* no funcionamento humano. Na teoria de Antonovsky, o SdC tem três componentes:

1. *Compreensibilidade*: a crença de que as coisas acontecem de maneira ordenada e previsível e uma sensação de que se pode entender os eventos da vida e prever razoavelmente o que acontecerá no futuro.
2. *Gerenciabilidade*: a crença de que se tem as habilidades ou a capacidade, o suporte, a ajuda ou os recursos necessários para cuidar das coisas, e que as coisas são administráveis e estão sob o seu controle.
3. *Significância*: a crença de que as coisas na vida são interessantes e uma fonte de satisfação, de que as coisas realmente valem a pena e que há uma boa razão ou propósito para se preocupar com o que acontece.

O terceiro elemento (significância) é o mais importante. Se uma pessoa acredita que não há razão para persistir e sobreviver e superar os desafios, se não tiver sentido de significado, então não terá motivação para compreender e gerir os eventos. O argumento essencial é que a salutogênese depende da experiência de um forte sentido de coerência e que isso pode levar a resultados de saúde positivos (Lindström e Ericksson, 2005).

Textos-chave

- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lindström, B. and Ericksson, M. (2005) Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59(6): 440-442.
- Lindström, B. and Ericksson, M. (2010) *The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health Promotion*. Helsinki: Fokhälsan Health Promotion Research.

3. Cinco métodos úteis em promoção da saúde

No capítulo 3, examino cinco métodos-chave centrais para a promoção da saúde: desenvolvimento comunitário baseado em ativos, redução de danos, tecnologias inovadoras de comunicação, *lobby* e persuasão moral. Cada entrada foi incluída porque pode ajudar os trabalhadores de campo a melhor implementar abordagens de empoderamento em programas de promoção da saúde. Mais informações para cada entrada são fornecidas como textos-chave para encorajar o leitor a obter uma compreensão mais aprofundada do assunto.

Desenvolvimento comunitário baseado em ativos

O desenvolvimento comunitário baseado em ativos (DCBA) é uma metodologia que procura usar os pontos fortes dentro das comunidades como um meio para um desenvolvimento mais sustentável (Kretzmann e McKnight, 1996).

O desenvolvimento comunitário baseado em ativos é fundamentado na suposição de que mesmo um bairro mais pobre é um lugar onde indivíduos e organizações representam recursos sobre os quais se pode reconstruir (Kretzmann e McKnight, 1996). O DCBA é definido por três características centrais:

1. A abordagem baseada em ativos começa com o que está presente na comunidade, não com o que está ausente, é necessário ou problemático, de modo que visa descobrir as capacidades da comunidade.
2. Focado internamente, concentra-se, em primeiro lugar, na construção de agendas e nas capacidades de resolução de problemas dos residentes locais, associações locais e instituições locais.
3. Impulsionado por relacionamentos, o DCBA procura constantemente construir e reconstruir vínculos e ligações entre a população local, instituições locais e organizações locais.

Com base nas habilidades dos residentes, o poder das associações locais e as funções de apoio das instituições locais, o DCBA visa aproveitar os pontos fortes existentes. A primeira etapa do processo é identificar ativos existentes, mas

frequentemente desconhecidos, e avaliar os recursos de uma comunidade para determinar que tipos de habilidades e experiências estão disponíveis. A chave é começar a usar o que já existe na comunidade. A próxima etapa é descobrir o que preocupa as pessoas na comunidade o suficiente para agir. A etapa final é determinar como os cidadãos podem agir juntos para atingir os seus objetivos.

No cerne do DCBA está o foco nas relações sociais. Ao tratar as relações como ativos, o DCBA é a aplicação prática do conceito de capital social. O capital social na forma de confiança, normas sociais de reciprocidade e cooperação reside nas relações e, portanto, nas redes. A participação ativa nas redes sociais constrói a confiança e a coesão entre os indivíduos que são importantes para mobilizar e criar os recursos necessários para apoiar a ação coletiva.

Justificar o uso de uma abordagem baseada em ativos implica que o desenvolvimento da comunidade tenha sido anteriormente baseado no *deficit*, focando no que está errado nas comunidades, como o crime, a pobreza e as moradias precárias. O DCBA é politicamente conveniente porque muda o foco das realidades de desigualdade e injustiça. No entanto, não os ignora, mas corre o risco de ser visto como a aplicação de intervenções superficiais baseadas em financiamento governamental, em vez de abordar as verdadeiras causas da pobreza e da ausência de poder (Harris, 2011).

Textos-chave

Foot, J. and Hopkins, T. (2010) *A glass half full: How an asset approach can improve community health and well-being*. London: Improvement and Development Agency (IDeA).

Harrys, K. (2011) Isn't all community development assets based? *The Guardian online*. Posted 23 June 2011.

Kretzmanm J. P. and McKnight, J. L. (2007) Asset-based community development. *National Civic Review*. 85(4): 23-29.

Redução de danos

A redução de danos é uma abordagem para reduzir as consequências prejudiciais de comportamentos de risco, incorporando estratégias que abrangem o uso mais seguro, uso gerenciado e abstinência (Ritter e Cameron, 2006).

As pessoas que vivem em condições de alto risco, e que incorporam isto como fatores de risco psicossociais, são mais propensas a ter estilos de vida prejudiciais e fatores de risco comportamentais associados, por exemplo, tabagismo

e consumo de álcool. Estes fatores comportamentais de alto risco podem servir como recompensas para lidar com o *stress*, embora possam aumentar a suscetibilidade a uma causa específica de doença. Mesmo que as pessoas que vivem em condições precárias consigam mudar os seus comportamentos não saudáveis, sem nenhuma mudança nas suas condições de risco, a sua saúde autorrelatada pode piorar (Blaxter, 2010).

A saúde e os comportamentos de risco são frequentemente relacionados em grupos num padrão mais complexo conhecido como «estilos de vida». As pessoas apanhadas neste ciclo de condições e fatores de risco também obtêm menos apoio social e são menos propensas a ser ativas em redes sociais preocupadas em melhorar as condições de risco em primeiro lugar. Isto reforça ainda mais a sua sensação de isolamento e autculpa, confundindo a experiência de doença ou falta de bem-estar.

Os programas de redução de danos podem ser controversos porque incluem questões como terapia de substituição de opióides, troca de agulhas e substituição de nicotina. Algumas agências governamentais acham que os fundos devem ser desviados de grupos que se envolvem nesses tipos de comportamentos prejudiciais e de risco. No entanto, os princípios da redução de danos estão firmemente enraizados em ideais humanistas, na necessidade de objetivos imediatos e no reconhecimento de que comportamentos de risco sempre fizeram e sempre farão parte da sociedade (Ritter e Cameron, 2006).

O primeiro objetivo da redução de danos é trabalhar com as pessoas nos seus termos, no seu contexto, e não condenar os seus comportamentos danosos.

Em contraste com a redução de danos, a abordagem moral do vício tende a aumentar, usando uma corrente de culpa e sentimentos de estigma. A abordagem de redução de danos é baseada na aceitação e disposição do promotor de saúde em colaborar com outros no decorrer da redução de quaisquer consequências prejudiciais (Marlatt e Witkiewitz, 2010).

A minimização de danos é frequentemente usada de forma intercambiável com a redução de danos. No entanto, qualquer intervenção ou política que se destina a reduzir o comportamento prejudicial pode ser considerada redução de danos. O termo minimização de danos pretende refletir um objetivo geral das políticas para minimizar danos (Weatherburn, 2009).

Uma intervenção de redução de danos usou breves entrevistas motivacionais para reduzir as consequências relacionadas como o álcool entre adolescentes (de 18 a 19 anos) atendidos numa sala de emergência após um evento relacionado com álcool. Uma avaliação da sua condição, o risco futuro de danos e entrevistas motivacionais foram realizadas na sala de emergência durante ou após o tratamento do paciente. Avaliações de acompanhamento mostram que os jovens que receberam as entrevistas motivacionais tiveram uma incidência significativamente menor de condução sob efeito de álcool, infrações de trânsito, lesões e problemas relacionados com o álcool do que os jovens que receberam apenas o atendimento padrão na sala de emergência (Monti et al., 1999).

Há evidências generalizadas de que os programas de redução de danos podem ser eficazes e económicos, por exemplo, para retardar a propagação do VIH, programas de prevenção de *overdose*, triagem de emergência e prevenção do uso de substâncias no local de trabalho (Marlatt e Witkiewitz, 2010). No entanto, a redução de danos é mais viável como abordagem quando usada em combinação com outras estratégias, como educação de pares, para gerir comportamentos de risco.

Textos-chave

- Marlatt, G. A. and Witkiewitz, K. (2010) Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annual Review of Clinical Psychology*. 6: 591-606.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E. and Witkiewitz, K. (2011) *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviours*. 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Weatherburn, D. (2009) Dilemmas in harm minimization. *Addiction*. 104 (3):335-339.

Tecnologias de comunicação inovadoras

Num ambiente de *media* em rápida mudança, os promotores de saúde devem continuar a tirar proveito das novas tecnologias para comunicar melhor, para se organizar, para se mobilizar, para ter mais influência e conseguir recursos. As tecnologias de comunicação inovadoras podem ser usadas para alcançar pessoas num nível amplo na sociedade civil e incluem o Short Message Service (SMS) e a World Wide Web. As táticas disponíveis aos promotores de saúde permitem a partilha de contactos para melhor *networking* e a rápida disseminação de informações. A manutenção de um *website* também é uma ferramenta importante

para a partilha, organização e mobilização de informação, e para dar o perfil do público aos movimentos de saúde e grupos de pressão (Biddix e Han Woo, 2008).

A tecnologia de comunicação inovadora removeu as barreiras físicas à comunicação, por exemplo, as pessoas podem participar *online* em discussões classificadas por tópico, cada uma com muitos tópicos de conversação de todo o mundo. As comunidades *online*, como formas tradicionais de comunidade, consistem num grupo diversificado de pessoas, mas, neste caso, participam em espaços virtuais com pouco contexto social e identidade de membro. Os meios de comunicação social podem encorajar a comunicação, permitindo que os participantes encontrem outras pessoas com quem compartilhem interesses e fornecendo um meio de contactá-los. Isto facilita as interações sociais em comunidades *online* e promove a comunicação, criando espaços de conversa semelhantes aos que seriam criados numa sala do mundo *offline*. A Internet tem ajudado a promover comunidades globais e cidades digitais ao construir arenas nas quais as pessoas podem interagir e compartilhar conhecimentos e interesses mútuos. No entanto, a atividade *online* ainda é limitada àqueles que entendem de informática e têm acesso a um computador, à Internet e a uma fonte fiável de eletricidade, e isso pode excluir muitas pessoas (Nomura e Ishida, 2003).

Short Message Service (SMS)

O Short Message Service (SMS) permite a troca de mensagens de texto entre telemóveis e é a aplicação de dados mais usada internacionalmente. A capacidade do telemóvel de organizar ou registar e publicar imagens de, por exemplo, protestos já foi estabelecida. Os telemóveis também podem estender a participação, monitorização e transparência de redes descentralizadas e oferecer oportunidades para inovação local. O elemento essencial não é a alta tecnologia, mas a universalidade. Kubatana é uma iniciativa de ação social e política no Zimbábue que começou na Internet, mas para estender o seu alcance adaptou a «FrontlineSMS» para enviar atualizações regulares de notícias a pessoas que não tinham qualquer fonte de notícias ou nenhuma que fosse confiável. Logo se descobriu que o sistema era valorizado pela sua capacidade de operar como uma verdadeira troca de informações, colocando pessoas de todo o país em contacto umas com as outras (Banks et al., 2010).

A World Wide Web

A World Wide Web é uma fonte importante de informações específicas de saúde, por exemplo, um inquérito a mais de 500 usuários que acederam à Internet em busca de informações sobre saúde descobriu que 93% procuraram por uma doença ou condição específica e 65% procuraram informações sobre nutrição, exercícios e controlo de peso (Fox e Rainie, 2001). Outro inquérito a 1700 pacientes no Reino Unido que acederam a um *website* de informações de saúde, mostrou a alta procura de serviços de saúde *online*, como agendamento de consultas e pedidos de medicação crónica. Quase metade dos entrevistados (47%) tinha mais de 55 anos, indicando que a procura por serviços de saúde baseados na Internet não se limita a pacientes mais jovens, e mais de três quartos dos entrevistados (78%) eram mulheres (Patient UK, 2012).

Os promotores de saúde têm aproveitado a World Wide Web e a Internet para se tornarem melhores comunicadores e as redes sociais, usando, por exemplo, o Facebook para informar melhor as pessoas. Estas ferramentas de comunicação dos *media* ajudaram a estender a participação, a monitorização e a transparência às redes descentralizadas e a fornecer oportunidades para indivíduos-alvo sobre questões específicas de saúde.

Textos-chave

- Glaser, J. and Salzberg, C. (2011) *The strategic application of information technology in health care organizations*. San Francisco: Jossey Bass.
- Noar, S. M. and Grant-Harrington, N. (2012) *eHealth applications: Promising strategies for behaviour change*. New York: Routledge.
- Rohlinger, D. A. and Brown, J. (2009) Democracy, action and the internet after 9/11. *American Behavioural Scientist*. 53(1):133-150.

Lobby

Lobby é a tentativa de influenciar as decisões oficiais por meio da comunicação direta e pessoal entre um lobista e o formulador de políticas (McGrath, 2007). O *lobby* tem sido criticado com base no facto de que os seus esforços influenciam indevidamente as políticas públicas para interesses dos poderosos e dotados de maiores recursos às custas dos grupos menos favorecidos. Outros veem o *lobby* como a manifestação da liberdade de expressão e o mecanismo pelo qual as pessoas podem comunicar diretamente com os representantes eleitos. Na prática,

o *lobby* é uma característica do processo de formulação de políticas em todos os sistemas democráticos, e os lobistas comumente descrevem-se como formando uma ponte entre o governo e os governados. Informações de lobistas podem ajudar a tomar decisões sobre políticas mais bem informadas e permitir que as pessoas interajam com os políticos com mais frequência. Isso pode ser um *input* importante no início do processo de formulação de políticas (ver capítulo 9). Se um formulador de políticas ouvir uma série de lobistas sobre uma questão, eles ficarão mais bem informados sobre a questão e serão mais capazes de chegar a uma posição sobre ela. Isto não deve significar, no entanto, que o *lobby* seja uma atividade totalmente irrestrita. A maior parte do *lobby* é dirigida aos formuladores de políticas que já favorecem os interesses de grupos ou àqueles que ainda não chegaram a uma visão firme sobre uma questão, em vez de persuadir um formulador de políticas a mudar radicalmente de opinião (McGrath, 2007).

O *lobby* de base é baseado na ideia de que toda a política é local, de que quanto mais eleitores escreverem ou telefonarem sobre um assunto, maior será a probabilidade de os seus representantes eleitos lhe prestarem atenção. Crucial para a eficácia de um esforço de *lobby* de base não é o número de comunicações de constituintes geradas, mas que todas as comunicações demonstrem as mesmas opiniões genuínas de eleitores individuais. O *lobby* de base usa táticas como petições eletrônicas para expor as suas preocupações a autoridades eleitas para expressarem uma opinião sobre uma determinada decisão política futura.

«Não no meu quintal» (NIMBY) e Nimbyism são usados para descrever a oposição de pessoas, habitualmente residentes locais, a uma proposta de novo desenvolvimento, como um aterro sanitário ou um aeroporto junto ao seu bairro de residência (Hull, 1988).

Contratáticas por interesses comerciais e corporativos

Muitos grandes *lobbies* de saúde comercial e corporativa têm muito mais influência do que cidadãos comuns, grupos de pressão ou agências de promoção de saúde. As corporações usam uma variedade de táticas de relações públicas projetadas para influenciar decisores, investigadores, a opinião pública e análise de políticas (Hager, 2009). Existem empresas sofisticadas de relações públicas especializadas nesses tipos de contratáticas para apoiar, e muitas vezes apenas ao alcance financeiro, grandes corporações. As campanhas pelos *media* das corporações contratam sofisticadas companhias de gestão de *media* para ajudar a definir e a dar forma a assuntos usando campanhas publicitárias bem financiadas.

Uma grande parte deste tipo de relações públicas trabalha no ataque dos concorrentes e tenta impedi-los de ter voz, assim como persistentemente têm como alvos investigadores de saúde pública que estão a trabalhar sobre determinado assunto, de uma forma que os intimide e distraia do seu trabalho. Entretanto, estas companhias cultivam e dão suporte a investigadores mais favoráveis, providenciando-lhes financiamento, assim como oportunidades de viajar e participar em conferências. As corporações também rotineiramente procuram comunidades ou grupos profissionais como «apoiantes» para dar publicamente credibilidade às suas mensagens. Falsos grupos científicos e comunitários também se têm tornado uma ferramenta alternativa que rapidamente emerge para dar suporte a grandes desenvolvimentos ou para defender corporações impopulares, tal como defensores dos direitos dos fumadores. Frequentemente os grupos de *lobby* apresentam-se publicamente como independentes e/ou baseados em ciência; por exemplo, as empresas farmacêuticas estabelecerão grupos de consumidores e pacientes em busca dos seus próprios interesses ou envolver-se-ão com grupos existentes em propostas de políticas para agregar legitimidade às suas atividades (Allsop et al., 2004). Os grupos de interesse com bons recursos podem contratar advogados para exercer pressão sobre as políticas governamentais planeadas ou existentes, tratando de ações legais demoradas. Outra ferramenta de influência são as doações eleitorais. Na Nova Zelândia, por exemplo, a indústria do álcool e do tabaco tem financiado partidos políticos e ganhado influência desde o século xx (Hager, 2009). Também há presentes corporativos em que políticos e outras pessoas específicas de influência recebem, por exemplo, ingressos grátis para grandes jogos desportivos, concertos e eventos culturais fornecidos por interesses industriais. Algumas indústrias são mais agressivas do que outras, geralmente, quanto mais controversas elas são, mais têm o que esconder ou quanto mais externalidades negativas dos seus negócios, mais recursos são investidos nessas táticas. Algumas empresas usam patrocínios para *marketing* de baixo custo, como o pagamento de quantias triviais por casacos escolares com logotipos exibidos, anunciando em eventos comunitários ou fornecendo subsídios para atividades de desenvolvimento comunitário.

A responsabilidade social corporativa (RSC) – também chamada de consciência corporativa, cidadania corporativa, *performance* social ou empresa responsável – é uma forma de autorregulação integrada num plano ou modelo de negócios. A política RSC funciona como um mecanismo instituído para um negócio monitorizar e assegurar a sua observância ativa da lei, dos padrões éticos

e das melhores práticas internacionais. O objetivo da RSC é assumir a responsabilidade pelas ações da empresa e estimular um impacto positivo através das suas atividades. Promover relatórios de RSC tem-se tornado uma das áreas de crescimento nas relações públicas das corporações industriais. As companhias têm formado grupos especializados de prática de RSC com o papel de se responsabilizar pela prestação de contas e transparência como meios para construir a credibilidade e a reputação da corporação. Por exemplo, as companhias de manufatura que têm sido criticadas por promover o trabalho infantil, que potencialmente manchou a sua «imagem corporativa», têm dedicado muito mais atenção a desenvolver, acompanhar e reportar novos padrões de trabalho dos fornecedores e dos seus subcontratantes como parte da sua contracampanha (Knudsen, 2007).

Textos-chave

- Levine, B. (2008) *The art of lobbying: Building trust and selling policy*. Washington, DC: CQ Press.
- Libby, P. (2011) *The lobbying strategy handbook: 10 steps to advancing any cause effectively*. London: Sage.
- McGrath, C. (2007) Lobbying. In G. L. Andersen and K. G. Herr (eds) 2007 *Encyclopedia of activism and social justice*. London: Sage.

Persuasão moral

Persuasão moral é o ato de tentar usar princípios morais para influenciar indivíduos e grupos a mudar as suas práticas, crenças e ações (Laverack, 2013b).

A persuasão moral é uma forma de persuasão baseada no raciocínio moral para mudar as crenças e comportamentos das pessoas. A persuasão é um processo que visa mudar as atitudes, crenças ou comportamentos individuais ou de grupos em relação a algum outro evento ou ideia, usando métodos de comunicação para transmitir sentimentos de informação ou raciocínio ou usando recursos pessoais ou posicionais para obter vantagem para mudar o comportamento ou atitudes de outras pessoas (Seiter e Grass, 2010).

O movimento de temperança

O movimento da temperança usou uma estratégia de persuasão moral para se opor ao consumo de álcool ao ponto da abstinência total no Reino Unido no

século XIX. A estratégia concentrou-se no estabelecimento de um movimento de massa da maioria dos trabalhadores do sexo masculino, para fazer uma «promessa» de cessar o uso do álcool. O movimento ofereceu apoio por meio de grupos de autoajuda e trabalhou em todas as classes da sociedade, defendendo uma força de trabalho sóbria e também abstêmicos em todo o lado (Berridge, 2007).

Ligadura de pé na China

A aplicação de ligaduras nos pés era universalmente praticada na China; era dolorosa e perigosa e afetou as mulheres chinesas durante um milénio. E apesar de tudo, esta prática terminou, na maior parte, dentro de uma única geração. O movimento do pé natural foi defendido por modernizadores liberais e defensores dos direitos das mulheres e desenvolvido nos anos de mudança, culminando na «Revolução de 1911». A reforma e o desenvolvimento económico urbano fizeram parte da modernização e da migração em massa do campo. Isto, consequentemente, proporcionou oportunidades alternativas de apoio para as mulheres, fortalecendo a sua independência e poder de negociação. O movimento do pé natural usou a persuasão moral para formar alianças chamadas de «associações de promessas», de pais que prometeram não ligar os pés das filhas nem deixar os seus filhos casarem com uma mulher de pés-ligados (Mackie, 1996) como princípios morais para a base da mudança do comportamento individual.

Mutilação genital feminina

Um elemento importante no processo de mobilização das comunidades na luta contra a mutilação genital feminina é a persuasão moral e as declarações públicas da decisão coletiva de abandonar a prática. As declarações públicas podem assumir diferentes formas, incluindo a assinatura de uma declaração, celebrações de ritos de passagem alternativos e reuniões em várias aldeias. Quando são feitas declarações públicas, isso sugere que um número suficiente de indivíduos decidiu, por motivos morais, não ter as suas filhas cortadas e abandonar a mutilação genital feminina, o que pode promover ainda mais o abandono em larga escala. As declarações públicas, então, podem marcar uma decisão final de abandonar a mutilação genital feminina ou são um marco que significa prontidão para a mudança, e indica que mais apoio é necessário para sustentar e acelerar o processo (Johansen et al., 2013). Tostan (Avanço) é uma organização não governamental (ONG) sediada no Senegal que trabalha para uma transformação social positiva

e a abolição da mutilação genital feminina que teve algum sucesso em África a nível comunitário, nacional e internacional. A Tostan afirmou que, entre as mulheres com meninas não cortadas, a taxa de mulheres que relataram não ter a intenção de cortar a filha foi três vezes maior em áreas onde a Tostan estava ativa do que nas aldeias de controlo. O sucesso foi atribuído a uma estratégia apoiada por uma liderança forte e um reconhecimento de que, através, por exemplo, da persuasão moral e declarações públicas, as pessoas podem empoderar-se (Gillespie e Melching, 2010).

A persuasão moral é um método de baixo custo que pode ser utilizado por profissionais de promoção da saúde no trabalho com indivíduos e grupos. A limitação desse método é que ele se concentra na mudança de comportamento individual, em vez de uma mudança estrutural mais ampla. No entanto, a persuasão moral pode levar à ação coletiva para a alavancagem de uma política governamental mais favorável.

Textos-chave

- Berridge, V. (2007) Public health activism. *British Medical Journal*. 335:1310-1312.
- Johansen, E., Diop, N., Laverack G. and Leye, E. (2013) What works and what does not: A discussion of popular approaches for the abandonment of Female Genital Mutilation. *Obstetrics and Gynaecology International*. Advance access ID 348248.
- Mackie, G. (1996) Ending foot-binding and infibulation: A convention account. *American Sociology Review*. 61(6): 999-1017.

PARTE II

Programas de promoção da saúde

4. Gestão de programas

A promoção da saúde pode ser proporcionada como um programa, um projeto, uma intervenção ou uma atividade específica. Usei o termo programa para cobrir os diferentes tipos de formas de proporcionar a promoção da saúde, assim como as suas diferentes etapas. Estas diferentes etapas têm de ser apropriadamente geridas, habitualmente por um ou mais gestores, que atuam como a interface entre diferentes parceiros, administradores e recursos humanos, os quais são responsáveis pelo orçamento, treino, aquisição de equipamentos e relatórios. A gestão de programas em promoção da saúde requer uma força de trabalho multidisciplinar e é habitualmente desenvolvida por «especialistas» que são encarados como tendo as competências profissionais necessárias. Isto para assegurar que o programa é proporcionado dentro do tempo, dentro do orçamento e em concordância com as suas metas e objetivos.

Gestão de programas em promoção da saúde

A gestão de programas em promoção da saúde tem tido uma ênfase crescente na prática baseada na evidência. Consequentemente, tem havido uma relutância em transferir a responsabilidade para outros parceiros que são entendidos como tendo um diferente leque de competências, apesar de, por exemplo, haver expectativas que os membros da comunidade cooperem com e contribuam ao longo do programa. Os gestores podem subestimar as forças existentes, ativos, conhecimentos e capacidades dos parceiros locais. Isto pode ser frequentemente confuso, quando os gestores são envolvidos em programas transculturais e não consideram a resiliência de valores culturais, a resistência das instituições que acolhem o programa e o ressentimento e falta de confiança nos parceiros locais (Leach, 1994).

No coração de um programa de promoção da saúde de sucesso está quem controla a forma em que este é concebido, implementado, gerido e avaliado.

Uma abordagem empoderadora envolve conscientemente os parceiros locais, incluindo-os nas suas atividades e alimentando um sentido de pertença. O papel da gestão é sistematicamente construir a capacidade, o conhecimento e as habilidades dos parceiros locais. Um dos primeiros passos para alcançar isto é ter papéis e responsabilidades claramente definidos para os envolvidos no programa. Durante a etapa de planeamento, as necessidades dos parceiros locais devem ser avaliadas e incluídas nas metas do programa. O planeamento da promoção da saúde e a avaliação das necessidades são discutidas no capítulo 5.

Linguagem e prática reflexiva

A consciencialização do uso de uma linguagem profissional e de estar sensível ao posicionamento e perceções dos outros é designada por «prática reflexiva», em que os gestores são críticos sobre o caminho do seu trabalho. Quando trabalham com outros parceiros, os gestores têm muitas vezes uma vantagem através da linguagem que escolhem usar, já que esta pode tanto fortalecer como enfraquecer a relação de trabalho. Os termos técnicos fazem parte da linguagem quotidiana dos gestores e evoluíram como conhecimento e competências desenvolvidas numa subcultura profissional. Contudo, a utilização de linguagem especializada é muitas vezes confundida tanto pelos leigos como pelos profissionais que não fazem parte da subcultura profissional dos gestores. Isto pode contribuir para o seu sentido de ausência de poder, mostrando uma falta de acesso ao conhecimento e poder de «especialista» da pessoa que usa a linguagem técnica.

Embora às vezes possa ser necessário usar termos técnicos específicos, é melhor usar uma linguagem profissional que seja entendida por todos.

Scrambler (1987) providencia o exemplo da consulta entre o profissional de saúde e a mulher grávida. O profissional começa a discussão usando termos leigos para descrever as complicações associadas à condição da grávida, mas rapidamente muda para termos técnicos quando os seus conselhos foram desafiados pela mulher. A mulher foi então coagida a concordar com o profissional porque de repente sentiu incerteza e falta de conhecimento. A mulher grávida foi desempoderada pelo profissional, que disse que ela não estava consciente da sua alteração para uma linguagem mais técnica.

O ciclo do programa

Os programas de promoção da saúde podem envolver uma variedade de diferentes etapas ou fases, muitas vezes dependentes da necessidade de agências financiadoras. Contudo, o ciclo de um programa tipicamente envolve quatro etapas-chave (ver figura 4.1.).



Figura 4.1. O ciclo do programa

1. Planejamento do programa, incluindo a avaliação de necessidades e o estabelecimento de objetivos (capítulo 5);
2. Seleção de estratégias, incluindo a identificação dos parceiros do programa (capítulo 6);
3. Implementação das estratégias, com indivíduos e grupos (capítulo 7) e comunidades (capítulo 8); e
4. Avaliação (capítulo 10).

As diferentes etapas têm de ser apropriadamente geridas, com relatórios de atividades regulares, incluindo a análise do que está a resultar bem e do que não está a resultar bem. Os relatórios regulares são um procedimento padrão, mas variam de acordo com o período de tempo que cobre o programa, incluindo *feedbacks* mensais, trimestrais, semestrais, anuais, a meio do programa e no final do programa. Pode parecer uma tarefa burocrática, mas os relatórios regulares têm uma função importante, incluindo a prestação de contas com os financiadores, mantendo a confiança e o apoio dos parceiros, e permitindo mudanças

que possam ser feitas ao programa para o tornar mais efetivo e eficiente. Cada programa terá o seu próprio procedimento e estilo de relatórios, e apesar de a informação poder ter origem em diferentes fontes, tais como vários profissionais técnicos, é habitualmente da responsabilidade do gestor colher, analisar e escrever o relatório final.

Considerações orçamentais

O orçamento do programa providencia uma estimativa de quanto dinheiro está planeado ser gasto para atingir as metas e os objetivos. O orçamento é habitualmente descrito em *itens* usando «rubricas orçamentais» relacionadas com os custos específicos do programa, tais como a administração, treino e formação, serviços técnicos, materiais, equipamento e transportes. As despesas planeadas são providenciadas ao longo de períodos específicos de tempo, tais como custos mensais, trimestrais, semestrais ou anuais, e cobrem a duração total do programa.

Na prática, há frequentemente pouca flexibilidade orçamental, e uma vez aprovado o orçamento, é pouco provável ser modificado ou aumentado para corresponder às mudanças de expectativas.

Uma vez acordado o orçamento durante a etapa da conceção do programa, é frequentemente difícil mudar, e quaisquer atividades novas que não estejam cobertas pelo orçamento previsto podem ser rejeitadas. Para ultrapassar isto, alguns programas têm um desenho orçamental mais flexível: por exemplo, têm uma percentagem de fundos sobre uma rubrica «aberta» para permitir a implementação de outras atividades. Isto é muitas vezes chamado «fundo secreto». Alternativamente, a gestão do programa pode ter permissão para usar uma proporção do orçamento (num montante acordado) para circunstâncias imprevisíveis ou atividades que surjam à medida que o programa se desenvolve.

Os gestores como facilitadores

As qualidades de uma relação facilitadora na gestão de um programa incluem um diálogo não coercivo na identificação das necessidades e o uso do estatuto profissional para dar credibilidade e fortalecer o papel dos parceiros locais.

O leque de competências que o gestor de programas tem de ter incluem o trabalho em equipa, o uso democrático do processo de tomada de decisão e a gestão de conflitos. Os gestores de programas muitas vezes têm um importante papel de providenciar apoio infraestrutural, desenvolvimento de competências, aumento do nível de consciencialização crítica dos outros parceiros e a provisão de finanças. O seu papel é essencialmente o de permitir aos parceiros do programa ganhar sentido de pertença e controlo, descobrindo as suas próprias capacidades. A gestão dos programas e as competências de liderança estão assim intimamente ligada; contudo, os bons líderes não têm necessariamente boas competências organizacionais e podem ter uma baixa experiência em gestão.

Competências de liderança na gestão de programas

As qualidades de uma boa liderança na gestão de um programa incluem ser carismático, visionário, apaixonante e reflexivo. As tipologias de competência, as formas como um bom líder aplica as suas competências na prática, têm ênfase na motivação, inspiração, colaboração, comunicação e empoderamento. Os bons líderes são conscientes dos esforços dos outros, usam uma prática reflexiva para serem criativos e são capazes de se adaptar aos desafios (Frusciante, 2007). Uma boa liderança envolve tanto qualidades pessoais como organizacionais e características como o estilo de tomada de decisão, a rede de contactos e a eficácia política. Líderes efetivos também são bons gestores de tempo e mantêm um envolvimento permanente com todos os membros do programa.

A liderança pode ser descrita como um processo de influência social no qual uma pessoa pode obter a ajuda e o apoio de outras na realização de uma tarefa compartilhada. Um líder é frequentemente visto como alguém que as pessoas seguem, que guia ou dirige os outros (Chemers, 1997).

Devem existir mecanismos para assegurar a continuidade da visão mesmo depois de um líder sair, para evitar perder o ímpeto do programa. Uma solução é selecionar um conjunto de diferentes tipos de líder, ou então fazer um compromisso consciente de partilha de poder: por exemplo, tomada de decisão consensual, e encorajar todos a participar numa variedade de papéis no programa. A liderança ainda existe em tais grupos, mas é uma liderança baseada nos contributos e respeito, e não em papéis formais (Martin, 2007). Contudo, um

balanço apropriado entre a liderança e a tomada de decisão leiga é essencial, porque podem ocorrer conflitos quando há uma falta de clareza relacionada com quem tem autoridade (Anderson et al., 2006).

Simplificando, um líder eficaz também deve ser um bom gestor e organizador, e é a pessoa que decide o que precisa de ser feito e, em seguida, leva as pessoas a fazê-lo.

Na ausência de uma boa liderança, um grupo diretor, uma *task force* ou um comitê podem ser uma forma útil de manter a direção estratégica do programa. Isto fornece *feedback* regular e é uma oportunidade para refletir e agir sobre as lições aprendidas e dar seguimento às recomendações (Smithies e Webster, 1998).

Competências profissionais

É expectável que os profissionais de promoção da saúde detenham um conhecimento especializado, competências técnicas, responsabilidade social e prática.

O seu nível de profissionalismo é obtido através da educação, treino, códigos de prática profissional e competências essenciais. As competências essenciais providenciam um conjunto de padrões a partir dos quais a força de trabalho pode determinar o que é a prática «profissional», e podem ser usados parâmetros para o desenvolvimento de colaboradores, recrutamento e desempenho (Laverack, 2007). Contudo, para alguns profissionais, a atividade de promoção da saúde é apenas uma parte do seu trabalho diário: por exemplo, um enfermeiro que desenvolve um misto de prática clínica e educação para a saúde. Diferentes grupos profissionais desenvolveram, portanto, os seus próprios conjuntos de competências para providenciar um nível mínimo de entrada na profissão no que respeita aos padrões profissionais. Para os profissionais que não estão apenas envolvidos na promoção da saúde, é da sua responsabilidade profissional selecionar quais as competências especializadas que sentem serem mais relevantes para o seu trabalho.

As competências são a combinação do conhecimento, habilidades e valores que permitem a uma pessoa desenvolver um conjunto de tarefas num padrão apropriado (Dempsey et al., 2011).

Uma reunião internacional para identificar as competências essenciais, os valores essenciais e os princípios para a promoção da saúde identificou oito domínios que são necessários para o envolvimento na prática eficaz:

1. Catalisação de mudança;
2. Liderança;
3. Avaliação;
4. Planeamento;
5. Implementação;
6. Avaliação;
7. Advocacia; e
8. Parcerias (Barry et al., 2009).

Um outro conjunto de seis competências principais é apresentado na tabela 4.1. e, apesar de não ser exaustivo, dá exemplos do que é requerido para permitir aos profissionais de promoção da saúde crescer e desenvolver os seus padrões profissionais (Laverack, 2007).

Gestão de conflitos

A gestão de conflitos está relacionada com o facilitar a resolução pacífica de um conflito, com a comunicação ativa de informações sobre diferentes motivos e ideologias e envolvimento na negociação coletiva (Forsyth, 2009).

O conflito pode ser um ingrediente negativo num programa de promoção da saúde, ao tirar a atenção dos assuntos importantes, dividindo grupos e minando posições individuais. Contudo, se gerido corretamente, pode ser também um ingrediente positivo. Lidar com o conflito de uma forma positiva pode resolver disputas, ajudar a libertar emoções e ansiedade, e ajudar as pessoas a abordar assuntos sensíveis, promovendo ao mesmo tempo a cooperação. O início dos conflitos é frequentemente causado por uma comunicação pobre entre os parceiros, uma fraca liderança, lutas internas para ganhar acesso a recursos limitados e a incerteza dos papéis e responsabilidades (Laverack, 2009). O gestor do programa pode ter um papel importante na resolução do conflito, simplesmente avaliando a situação, sendo um bom ouvinte e convidando os parceiros a participar na clarificação das áreas de conflito.

Tabela 4.1. Competências centrais para os promotores de saúde

Competência principal	Descrição
Conceção do programa, gestão, implementação e avaliação	A habilidade para planear uma promoção da saúde efetiva, incluindo a gestão de recursos e de pessoas. Envolve uma compreensão dos ciclos do programa, orçamentos, e o planeamento e avaliação de abordagens avaliativas <i>bottom-up</i> em programas <i>top-down</i> .
O planeamento e o providenciar de estratégias de comunicação efetivas	As estratégias de comunicação são parte integral de muitos programas de promoção da saúde, para aumentar os níveis de conhecimento e a consciencialização. Um alto nível de competência é necessário para o desenvolvimento de programas que têm como alvo indivíduos, grupos e comunidades, incluindo a comunicação cara a cara, o desenho de materiais impressos e a utilização dos <i>mass media</i> .
Competências de facilitação	Boas competências de facilitação – por exemplo, para formar ou treinar, conduzir reuniões ou grupos de trabalho – são essenciais para os promotores da saúde e são uma parte importante da conceção do programa.
Competências de investigação	A conceção e a avaliação de um programa de promoção da saúde são baseadas em investigação, incluindo o uso de técnicas participativas, métodos quantitativos e qualitativos, e revisões sistemáticas.
Competência de empoderamento comunitário	O empoderamento comunitário é central para a promoção da saúde. Este é o processo de construção de capacidades, e os promotores da saúde têm de ser competentes num conjunto de estratégias que podem usar para ajudar indivíduos, grupos e comunidades a ganhar mais poder.
Habilidade para influenciar as políticas e as práticas	Os promotores da saúde têm a oportunidade de influenciar as políticas e as práticas no seu trabalho diário: por exemplo, através de grupos de consultoria técnica e através da ajuda às comunidades para se mobilizarem e organizarem por si mesmas, através do ganho de poder.

O projeto Aik Saath

O projeto Aik Saath foi iniciado para responder às tensões e rupturas no conflito entre os jovens síques e muçulmanos em Slough, no Reino Unido.

O papel dos facilitadores recrutados e treinados para a resolução dos conflitos foi central na redução de tensões, tal como o número de lutas nos recreios entre síques e muçulmanos, e na construção de uma relação construtiva com os gangues de rua. O projeto usou também grupos locais de resolução de conflitos, e trabalharam em escolas para identificar e abordar os assuntos-chave causadores das tensões. Os grupos de resolução de conflitos eram constituídos por estudantes de cada ano e proporcionaram um importante ponto de entrada na escola e nas problemáticas que os jovens enfrentavam, relacionadas com os conflitos interétnicos. Os grupos providenciaram uma ponte entre os profissionais e os jovens, e por isso era importante gerir cuidadosamente o seu desenvolvimento. O projeto permitiu saber que, para desenvolver um grupo de gestão de conflitos, foi necessário selecionar cuidadosamente os jovens-alvo, trabalhar com organizações baseadas na comunidade em contacto com os jovens e investir nestes jovens para estes agirem como facilitadores. Essas pessoas receberam recursos de divulgação e foram ajudadas a envolverem-se com as principais agências do sector público para atingir os seus objetivos (renewal.net, 2008).

A resolução de conflitos não precisa de ser uma área especializada de trabalho, especialmente quando a questão das divergências não é complicada e pode ser resolvida por meio de um esclarecimento e discussão das principais preocupações. A resolução de conflitos pode ser facilitada usando abordagens participatórias (ver abaixo) para, primeiramente, definir e mapear as principais questões dos diferentes parceiros envolvidos, e depois desenvolvendo estratégias para discutir e abordar cada preocupação.

Definindo as questões de conflito

Para realizar esta técnica de resolução de conflitos, o facilitador deve ter informações sobre as principais questões que serão feitas e algumas das soluções que podem ser discutidas. Isso ajudará a focar a discussão no prático e não no pessoal e em termos neutros com os quais todos os participantes possam concordar, como se apresenta a seguir:

1. Os participantes são convidados a construir uma lista de questões-chave sobre o conflito e as soluções potenciais para a questão.

2. Em seguida, os participantes e o facilitador identificam as fontes de informação sobre cada uma das questões-chave – por exemplo, *websites*, líderes locais, funcionários do governo – que são necessárias para passar para a fase de solução de problemas.
3. Os participantes são convidados a preparar um resumo do conflito, comparando cada questão com uma solução possível, que pode ser utilmente resumido numa tabela.
4. Após um período de discussão entre as diferentes partes, o resumo pode ser reescrito para destacar como as principais mudanças num conflito podem mudar com o tempo, conforme as circunstâncias mudam.

Este tipo de técnica de resolução de problemas é simplesmente um acordo para uma análise e discussão adicionais. Existem várias outras abordagens diferentes para a resolução de conflitos que são mais complexas: notavelmente, negociação, mediação, diplomacia e construção criativa da paz (Mitchell e Banks, 1998).

Usando uma abordagem ética na gestão de programas

A ética é o ramo da filosofia que lida com as distinções entre certo e errado e com as consequências morais para as ações humanas (PHAC, 2013).

O conceito de empoderamento é fundamental para uma abordagem ética da promoção da saúde. Per-Anders Tengland (2007), um proeminente filósofo da promoção da saúde, acredita que a lógica para usar uma abordagem de empoderamento é justificada porque é bem fundamentada, e ética e moralmente válida para fazê-lo. Tengland conclui de uma análise conceitual que o empoderamento tem aplicabilidade para criar liberdade e oportunidade de melhorar a saúde. No entanto, ele questiona se a maioria dos profissionais possui o conhecimento e as habilidades necessárias para realizar uma abordagem ética no seu trabalho. Os gestores, por exemplo, muitas vezes trabalham com pessoas de diferentes origens culturais e precisam de ter uma compreensão compartilhada das questões, se quiserem usar abordagens empoderadoras no seu trabalho diário. Isto incluiria uma melhor compreensão de si mesmos, das suas crenças e valores, e colocá-los numa estrutura das perceções sociais e culturais relevantes, para respeitar e focar nas condições centrais da vida das pessoas que apoiam a autonomia (Seedhouse, 1997).

Os gestores do programa têm a responsabilidade de usar uma abordagem ética no seu trabalho e promover a autonomia: fazendo o bem e não provocando danos nos outros.

Uma tensão ética fundamental na promoção da saúde é se as pessoas realmente desejam obter mais controlo sobre as suas vidas, saúde e os seus determinantes. Na prática, é o gestor, ou sua agência, que geralmente inicia o programa e promove o entusiasmo inicial para a sua condução. Isto é contraditório a uma abordagem empoderadora, em que a questão a ser abordada e os meios de se chegar a uma solução devem ser conduzidos pelos parceiros do programa, de acordo com as suas necessidades.

As principais questões éticas levantadas em relação à gestão do programa incluem forte paternalismo, coerção e manipulação e, em particular, o não respeito pela autonomia pessoal. Autonomia refere-se à capacidade de se auto-governar, de tomar as decisões que vão influenciar a vida e a saúde de alguém. Está ligada ao que é ser pessoa, poder escolher livremente e poder formular como quer viver a sua vida. Também está relacionado a ter liberdade e oportunidades nas nossas vidas para poder fazer as escolhas certas para nós mesmos (Laverack, 2013a: 58).

Outra questão ética na gestão do programa refere-se a «culpar» os outros, colocando ênfase na responsabilidade individual, quando é errado pensar que as pessoas são sempre capazes de escolher vidas mais saudáveis. As pessoas podem ser impotentes para controlar fatores que determinam o seu comportamento (Holland, 2007), como o desemprego. Porém, aqueles definidos como «vítimas» da culpa podem identificar-se com este termo e sentir que não têm o direito ou não possuem motivação para mudar as suas circunstâncias. Para aquelas pessoas que se recusam ou não podem assumir a responsabilidade de mudar as suas circunstâncias, o programa pode desempenhar um papel importante para motivar, organizar e mobilizar outras pessoas.

Sustentabilidade dos programas

Sustentabilidade é a medida em que um programa é capaz de ser continuado além do seu período de implementação (Macdowall et al., 2006).

Os programas sustentáveis visam construir políticas públicas saudáveis e ambientes de apoio à saúde por forma a melhorar as condições de vida, apoiar estilos de vida saudáveis e alcançar maior equidade na saúde. O envolvimento da comunidade no programa é um aspeto importante da sustentabilidade e inclui os parceiros na tomada de decisões e no sentido de apropriação do projeto. As evidências mostram que o envolvimento da comunidade tem sido capaz de levar a mudanças sustentadas ligadas a melhorias na saúde. Por exemplo, em Piha, Nova Zelândia, a ação local promoveu a proibição do consumo de álcool em público, resultando em menos ferimentos e incidentes de crime e uma melhor sensação de bem-estar (Conway, 2002). Noutro lugar, projetos de ação comunitária sobre a regulamentação do álcool resultaram em formação do pessoal dos bares, redução das horas de funcionamento das instalações licenciadas, aumento dos controlos de verificação de idade e fiscalização altamente visível do álcool em condutores, resultando em redução de lesões (Holder et al., 1997) e em redução de condução sob efeitos do álcool em pessoas com 18 a 19 anos (Wagenaar et al., 2000).

Fatores-chave para a sustentabilidade dos programas

A gestão do programa tem um papel importante para garantir que os fatores-chave para a sustentabilidade sejam sistematicamente implementados, incluindo o envolvimento com as comunidades para compartilhar as suas necessidades, capacitação, fornecimento de financiamento flexível e ser criativo para expandir as iniciativas de sucesso.

Envolver as comunidades para partilhar prioridades

Um passo importante em direção à sustentabilidade é acomodar as agendas locais dentro da conceção do programa, envolvendo as comunidades durante a fase de planeamento. O envolvimento com as pessoas é crucial, mas não é simples; por exemplo, uma pesquisa no Reino Unido mostrou que de 80 por cento das pessoas que afirmaram querer envolver-se numa atividade baseada na comunidade, apenas 25 por cento estavam realmente preparadas para desistir do seu tempo para fazê-lo (Confederation of British Industry, 2006). Os programas só podem ser sustentáveis se conseguirem manter um alto nível de participação e motivação entre os beneficiários. Envolver-se com as pessoas para atender às necessidades locais pode ser facilitado pelo uso de métodos inovadores (ver

capítulo 5) e é especialmente importante ao trabalhar com grupos marginalizados que podem ficar isolados das atividades do programa.

Construir a capacidade comunitária

A programação sustentável deve ter uma estratégia claramente definida de como construir a capacidade da comunidade por meio do fortalecimento sistemático de conhecimentos, habilidades e competências. Sem esse foco, os parceiros podem-se tornar dependentes do programa para fornecer apoio e recursos, sem que eles próprios se responsabilizem por um maior controlo. O processo de capacitação pode começar em torno de iniciativas de pequena escala com o objetivo de expandir os resultados comunitários bem-sucedidos. Joan Wharf Higgins e colegas (2007), na Colômbia Britânica, Canadá, analisaram 11 iniciativas regionais financiadas de raiz (recebendo subsídios de curto prazo de até 4500 dólares canadenses) para prevenção de doenças crónicas. Descobriram que as iniciativas com maior capacitação tinham melhores hipóteses de sucesso, especialmente se os recursos pudessem ser encontrados num prazo mais longo. Concluiu-se que dez das 11 iniciativas continuaram além do período financiado, e que esse tipo de parceria entre comunidades e órgãos governamentais pode contribuir para o alcance da sustentabilidade.

Mecanismos para financiamento flexível

O programa deve ser flexível no tipo e na calendarização dos recursos que pode fornecer, em vez de ser associado a uma categoria orçamental específica. Essas atividades podem ser difíceis de justificar, mas, no entanto, elas constroem a dimensão social das comunidades por meio de um sentimento de pertença, conexão e relações pessoais. Os financiadores devem, portanto, ser capazes de pensar «fora da caixa» para fornecer apoio financeiro flexível, por exemplo, para combinar as contribuições de contrapartida, cobrir os custos recorrentes da comunidade e fornecer fundos de contingência suficientes para atividades não planeadas.

No entanto, os financiadores são frequentemente relutantes em assumir riscos com recursos para atividades que consideram imprevisíveis ou que não podem ser facilmente mensuráveis. Um exemplo que demonstra como reduzir os riscos de recursos é a comunidade estabelecer uma *joint venture*, por exemplo, entre governo, interesses privados e públicos, como o Projeto Parques Seguros,

em Christchurch, Nova Zelândia. O Projeto Parques Seguros foi iniciado pela Câmara Municipal na sequência de inúmeras denúncias de crimes em parques públicos. Essas áreas abertas forneciam serviços para as pessoas fazerem mais exercício, como caminhar e andar de bicicleta, e não estavam a ser usadas por causa do medo de ataques. O Projeto Parques Seguros investiu na contratação de mais guardas e guardas-florestais honorários para o patrulhamento das áreas, instalação de ciclovias e equipamentos lúdicos para as crianças para facilitar o acesso. O projeto incentivou a participação do público através da iniciativa «adote um parque» e recrutou voluntários para ajudar na recolha de fundos de patrocínio, para realizar trabalhos de preservação e proteção e para relatar quaisquer problemas que encontrassem nos parques. Os voluntários e o público participaram em reuniões regulares para identificar problemas, soluções e ações, e como resultado de todas essas atividades, o patrocínio dos parques aumentou (Gee, 2008).

Ser criativo para expandir iniciativas de sucesso

Os programas sustentáveis precisam de ser mais criativos para aumentar ou expandir as iniciativas bem-sucedidas que atendem às preocupações locais. A expansão entre as populações foi alcançada, por exemplo, no Bangladesh por meio de parcerias como o Bangladesh Rural Advancement Committee e o Grameen Bank (Papa et al., 2006). A ampliação continua a ser um problema importante, mas não resolvido para muitos programas. Não existe um acordo real quanto ao montante de aumento que um programa deve obter para atingir uma «expansão». No entanto, isso é geralmente considerado como a cobertura de benefícios para o maior número possível de pessoas dentro de uma área específica, mais rapidamente, de forma mais equitativa e duradoura. O problema começa quando os programas-piloto não são planejados para serem ampliados: por exemplo, adicionando uma iniciativa criativa a um programa maior existente, mesmo quando bem-sucedido.

Expandir as iniciativas de sucesso é importante para obter maiores benefícios, mas deve ser sensível a como continuar a atender às necessidades locais num nível mais amplo.

Seja trabalhando com grupos existentes ou novos, em parceria ou diretamente envolvendo a comunidade, os papéis e a responsabilidades de quem facilita o

processo de «expansão» devem ser claramente definidos. Programas de pequeno porte costumam ser bem-sucedidos porque são estruturados por forma a acomodar necessidades locais complexas. «Expandir» pode resultar na interrupção dessas dinâmicas e em papéis ao nível local não serem reconhecidos de maneira significativa. O impacto, intencional ou não, pode afetar o processo de «expansão», por exemplo, por via da falta de participação ou de menores contribuições da comunidade (Earle et al., 2004).

Pontos-chave do capítulo

- É mais poderoso usar uma linguagem que seja entendida por todos.
- É mais empoderador usar uma «prática reflexiva» na qual os gestores são críticos sobre a maneira como usam a sua influência sobre os outros.
- Um líder eficaz também deve ser um bom gestor e organizador, e é a pessoa que decide o que precisa de ser feito e, em seguida, leva as pessoas a fazê-lo.
- Os gestores de programas têm a responsabilidade de usar uma abordagem ética no seu trabalho e de promover a autonomia: fazer o bem e não prejudicar os outros.
- Os financiadores devem ser capazes de pensar fora da caixa para fornecer apoi financeiro flexível.
- Manter iniciativas de sucesso é importante para obter maiores benefícios, mas deve ser sensível a como continuar a atender às necessidades locais a um nível mais amplo.

5. Planejamento da promoção da saúde

O planejamento do programa pode ser mais eficaz usando abordagens estratégicas e participativas que permitem o envolvimento dos diferentes parceiros. Em vez de ser limitado no tempo ou pontual, o programa torna-se um meio pelo qual as capacidades de longo prazo podem ser construídas. Os diversos recursos financeiros, materiais e humanos disponíveis são utilizados para fortalecer os conhecimentos, habilidades e competências de todos os parceiros do programa.

Considerações para a concepção de um programa

Durante o processo de planejamento, é importante considerar o período de tempo e o tamanho do programa, pois esses parâmetros muitas vezes podem determinar se ele será bem-sucedido ou não. É importante, por exemplo, que os profissionais apreciem o desenvolvimento gradual e, às vezes, o processo de longo prazo de um programa, especialmente aquele que aborda processos sociais complexos. Se o período de tempo usado for muito curto, esses processos de longo prazo correm o risco de serem ineficazes. Da mesma forma, se o programa for muito longo, o projeto pode não ser capaz de fornecer cobertura suficiente ou envolver adequadamente os principais interessados ao nível local.

Prazo do programa

Os programas de promoção da saúde normalmente têm um período fixo de 1-3 anos, e isso é considerado suficiente para permitir que as suas atividades, muitas vezes educacionais e motivacionais, sejam implementadas. Não existe um cronograma definitivo para facilitar que os parceiros do programa se tornem mais empoderados, mas é necessário um prazo mais longo para abordar a construção de capacidade mais ampla e objetivos sociais complexos, normalmente 5-7 anos. No entanto, uma extensão do cronograma do programa para atingir essas metas pode ser vista pelas agências de financiamento como um fracasso: já que o programa não atingiu os seus objetivos. Para superar isso, a concepção do programa deve ter um prazo flexível ou estendido para algumas ou todas as suas atividades.

Alguns resultados do programa podem ser alcançados num período de tempo relativamente curto; no entanto, como isso nem sempre pode ser garantido, uma avaliação do processo (bem como do resultado) fornecerá evidências de sucessos contínuos. Um cronograma de programa muito curto corre o risco real de iniciar mudanças saudáveis, apenas para terminar antes que tais mudanças tenham alcançado algum grau de sustentabilidade. O resultado pode ser um aumento na percepção de impotência pelos parceiros do programa: por exemplo, uma falha em atender às necessidades locais e uma percepção resultante do desperdício de recursos limitados (Korsching e Borich, 1997).

Um programa deve começar com objetivos realistas que sejam alcançáveis num período de tempo relativamente curto. O objetivo é produzir sucessos visíveis, sustentar o interesse e promover a participação em outras iniciativas mais complexas.

Tamanho do programa

Os programas de promoção da saúde devem ser planejados para, inicialmente, examinar criticamente as questões locais que podem ser mais bem alcançadas por meio de iniciativas de pequena escala. Mais tarde, precisarão desenvolver-se e crescer se quiserem efetuar mudanças no ambiente externo. O tamanho de um programa deve permitir que os seus aspetos sejam administrados pelos beneficiários, muitos dos quais podem ter pouca experiência e, inicialmente, poucas habilidades. Isto pode ser melhor alcançado concentrando-se num número relativamente pequeno de pessoas em pequenos programas, evitando assim alguns dos problemas associados a intervenções em grande escala (Laverack, 2004).

Avaliação das necessidades

A avaliação das necessidades é usada para identificar as necessidades reportadas por um indivíduo, grupo ou comunidade, e os recursos e resultados que são requeridos (Gilmore, 2011).

Uma avaliação das necessidades deve ser o ponto de partida do programa de promoção da saúde e incluir uma identificação dos ativos das pessoas e o desenvolvimento das atividades do programa com base nas suas capacidades, conhecimentos e habilidades. O mapeamento de ativos da comunidade, por exemplo, é um inventário dos pontos fortes das pessoas e das suas interações e redes sociais e de como podem ser acedidas. Isto é importante porque as oportunidades de promoção da saúde dependem, em grande medida, de ativos sociais, financeiros, físicos e ambientais ao nível local (Jirojwong e Liamputong, 2009).

Tanto o programa quanto os seus parceiros têm necessidades que podem desejar atender. As dos programas são normalmente baseadas em estudos epidemiológicos e revisões sistemáticas. Em contraste, as necessidades dos parceiros baseiam-se tipicamente na abordagem de preocupações e problemas locais. Às vezes, esses dois conjuntos de necessidades são semelhantes e podem ser conciliados na conceção do programa. Na maioria das vezes, as necessidades são diferentes e um compromisso deve ser encontrado por meio do projeto e da implementação do programa.

Uma avaliação de necessidades que inclua todos os parceiros é um ponto de começo lógico na conceção de um programa e pode construir relações de trabalho de longo prazo.

Uma abordagem de avaliação de necessidades envolve métodos quantitativos e qualitativos para determinar as prioridades, o que deve ser feito, o que pode ser feito e o que pode ser pago. No entanto, uma abordagem muito rígida corre o risco de se tornar muito controladora, enquanto uma abordagem muito flexível corre o risco de atrasar ou não ter uma direção com a qual seguir em frente (Wright, 2001).

Na prática, quem participará na avaliação das necessidades é essencialmente decidido através da representação de alguns parceiros em nome da maioria: por exemplo, os representantes eleitos de uma comunidade. Isso ocorre porque geralmente não é possível que todos participem da avaliação de necessidades, mesmo usando métodos participativos. A diversidade de algumas comunidades pode criar problemas no que diz respeito à seleção de representantes. A participação pode-se tornar vazia e frustrante para aqueles cujo envolvimento é passivo. A participação pode, às vezes, permitir que as autoridades – por exemplo,

a gestão do programa – reivindicuem que todos os lados foram considerados, embora apenas alguns beneficiem.

Quatro categorias de necessidades

Geralmente, o processo de avaliação de necessidades cobre quatro categorias principais:

1. A necessidade normativa é geralmente definida por especialistas em relação a um padrão ou norma: por exemplo, benefícios sociais.
2. A necessidade comparativa é por comparação com outras que não precisam; por exemplo, na seleção dos mais carenciados da sociedade.
3. A necessidade sentida é aquela percebida por pessoas que sentem que têm uma necessidade.
4. A necessidade expressa é inferida das exigências das pessoas: por exemplo, por melhores serviços de saúde (Bradshaw, 1972).

Mapeamento

O mapeamento é uma etapa importante na avaliação das necessidades e inclui o envolvimento com o público: a identificação, classificação e priorização de suas preocupações e ativos.

Envolvendo públicos extensos

Existem várias técnicas de mapeamento baseadas nos princípios de avaliação de necessidades colaborativas que podem ser usadas para envolver um grande público. Isso inclui o planeamento com todo o sistema, conferências de procura, cimeiras de valores e eventos de Espaço Aberto e de Grande Conversação. Embora essas abordagens possam ser muito extensas, demoradas e caras para muitos profissionais, vale a pena olhar para dois exemplos para ilustrar como elas funcionam na prática: o «planeamento com todo o sistema» e a «cimeira de valores».

Planeamento com todo o sistema

O planeamento com todo o sistema é uma abordagem para reunir muitos sub-grupos e interesses diversos para colher informações, entender uns aos outros e construir um plano para realinhar os planos atuais e futuros. O evento é realizado num grande espaço onde as pessoas podem-se reunir, como um centro

comunitário ou local de eventos. A abordagem de planeamento com todo o sistema normalmente segue um processo:

1. A primeira parte ou dia concentra-se no passado. A atenção ao passado também pode ser usada para entender as causas da necessidade e se estas ainda são um problema.
2. A próxima parte é focada nos desafios atuais, pontos fortes e fracos.
3. Finalmente, a terceira parte enfoca o futuro, geralmente começando com um exercício de visionamento para determinar um estado futuro desejado. Essa visão é então compartilhada, desenvolvida e atribuída de um significado local para todos os envolvidos (Changing minds, 2013).

Cimeiras de valores

Uma cimeira de valores reúne uma gama diversificada de pessoas e as suas perspetivas para criar uma melhor compreensão de como as diferenças das pessoas, *status* social e expectativas culturais podem afetar as suas experiências de saúde e cuidados de saúde. É criado um espaço para os doentes, o público e os cidadãos se conectarem com líderes e profissionais de saúde, e oferecem uma nova maneira de falar, ouvir e compreender questões-chave. As cimeiras de valores normalmente assumem duas formas: consultas abertas e fechadas. Consultas abertas usam reuniões informais em, por exemplo, salas de espera de clínicas, supermercados e praças para perguntar às pessoas sobre os seus pontos de vista sobre um determinado problema de saúde. Esses eventos costumam ser uma abordagem em parceria com o provedor de serviços comunitários, o sector voluntário e os conselhos locais, todos participando da organização. As consultas fechadas usam inquéritos *online* anónimos, questionários e entrevistas indicativas para obter a opinião das pessoas sobre um determinado problema de saúde (National Health Service, 2013).

Envolvendo públicos mais pequenos

Existem várias estratégias de mapeamento que podem ser usadas em programas de promoção da saúde com grupos menores e mais gerenciáveis, e incluem mapeamento de ativos, júris de cidadãos e PhotoVoice. O papel do profissional é encorajar os outros a pensar criticamente sobre os seus próprios ativos, o seu acesso a recursos externos e a sua capacidade de tomar decisões (Rifkin e Pridmore, 2001).

Uma vez identificadas as necessidades, é papel do profissional ajudar os outros a classificá-las e avançar em direção à tomada de decisão e ação. Quando os profissionais estão a trabalhar com parceiros locais que não são alfabetizados, imagens ou desenhos podem ser usados em vez de palavras para desenvolver uma lista de classificação. A lista pode então ser pontuada, colocando a pontuação mais alta no topo e a pontuação mais baixa em baixo, para ajudar na priorização.

Mapeamento de ativos

O mapeamento de ativos é um dos métodos comumente usados no desenvolvimento comunitário baseado em ativos (ver capítulo 3) para mobilizar as pessoas em torno de uma visão comum (Kretzmann e McKnight, 1996). O seu objetivo é gerar um inventário dos recursos e capacidades disponíveis nos níveis individual, grupal e institucional dentro de uma determinada comunidade (Foot e Hopkins, 2010).

Seis ativos-chave da comunidade

O mapeamento de ativos usa seis categorias (Foot e Hopkins, 2010), com base no pressuposto de que cada comunidade tem um conjunto único de habilidades e capacidades:

1. Os residentes individuais da comunidade possuem recursos, habilidades e ativos que devem ser reconhecidos e identificados.
2. Associações e pequenos grupos informais de pessoas, como clubes e associações, são essenciais para a mobilização da comunidade e uma oportunidade para as pessoas se reunirem em torno de um interesse comum baseado na escolha individual.
3. As instituições incluem grupos pagos de profissionais que são organizados estruturalmente, como agências governamentais, empresas privadas e escolas. Estes podem ser recursos valiosos e podem ajudar a comunidade a captar recursos e estabelecer um sentido de responsabilidade cívica.
4. Os ativos físicos incluem terrenos, edifícios, espaço e fundos que podem ser usados pela comunidade.
5. Os ativos económicos de uma área incluem negócios locais.
6. Os ativos culturais de uma área incluem arte, cultura e expressões de criatividade.

Mapeamento dos ativos da comunidade

O mapeamento de ativos da comunidade tem recebido atenção considerável, por exemplo, no Reino Unido, como uma forma de promover a «agenda da grande sociedade». Trata-se de tirar o poder do governo central e dá-lo às comunidades locais e indivíduos por meio do empoderamento das pessoas, mudando e abrindo os serviços públicos e promovendo a ação social (South et al., 2013).

A orientação (NHS North West, 2011) sobre como realizar com sucesso uma abordagem de mapeamento de ativos da comunidade inclui:

- A comunidade deve identificar os ativos que ela valoriza, pois é provável que tenham o maior impacto. As capacidades individuais e comunitárias podem ser consideradas como ativos apenas na medida em que são valiosas para a comunidade.
- É importante considerar quais são as razões para fazê-lo e o que se espera que seja alcançado com isso. Essas considerações provavelmente determinarão a área geográfica a ser avaliada, o tamanho da amostra a ser entrevistada e as perguntas a serem feitas no exercício de mapeamento.
- É importante considerar, logo no início do processo, como os ativos pesquisados serão armazenados, por exemplo, usando um banco de dados, pois isso determinará como eles podem ser atualizados no futuro.
- É importante garantir que o mapeamento final seja continuamente monitorizado para verificar se está atualizado e ainda é útil.
- O mapeamento de ativos pode ser uma atividade demorada que requer um bom planejamento e recursos, quando realizada de forma eficiente num período de tempo limitado. A experiência mostra que é importante envolver uma variedade de voluntários que possam estabelecer contacto com diferentes segmentos das comunidades locais. Os questionários podem ser uma forma eficiente de colher sistematicamente informações sobre os ativos pessoais das pessoas; entretanto, as perguntas devem ser capazes de atingir o nível correto de detalhes, caso contrário, as respostas terão usabilidade limitada. Da mesma forma, eventos locais podem ser uma forma bem-sucedida de realizar o mapeamento de ativos e oferecer um contexto no qual identificar objetivos específicos e individualmente valorizados (Giuntoli et al., 2012).

O projeto Altogether Better

O projeto Altogether Better é uma rede colaborativa que visa capacitar as comunidades para a melhoria da sua saúde e bem-estar. Em 2011, o projeto assumiu a liderança na realização de um projeto de mapeamento de ativos da comunidade. O objetivo geral do mapeamento de ativos «Eu sou a minha comunidade» era desenvolver a capacidade das comunidades e estender as habilidades e conhecimentos dos voluntários locais. O projeto foi realizado em duas comunidades desfavorecidas em Sheffield, Firth Park e Sharrow, no Reino Unido. Emergiram quatro lições práticas principais:

1. a importância de assegurar recursos financeiros adequados para custear o pessoal envolvido no mapeamento de ativos, que se revelou muito demorado;
2. a necessidade de envolver um grupo maior de voluntários para expandir as hipóteses de sucesso do projeto;
3. a necessidade de definir metas claras e específicas para o mapeamento de ativos, a fim de facilitar o recrutamento de voluntários para a sua execução; e
4. a necessidade de colher dados sobre os ativos pessoais das pessoas de forma sistemática para que sejam utilizáveis (Giuntoli et al., 2012).

Júris de cidadãos fundamentados

O júri de cidadãos fundamentados é uma abordagem para o envolvimento local na avaliação e tomada de decisões em saúde. Por exemplo, as preocupações identificadas por pessoas em South West Burnley, Reino Unido, usando esta abordagem incluíram:

- baixos salários;
- moradias precárias e um número crescente de propriedades vazias e abandonadas;
- aumento do abuso de álcool por crianças;
- altos níveis de criminalidade, especialmente roubos relacionados com drogas;
- acesso precário aos serviços sociais e de saúde;
- gravidez na adolescência; e
- um alto volume de tráfego e acidentes em alta velocidade (Kashefi e Mort, 2004).

O processo começa quando um comité gestor seleciona 12-16 cidadãos para formar o júri. Esses membros do júri são selecionados porque podem dar uma

opinião sobre as necessidades de saúde de sua comunidade e não porque representam uma secção ou organização específicas. Os membros do júri podem ser mães solteiras, idosos, desempregados ou pessoas de uma família numerosa, por exemplo. O júri reúne-se por um período de 4-5 dias com o objetivo de chegar a um «veredicto» sobre um problema particular de longa data relativo às circunstâncias locais e à prestação de serviços relacionados com as necessidades de saúde dos seus cidadãos. O júri faz uma pergunta geral, como «o que melhoraria a saúde e o bem-estar dos residentes na sua comunidade?» Os membros do júri passam por um período de treino de preparação para a reunião e têm tempo para fazer perguntas sobre as suas funções e responsabilidades. O júri ouve depoimentos de trabalhadores locais da saúde e de assistentes sociais, e aos membros são apresentados os resultados dos dados colhidos sobre as opiniões da comunidade, como grupos focais com crianças em idade escolar. Eles podem-se reunir com grupos da comunidade local antes de mais deliberações e da preparação de um relatório. O comité gestor compromete-se a responder e a tomar medidas em relação a algumas das recomendações feitas pelo júri. Os membros do júri não são profissionais ou investigadores e as suas deliberações podem resultar em muitas recomendações que abrangem preocupações locais pertinentes. A priorização é, portanto, um passo importante para focar o júri em algumas necessidades-chave e nas soluções que eles podem recomendar, como a melhoria do transporte público para os idosos. O seguimento das recomendações do júri e a inclusão dos membros do júri neste processo de desenvolvimento posterior são pontos-chave para o sucesso da abordagem.

PhotoVoice

A PhotoVoice permite que as pessoas identifiquem, representem e melhorem a sua comunidade por meio de uma técnica fotográfica específica. Confiar câmaras às pessoas para que possam atuar como gravadores e potenciais catalisadores para a ação e mudança social nas suas próprias comunidades (PhotoVoice, 2013).

A Photovoice pode ser usada para alcançar, informar e organizar os membros da comunidade, permitindo-lhes priorizar as suas preocupações e discutir problemas e soluções. A PhotoVoice usa o imediatismo da imagem visual e das histórias que a acompanham para fornecer evidências e promover um meio participativo e eficaz de compartilhar experiências e conhecimento local para

resolver problemas. Permite que as pessoas definam por si mesmas o que vale a pena lembrar e o que precisa de ser mudado.

A PhotoVoice tem dois objetivos principais:

- permitir que as pessoas registem e reflitam os pontos fortes e as preocupações da sua comunidade; e
- promover o diálogo crítico e o conhecimento sobre questões pessoais e comunitárias por meio de discussões em grupo de fotografias (PhotoVoice, 2013).

As pessoas que usam a PhotoVoice envolvem-se num processo de três etapas que fornece a base para a análise das fotos que tiraram:

Etapa 1. Seleção: Escolher as fotografias que refletem com mais precisão as preocupações e ativos da comunidade. Para que as pessoas possam conduzir a discussão, são elas que escolhem as fotografias.

Etapa 2. Contextualizar ou *storytelling*: A abordagem participativa também gera a segunda etapa, contextualizar ou *storytelling*. Isto ocorre no processo de discussão em grupo, dando voz à experiência individual e coletiva. As pessoas têm de descrever o significado das suas imagens em discussões em grupo, e é isso que fornece significado e contexto.

Etapa 3. Codificação: A abordagem participativa dá múltiplos significados a uma única imagem e, assim, enquadra a terceira etapa, a codificação. Nesta etapa, os participantes podem identificar três tipos de dimensões que surgem do processo de diálogo: questões, temas ou teorias. O indivíduo ou grupo pode codificar questões quando as preocupações que mais se destinam à ação são pragmáticas, imediatas e tangíveis.

A PhotoVoice pode ajudar a envolver os membros da comunidade na avaliação das necessidades, mapeamento de ativos e planeamento do programa.

Ter uma influência nas causas mais amplas da pobreza – por exemplo, o desemprego – não foi alcançado usando a PhotoVoice, porque isso requer mais ações além do mapeamento de ativos, incluindo o envolvimento de um compromisso político.

Top-down e bottom-up

A forma como as necessidades de saúde são definidas e tratadas é fundamental para uma abordagem empoderadora da promoção da saúde. Tradicionalmente,

o planejamento da promoção da saúde pode assumir duas formas distintas: *bottom-up* e *top-down*.

Uma abordagem *bottom-up* incentiva a comunidade a identificar as suas próprias necessidades e a comunicar essas «palavras de ordem» àqueles com autoridade de tomada de decisão. *Every Australian Counts*, por exemplo, usou uma abordagem de *bottom-up* na sua campanha por um esquema nacional de seguro de invalidez na Austrália. A campanha recrutou pessoas influentes ou «campeões» para apoiar a sua causa, como personalidades dos *media* (*Every Australian Counts*, 2012). Isso foi facilitado porque as pessoas estavam interessadas e apaixonadas pela questão da desigualdade e da deficiência.

O enquadramento da saúde como individualizado pode criar um obstáculo para as abordagens de *bottom-up*. A personalização da saúde proporciona um enfoque na «luta» ou «batalha» contra uma doença. A ênfase está na autculpa, responsabilidade pessoal e ação individual.

Os indivíduos podem estar comprometidos com a mudança, mas isso ocorre apenas num nível pessoal, e não implica a necessidade de uma ação mais ampla. Pessoas que estão apaixonadas, até mesmo zangadas, com as mudanças climáticas, por exemplo, são mobilizadas para protestar contra uma questão que nos afeta a todos. Mas a obesidade e as doenças cardíacas afetam-nos individualmente, e a resposta é lidar com essas questões num nível pessoal e não comunitário. A questão não é percebida como uma ameaça para todos nós, e isso torna a ação coletiva difícil. No entanto, houve exceções: por exemplo, a ação coletiva da comunidade gay na década de 1980 para enfrentar os efeitos do VIH/SIDA. Essa foi a determinação desta comunidade que a extensão da interação provavelmente não tinha sido observada antes em relação a uma questão de saúde, tanto pela profissão médica quanto por grupos da sociedade civil (Brashers et al., 2002). A disseminação do VIH foi percebida como uma ameaça de gays a outros gays, e isso motivou muitos deles a agirem coletivamente.

Em contraste, a abordagem *top-down* descreve programas em que a identificação das necessidades vem das autoridades de cima «para baixo», para a comunidade.

Os programas «*top-down*» incluiriam quase todas as intervenções de educação em saúde e redução de múltiplos fatores de risco, como o estilo de vida e abordagens comportamentais. O Multiple Risk Factors Intervention Trial (MRFIT), por exemplo, foi um programa de dez anos projetado para reduzir a mortalidade por doenças cardíacas no grupo de 10% de homens de risco.

O ensaio realizou uma grande investigação com 400 000 homens em 22 cidades nos EUA e selecionou aleatoriamente 6000 para o grupo de controlo. O teste foi o mais ambicioso, caro e intensivo já experimentado naquela época. O ensaio falhou, e, após seis anos, os homens do grupo de intervenção não atingiram um nível de mortalidade mais baixo por doença coronariana do que os homens do grupo de controlo (Syme, 1997).

Top-down e *bottom-up* são os tipos ideais de prática de promoção da saúde usados para demonstrar diferenças importantes em relação ao planeamento do programa que podem criar tensão. O profissional «empurra para baixo» uma agenda predefinida para a comunidade, que, por sua vez, tenta «empurrar para cima» uma agenda com base nas suas necessidades. Essa tensão pode ser resolvida por meio do rastreamento paralelo, discutido posteriormente neste capítulo.

As abordagens *bottom-up* envolvem conscientemente a comunidade no programa e nas decisões de planeamento. Na prática, isso significa que as funções e responsabilidades de todos os parceiros do programa são formalmente documentadas, e que a capacidade é sistematicamente construída como parte do projeto.

Um programa de promoção da saúde tem maiores hipóteses de sucesso se incluir as necessidades das pessoas para o qual foi concebido para beneficiar.

Definição de objetivos

Na programação de promoção da saúde convencional (*top-down*), os objetivos são tipicamente centrados na prevenção de doenças e gestão de estilos de vida relacionados com uma mudança em comportamentos de saúde específicos. Os objetivos são predeterminados durante a fase de conceção e baseiam-se em estudos epidemiológicos mais amplos: por exemplo, dados populacionais sobre as principais causas de morbimortalidade. As necessidades locais (*bottom-up*) são expressas de uma maneira diferente – por exemplo, preocupações com o uso de drogas por adolescentes – e podem mudar conforme o programa avança. Os parceiros locais podem posteriormente decidir estreitar o seu foco em direção a objetivos mais imediatos e resolúveis: por exemplo, estabelecer oportunidades de emprego para jovens numa determinada localidade. O desafio no

estabelecimento de objetivos é acomodar os objetivos tanto de cima para baixo como de baixo para cima no mesmo programa de promoção da saúde. O exemplo de como lidar com a obesidade na população polinésia na Nova Zelândia ajuda a ilustrar algumas das questões-chave na definição de objetivos.

Lidando com a obesidade na população polinésia

Em Auckland, Nova Zelândia, os polinésios com 45 anos ou mais têm taxas de doenças cardiovasculares consistentes e significativamente mais altas (cerca de duas vezes mais altas) do que na população total. Homens e mulheres polinésios também têm taxas de prevalência de diabetes mais altas e piores indicadores causais relacionados com a obesidade, exercício físicos, dieta e consumo de tabaco (Ministry of Health and Pacific Island Affairs, 2004). Um programa de promoção da saúde *top-down* para abordar a prevenção de doenças crônicas incluiria objetivos para:

- reduzir o índice de massa corporal por X% em X% da população antes do final do ano xxxx;
- levar os valores de pressão arterial para a faixa normal em X% da população antes do final do ano xxxx;
- levar os níveis de colesterol para a faixa normal em X% da população antes do final do ano xxxx.

Em contrapartida, as necessidades locais identificadas das comunidades locais da Polinésia em Auckland foram (Moana, 2005):

- Melhores instalações para a horticultura. Uma boa forma de exercício e uma atividade que as pessoas queriam fazer, principalmente os idosos.
- Grupos de caminhada para mulheres. Um meio também de construir redes sociais e grupos de apoio em torno de uma atividade física.
- Mais informações sobre diabetes. Em ambos os idiomas, inglês e polinésio, apresentado por meio de canais de comunicação apropriados.

A questão em jogo é como o caminho *top-down*, definido pela agência, e o caminho *bottom-up*, identificado como necessidades da comunidade, podem ser vinculados durante as etapas progressivas do ciclo do programa. Isso requer uma mudança fundamental na forma como pensamos sobre os programas de promoção da saúde. A «abordagem-paralela» ajuda a mover o nosso pensamento teoricamente para uma simples dicotomia *bottom-up/top-down* e proporciona uma maneira sistêmica de acomodar os dois conjuntos de necessidades.

Abordagem-paralela

A abordagem-paralela é um referencial de planeamento que usa uma abordagem multi-etapas para ver as tensões *top-down* e *bottom-up* na programação de promoção da saúde num caminho único e diferenciado (Laverack, 2007). As necessidades da comunidade são vistas como um «caminho paralelo» que corre ao lado do «caminho do programa» principal.

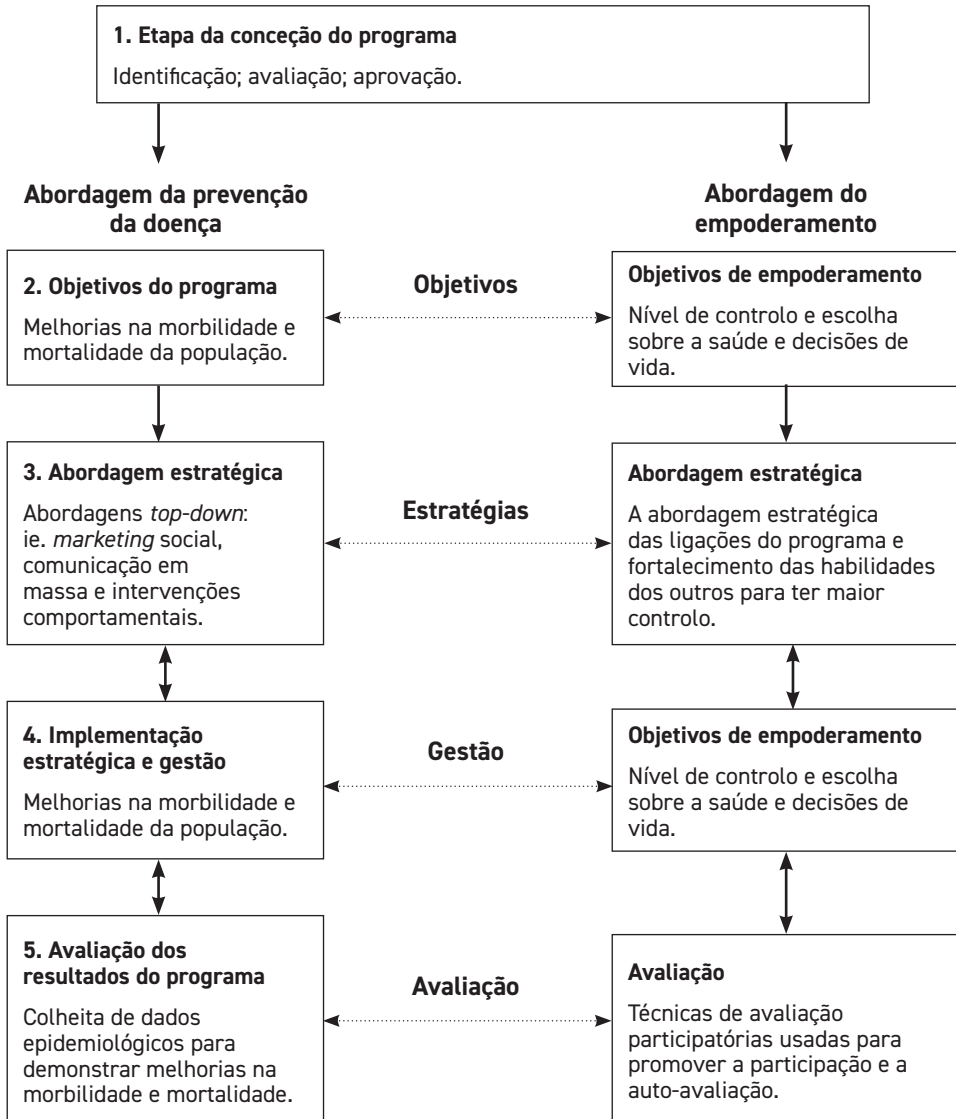


Figura 5.1. Abordagem-paralela para a prevenção da doença crónica (Laverack, 2007: 50)

As tensões entre os dois, em vez de serem vistas convencionalmente como uma situação *top-down versus* uma situação *bottom-up*, agora podem ocorrer em cada etapa do ciclo do programa, tornando a sua resolução muito mais fácil. A estrutura também pode ajudar a aumentar as habilidades da comunidade para abordar as atividades do programa em cada etapa do ciclo. A figura 5.1 mostra um exemplo de como a abordagem-paralela pode ser aplicada na prática em relação a um programa de promoção da saúde para doenças crónicas.

Pontos-chave do capítulo

- Um programa de promoção da saúde tem mais hipóteses de sucesso e sustentabilidade se o planeamento incluir as necessidades das pessoas para cujo benefício é concebido.
- A avaliação das necessidades que inclui todos os parceiros é um ponto de começo lógico no processo de planeamento e pode construir relações de trabalho duradouras.
- A PhotoVoice, o mapeamento dos ativos da comunidade e os júris de cidadãos fundamentados pode ajudar a envolver as pessoas na avaliação das necessidades locais.
- Os objetivos *top-down* e *bottom-up* podem ser acomodados dentro do mesmo programa através de uma abordagem-paralela.

6. Seleção de estratégias

A teoria da promoção da saúde inclui uma ampla gama de ideias e conceitos, muitos dos quais não foram totalmente implementados ou testados na prática. Um grande desafio na prática da promoção da saúde é como aplicar a teoria correta (a ciência) ao contexto de prática apropriado (a arte). Alcançar a «arte e a ciência» da promoção da saúde é possível por meio da seleção da melhor estratégia para um determinado contexto de programa.

A «arte e a ciência» da promoção da saúde

Aplicar a «arte e a ciência» da promoção da saúde não garante um resultado bem-sucedido, mas aumenta as hipóteses do programa ser eficaz e sustentável.

Os programas de promoção da saúde cobrem uma variedade de problemas, parceiros, cenários e contextos culturais, e, na prática, isso pode exigir o uso de mais de uma teoria. No dia a dia, nem todos os profissionais têm as competências para operar em vários níveis teóricos e muitas vezes são limitados por tempo, finanças e até mesmo o nível de controle que têm dentro de um programa (Nutbeam et al., 2010).

A montante e a jusante

Os termos a montante e a jusante referem-se ao nível de uma intervenção que tem um impacto positivo na saúde das pessoas. No nível individual (a jusante), a intervenção pode ser usada para direcionar as pessoas para uma condição com base em estratégias como o rastreamento dos primeiros sinais de diabetes. Ao nível da população (a montante), a intervenção visa abordar os determinantes da saúde que se relacionam com as condições estruturais em que as pessoas vivem: por exemplo, políticas de redução de bebidas açucaradas nas escolas.

A analogia é usada para o arrastar de pessoas que se afogam num rio inundado (a jusante) sem (a montante) descobrirem o motivo, e evitar que as pessoas caiam ou sejam empurradas para dentro do rio.

As intervenções a jusante são por vezes consideradas fúteis e de curto prazo. A prática contemporânea na promoção da saúde usa uma abordagem holística que identifica variáveis socioeconómicas a montante, como pobreza e injustiça social. Concentra-se nas «causas das causas» das variáveis a montante que criam problemas de saúde em primeiro lugar. O pensamento de causalidade a montante resultante produziu uma discussão de atribuição de efeito que abrange os determinantes sociais da saúde com uma consideração muito reduzida às intervenções a jusante, vistas como baseadas no indivíduo e muito focadas na educação em saúde (McQueen e De Salazar, 2011).

Teoria da promoção da saúde

Teoria é o conhecimento sistematicamente organizado aplicável numa variedade relativamente ampla de circunstâncias planeadas para analisar, prever ou de outra forma explicar a natureza ou o comportamento de um conjunto específico de fenómenos (Van Ryn e Heany, 1992). A teoria da promoção da saúde tem origem nas ciências sociais e comportamentais, com base no conhecimento da psicologia, sociologia, gestão, *marketing*, desenvolvimento comunitário e ciências políticas.

A fraca base de evidências da teoria da promoção da saúde resultou no desenvolvimento de modelos de prática que procuram representar versões simplificadas da realidade, mas que não refletem verdadeiramente as complexidades (Naidoo e Wills, 2009). Os profissionais muitas vezes pensam em termos do «problema» relacionado com a saúde, como aumentar a atividade física na população em geral. Uma abordagem útil para selecionar a melhor teoria é considerar como ela abordará o problema relacionado com a saúde por meio de, por exemplo, comunicação e mudança de comportamento, mudança social, empoderamento ou desenvolvimento de políticas (ver tabela 6.1). Isto é então definido dentro do objetivo geral de permitir que as pessoas tenham mais controlo sobre as suas vidas e melhorem a saúde.

Os programas de promoção da saúde às vezes precisam de operar em vários níveis para abordar as influências complexas que contribuem para as desigualdades em saúde. No entanto, como nenhum modelo pode ser aplicado para cumprir os requisitos de um programa abrangente, várias teorias teriam de ser utilizadas. Por exemplo, para incentivar a atividade física em crianças que vivem em áreas carentes, seria necessária uma abordagem educacional para aumentar a conscientização, uma abordagem socioambiental para mudar o ambiente físico para promover a atividade física, e uma abordagem de empoderamento para atender às necessidades das pessoas por meio de soluções locais (Gottwald e Goodman-Brown, 2012).

Tabela 6.1. Resumo das teorias e modelos de promoção da saúde

Objetivo do programa	Teorias ou modelos	Explicação
Estratégias de comunicação e motivação para a conscientização e mudança de comportamento com foco no indivíduo. Estratégias de comunicação e motivação para a sensibilização e mudança de comportamento com foco em pequenos grupos.	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de crenças em saúde • Ação racional e mudança de comportamento planeada • Estágios do modelo de mudança • Teoria social cognitiva • Modelo de alfabetização em saúde • Teoria da mudança comportamental • Teoria de <i>marketing</i> social 	Estas teorias usam a educação para a saúde e a importância da autoconfiança na capacidade de mudar o comportamento, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na importância das normas percebidas e das influências sociais no indivíduo, como o papel da família, amigos e grupos de pares.
Ação comunitária para a saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Teoria de organização e mobilização comunitária • Teoria da difusão da inovação • Teoria de empoderamento 	Estas teorias oferecem oportunidades para intervenção e capacitação, e para abordar os determinantes socioeconômicos mais amplos da saúde.
Influenciar o desenvolvimento e implementação da política.	<ul style="list-style-type: none"> • Teorias para fazer e influenciar políticas públicas saudáveis. 	Estas teorias fornecem uma estrutura para interceder no processo de formulação de políticas, para alavancar e mudar decisões.

Os modelos de promoção da saúde tendem a ser muito teóricos e não podem ser aplicados prontamente, ou então oferecem pouca orientação para uma implementação eficaz num ambiente complexo.

De uma perspectiva prática, é útil empregar modelos e teorias que utilizam critérios semelhantes ao objetivo do programa. Isso pode incluir maior responsabilidade pessoal ou escolha autônoma; eles podem abordar os determinantes da saúde ou conseguir uma mudança de estilo de vida e comportamento. O programa pode então empregar as ferramentas, métodos e técnicas apropriados que melhor auxiliarão na execução das atividades necessárias para atingir o seu objetivo. Implícita na seleção de uma estratégia está a teoria que explica como e porque os seus diferentes aspetos estão ligados (Naidoo e Wills, 2009). Ao escolher uma teoria que melhor se adapte ao programa, é útil seguir algumas perguntas simples. Isso ajudará a orientar a seleção de uma estratégia baseada em evidências, que seja apropriada ao contexto do programa e que seja mensurável:

- É simples de entender e lógica?
- Corresponde às observações diárias do problema?
- Foi usada com sucesso anteriormente num contexto semelhante?
- É apoiada tanto por evidências científicas como pela experiência do que resulta?
- Pode ser justificada em termos dos recursos disponíveis?
- Pode ser medida? (Glanz et al., 2008)

Abordagens em promoção da saúde

Escolha de uma abordagem estratégica

A abordagem estratégica é geralmente preestabelecida e inclui uma descrição de uma teoria, modelo ou abordagem apropriados, os parceiros ou beneficiários, os ambientes que ocupam, os canais de comunicação e as ferramentas que serão usadas para fornecer serviços, treino e recursos.

As abordagens de promoção da saúde ajudam a compreender melhor as diferentes formas de trabalhar na prática. As diferentes abordagens são baseadas na história, às vezes contraditórias, e sem nenhuma ser dominante ou suficiente para atender aos requisitos da prática atual (Naidoo e Wills, 2009). As abordagens mais comumente reconhecidas profissionalmente incluem:

- a abordagem médica;
- a abordagem educacional;
- a abordagem comportamental/estilo de vida;

- a abordagem do ciclo de vida;
- a abordagem socioambiental;
- a agenda das desigualdades na saúde; e
- a abordagem ecológica.

Na prática, as abordagens de promoção da saúde determinam em grande parte as intervenções e os critérios de avaliação usados num programa. O desenvolvimento dessas abordagens nas últimas décadas resultou não apenas de mudanças no nosso entendimento científico, mas também da crescente pressão de indivíduos, grupos e movimentos sociais de saúde preocupados com os determinantes da saúde (Laverack, 2004).

A abordagem médica

A abordagem médica evoluiu como resultado das descobertas científicas e avanços tecnológicos nos séculos XVIII e XIX, levando a uma maior compreensão da estrutura e funcionamento do corpo humano. A profissão médica estabeleceu-se na posição dominante, e outras profissões da saúde – incluindo a enfermagem, a fisioterapia e, até recentemente, a promoção da saúde – logo se modelaram nessa abordagem para ganhar legitimidade. A abordagem médica preocupa-se principalmente com o tratamento de doenças entre indivíduos de alto risco, aquelas pessoas cuja predisposição genética, comportamento ou história pessoal coloca-os em risco estatisticamente maior de desenvolver doenças. Apesar da evolução de abordagens concorrentes, esta permanece dominante nas burocracias da saúde, porque tem a vantagem de focar no indivíduo (Scriven, 2010). Os programas de promoção da saúde que usam a abordagem médica enfocam a prevenção de uma doença ou condição médica: por exemplo, a promoção da imunização para prevenir a propagação do sarampo. Não se concentra nas causas estruturais de doenças como a pobreza e, portanto, convenientemente permite que as questões estruturais mais amplas sejam ignoradas. Um crescente corpo de novos conhecimentos e pressões de movimentos sociais de saúde desafiou o domínio da abordagem médica, e isso levou a uma ampliação do conhecimento para incluir uma variedade de fatores sociais, comportamentais e de estilo de vida (Laverack, 2004).

A abordagem médica, entretanto, ainda é comumente usada em programas de promoção da saúde.

A abordagem educacional

A abordagem educacional ajuda indivíduos e grupos a fazerem uma escolha informada, usando técnicas de conscientização. Uma escolha informada é aquela que se baseia no conhecimento relevante sobre um comportamento de saúde e o risco percebido associado a uma escolha errada, consistente com os valores e comportamento do decisor (Dormandy et al., 2002).

A abordagem educacional reconhece que o conhecimento por si só não é suficiente para levar à mudança de comportamento, o que também requer um ambiente de apoio.

Os programas de promoção da saúde que usam a abordagem educacional enfocam a transferência de conhecimento sobre uma questão de saúde específica: por exemplo, informações sobre os sintomas de diabetes. Com essas informações recém-adquiridas, as pessoas podem tomar uma decisão informada sobre, por exemplo, procurar mais conselhos de um profissional de saúde. No entanto, devido às complexas circunstâncias sociais e culturais associadas à mudança de comportamento, um indivíduo também pode optar por não fazer escolhas saudáveis ou mudanças positivas no seu estilo de vida, mesmo que tenha sido bem informado. Em parte, isso deve-se ao facto de que fazer uma escolha saudável não é uma opção fácil devido à falta de um ambiente de apoio: por exemplo, pessoas que desejam fazer mais atividade física não têm acesso fácil e barato a instalações para exercícios.

O apelo ao medo

O uso de apelos ao medo às vezes é implementado na abordagem educacional: por exemplo, usando imagens gráficas de cancro para dissuadir as pessoas de fumar. Um apelo ao medo envolve ameaçar o público-alvo com resultados prejudiciais para iniciar ou continuar um determinado comportamento de alto risco. Os apelos ao medo às vezes podem ser eficazes quando combinados com uma solução fácil para retificar o comportamento prejudicial de alto risco. No entanto, as campanhas raramente incluem o desenvolvimento de habilidades necessárias que também são necessárias para resolver o comportamento de alto risco e, em vez disso, contam com o indivíduo ou outros serviços, incluindo o sector comercial, para fornecer serviços e produtos de apoio (Corcoran, 2013).

Os apelos destinados a invocar culpa e vergonha também podem confundir ou aumentar o nível de medo percebido na população-alvo. Um estudo, por exemplo, mostrou que os apelos negativos numa campanha de *marketing* social projetada para aumentar a conformidade com os requisitos para subsídios eram mais propensos a invocar-se a autoproteção e a inação, em vez de uma resposta ativa, como voluntariar-se para obedecer (Brennan e Binney, 2010). Num outro estudo envolvendo 840 adultos jovens, o uso de apelos ao medo mudou as crenças e intenções dos participantes sobre distrações causadas por quatro comportamentos de condução inseguros. Depois de verem dois apelos ao medo, os participantes relataram intenções aumentadas de realmente se envolverem em comportamentos inseguros, especialmente os homens, e despertou apenas níveis baixos a moderados de medo nos jovens adultos. O estudo concluiu que o apelo ao medo não foi eficaz o suficiente para atingir os jovens adultos sobre a questão da condução segura (Lennon et al., 2010).

A abordagem comportamental/estilo de vida

A abordagem comportamental/estilo de vida tornou-se cada vez mais central para a promoção da saúde no final dos anos 70 por meio de campanhas em torno do tabagismo, abuso de álcool e sedentarismo. Muitos profissionais descobriram que as campanhas de educação para a saúde por si só, uma estratégia-chave na abordagem do estilo de vida, não tiveram sucesso na mudança de comportamento e mostraram-se difíceis de vincular às mudanças subseqüentes na saúde e no bem-estar. Em teoria, a abordagem não vê o comportamento como uma ação isolada, mas reconhece como ele é influenciado e condicionado por uma interação complexa de outros fatores. No entanto, na prática, a abordagem do estilo de vida continua a enfatizar fortemente a responsabilidade do indivíduo e a importância da educação.

Apesar das evidências modestas do sucesso da abordagem comportamental/estilo de vida, esta continua a ser uma opção popular para a prática de promoção da saúde. Os programas que usam essa abordagem concentram-se em fornecer às pessoas o conhecimento e as habilidades necessárias para que adotem um estilo de vida ou comportamento mais saudável: por exemplo, usar preservativos para sexo seguro. A abordagem permanece popular porque oferece a lógica simples de mudança de comportamento por meio de estratégias educacionais e motivacionais que podem ser facilmente implementadas num contexto de programa.

A abordagem do ciclo de vida

A abordagem do ciclo da vida para a promoção da saúde concentra-se em como as nossas necessidades e corpos mudam ao longo de nossas vidas. A abordagem é baseada no fornecimento de intervenções adequadas nas diferentes fases da vida de uma pessoa para promover a saúde e o bem-estar (Hubley e Copeman, 2013).

A idade em anos é mais frequentemente usada na abordagem do ciclo de vida, embora haja alguma sobreposição entre os diferentes estágios dos programas de promoção da saúde. Portanto, é importante identificar cuidadosamente em quais faixas etárias as intervenções se concentrarão; isso, em parte, também será determinado pela demografia da população-alvo. Dentro das faixas etárias específicas, é então necessário identificar as necessidades de promoção da saúde e as estratégias que podem ser utilizadas de forma mais eficaz. Isto ocorre porque as pessoas enfrentam diferentes fatores de risco e têm acesso a diferentes recursos ao longo da sua vida.

Uma abordagem ao longo da vida para a promoção da saúde normalmente usaria os seguintes estágios:

- Desde a concepção até ao nascimento, a saúde do bebé é afetada pela nutrição e saúde da mãe. As intervenções de promoção da saúde incluiriam a promoção de políticas de ácido fólico para reduzir o risco de espinha bífida, programas de educação para alertar sobre os riscos de beber durante a gravidez, e educação em saúde para promover a amamentação.
- Os primeiros anos de vida (0-4 anos) são um período de rápido desenvolvimento físico e psicológico, e as intervenções de promoção da saúde incluiriam a promoção da estimulação social e mental, nutrição e apoio aos pais.
- A criança pré-púbere (dos 5 aos 9 anos) está exposta a um círculo muito mais amplo de contactos e pode estar sujeita a *bullying* e abuso. As intervenções de promoção da saúde para essa idade são mais frequentemente canalizadas através do ambiente escolar, bem como através de clubes sociais e grupos de interesse.
- A idade escolar da puberdade e do adolescente (10-17 anos) marca importantes mudanças físicas, bem como uma dimensão social na qual há uma transição da infância para a idade adulta. A promoção da saúde atribui mais responsabilidade ao indivíduo pelo seu próprio comportamento relacionado com, por exemplo, abuso de substâncias e educação sexual.
- Em muitas culturas, um jovem (18-24 anos) torna-se legal e socialmente um

adulto por volta dos 18 anos de idade. No entanto, também é um período confuso em que muitas pressões são colocadas sobre o jovem, como emprego ou educação contínua, e podem levar ao *stress* nas suas vidas. As intervenções de promoção da saúde podem ter como alvo o abuso de substâncias, o isolamento e as doenças mentais por meio de, por exemplo, educação de pares e redes sociais.

- A meia-idade (25-49 anos) é uma época para estabelecer um padrão de vida, criar uma família e lidar com uma rutura nos relacionamentos. O papel da promoção da saúde é garantir que as pessoas recebam apoio numa série de questões de saúde e paternidade, muitas vezes por meio de uma variedade de serviços, como ambientes clínicos, profissionais de saúde e serviços de creche e jardim-de-infância.
- A idade adulta mais velha (50-69 anos) é o início de uma transição para a velhice e um período em que as pessoas podem sofrer de doenças crónicas, como cancro e doenças cardíacas. A ênfase está em manter um estilo de vida saudável e lidar com experiências transformadoras, como luto e menopausa.
- É importante distinguir entre os «idosos» e os «idosos frágeis» entre os idosos (70 anos em diante), pois é nestes últimos que o idoso necessitará de atenção especial nas intervenções de promoção da saúde. As principais preocupações são isolamento, deficiência, osteoporose, abuso e lidar com a pobreza, como manter-se aquecido no inverno e ter uma dieta equilibrada (Hubley e Cope-man, 2013).

A abordagem socioambiental

As abordagens médicas, educacionais, comportamentais/de estilo de vida e de ciclo de vida têm desempenhado um papel importante no desenvolvimento da promoção da saúde, mas não reconhecem totalmente as amplas questões estruturais que influenciam poderosamente a saúde. Os movimentos sociais de saúde desafiaram a noção das abordagens médica e comportamental/estilo de vida, e um novo discurso emancipatório sobre a promoção da saúde começou a formar-se, mais preocupado com a justiça social do que com a mudança de comportamento individual. A abordagem socioambiental tem como foco a sociedade e como ela pode mudar para promover a saúde das pessoas, abordando as suas condições socioambientais. A abordagem socioambiental também aborda a distribuição de recursos e o envolvimento com as pessoas para influenciar as decisões políticas. O empoderamento coletivo é uma estratégia central para

permitir que as pessoas tenham mais «voz» sobre a sua saúde e cuidados de saúde e também sejam capazes de agir se isso não atender às suas necessidades e expectativas. O valor do empoderamento é que permite que as pessoas se tornem mais organizadas e mobilizadas, façam *networking* e se movam para a ação social e política.

A agenda das desigualdades na saúde

A iniquidade em saúde é moldada por estruturas e processos sociais profundos e pode ser intensificada por normas sociais e políticas governamentais que toleram ou realmente promovem a distribuição injusta e o acesso ao poder, à riqueza e aos recursos sociais (WHO, 2008). Uma iniquidade em saúde é uma diferença (uma desigualdade) em saúde que é significativa no número de pessoas afetadas, evitável por meio de políticas ou outra intervenção, e não um efeito de risco livremente escolhido. As desigualdades na vida quotidiana incluem acesso desigual a cuidados de saúde e educação, condições de trabalho e as oportunidades limitadas de levar uma vida saudável. Essa distribuição desigual é o resultado de uma combinação de políticas e programas sociais deficientes, arranjos económicos injustos e governança injusta. Pessoas que, por exemplo, têm estilos de vida de alto risco ou condições de vida precárias são tipicamente mais influenciadas por políticas económicas e políticas, sofrem maiores desigualdades de saúde e, conseqüentemente, têm mais doenças e morte prematura, e menos bem-estar (Wilkinson, 2003).

Deriva do estilo de vida

Os programas de promoção da saúde por vezes começam com um compromisso de abordar a agenda das desigualdades na saúde apenas para «derivar» inevitavelmente para intervenções de estilo de vida muito mais restritas. Esta tendência política foi denominada de «estilo de vida» e pode ser ilustrada pela campanha *Swap it, don't stop it*, na Austrália. O personagem principal da campanha é «Eric», uma figura do tipo balão azul, que incentiva outras pessoas a trocar aspetos não saudáveis do seu estilo de vida, como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, por hábitos de vida mais saudáveis. No entanto, as mudanças necessárias para «Eric» levar uma vida mais saudável na verdade exigem uma mudança nas estruturas em que ele vive, como uma dieta saudável acessível e uma vizinhança segura: mudanças estruturais convenientemente ignoradas pelo

governo (Baum, 2011), que, em vez disso, se concentrou em visar uma modificação dos estilos de vida «não saudáveis» dos indivíduos.

A abordagem ecológica

A abordagem ecológica é baseada em parte na compreensão da ecologia humana como a interação da cultura com o meio ambiente. A abordagem abrange a cultura e a biosfera, que em última análise é o nosso planeta vivo. A saúde é entendida no seu sentido holístico, portanto, a saúde do indivíduo está no centro do ecossistema e tem corpo, mente e dimensões espirituais. A abordagem tem níveis sistêmicos que se estendem para fora do indivíduo, representando a família, a comunidade e o seu ambiente construído, e a sociedade em geral e o ambiente natural, exemplificados pela cultura e biosfera. A abordagem integra as ciências sociais com as ciências naturais e indica que o sistema de «saúde» é apenas um determinante da saúde. A abordagem ecológica deixa claro que nenhuma estratégia única e nenhum esforço focado em apenas um aspeto dos determinantes da saúde pode ser totalmente bem-sucedido (Hancock, 1993).

O profissional deve estar preparado para operar em vários níveis teóricos e com modelos e abordagens concorrentes, a fim de selecionar o que melhor se adapta a um determinado programa.

Identificar os parceiros

Dentro de um contexto de programa, há sempre alguma relação entre os profissionais e a gama de pessoas com quem trabalham para melhorar ou manter a sua saúde. Diferentes termos são usados para descrever essas pessoas, incluindo os *stakeholders*, os beneficiários, o público-alvo ou os parceiros com os quais os serviços, informações e recursos são compartilhados por meio do programa. Os beneficiários são aquelas pessoas que são afetadas em última instância e às quais o programa é geralmente direcionado. Outros parceiros atuam como intermediários na execução do programa: por exemplo, agências de promoção da saúde e os profissionais que empregam. Usei o termo «parceiros» para abranger as diferentes partes interessadas, beneficiários e públicos-alvo em programas de promoção da saúde. Os parceiros incluem adultos e adolescentes de ambos os sexos de diferentes grupos socioeconômicos e culturais e que ocupam ambientes

diferentes (Laverack, 2009). Esses parceiros são identificados durante a fase de planejamento e podem estar envolvidos no programa como indivíduos, como grupos sociais, como uma «comunidade de interesse» ou como uma comunidade geográfica, ou incluídos como parte de uma abordagem mais ampla dentro da sociedade civil.

Os parceiros são identificados de acordo com os requisitos do objetivo do programa, muitas vezes usando uma estratificação de categorias, incluindo idade, sexo, estado civil, etnia e histórico socioeconômico. Uma abordagem de promoção da saúde ao longo da vida, por exemplo, normalmente usa a idade em anos para atingir os parceiros do programa, enquanto uma abordagem de estilo de vida visaria indivíduos envolvidos em comportamentos de alto risco. A promoção da saúde também pode ter como alvo grupos marginalizados que existem nas periferias de uma sociedade e de onde podem ser excluídos do acesso aos serviços, levando a uma saúde mais precária.

Prestar atenção à marginalização

A marginalização é um processo pelo qual a um indivíduo ou grupo é negado o acesso a, ou posições de poder econômico, religioso e político dentro de uma sociedade (Marshall, 1998).

As circunstâncias de marginalização – incluindo pobreza, discriminação e racismo – podem contribuir para a baixa autoestima e a exclusão dos programas de promoção da saúde. Em termos práticos, os grupos marginalizados são considerados aqueles que mais precisam, não são capazes de atender às suas próprias necessidades, têm um acesso limitado aos recursos, são impotentes ou existem em grande parte fora das estruturas sociais de poder dominantes. Os marginalizados incluem pessoas de baixo *status* socioeconômico, mas também podem ser grupos excluídos por causa do seu gênero, idade, etnia, deficiência e/ou preferência sexual.

Os migrantes são um exemplo de grupos marginalizados. A migração – seja em termos de migração interna, onde nenhuma fronteira nacional é cruzada, ou migração internacional, onde as pessoas se mudam para outro lugar além das fronteiras nacionais – ocorre por uma variedade de razões. Por exemplo, as pessoas podem sair de casa em busca de melhores oportunidades econômicas,

por causa de circunstâncias políticas opressivas, para estar com a família, para estudar ou porque são forçadas a mudar-se. A migração nem sempre tem a intenção de ser permanente, e muitas pessoas podem desejar retornar ao seu país de origem em algum momento no futuro (MacPherson e Gushulak, 2004). Ao viver num novo país, muitos migrantes enfrentam direitos legais restritos; uma compreensão insuficiente da língua, cultura e sistemas locais; diferentes crenças religiosas; e baixos rendimentos. Isso pode levar a sentimentos de alienação e de ser colocado numa posição mais vulnerável de saúde física e mental precárias (Laverack, 2009).

Settings de promoção da saúde

Um *setting* é um lugar ou contexto social no qual as pessoas se envolvem em atividades diárias, e em que fatores ambientais, organizacionais e pessoais interagem para afetar a saúde e o bem-estar (WHO, 1998).

Os parceiros do programa ocupam um ambiente no qual se envolvem nas suas atividades diárias de trabalho e recreação. Pode ter limites físicos e incluir uma gama de pessoas com funções definidas, uma estrutura organizacional ou uma localização espacial. Os *settings* podem ser usados para promover a saúde, alcançando as pessoas que os ocupam e que os usam para obter acesso aos serviços ou alterando o ambiente físico e político. Uma abordagem dos *settings* para a promoção da saúde visa fazer mudanças sistemáticas em todo o meio ambiente e não apenas usá-lo como um canal para ganhar acesso a e para a educação das pessoas (Naidoo e Wills, 2009). No entanto, a complexidade da abordagem dos *settings* tornou problemática a avaliação da sua eficácia, confundida pela falta de uma estrutura teórica confiável que explique como e por que a abordagem funciona (WHO, 1998). As configurações comumente usadas em programas de promoção da saúde incluem hospitais, escolas, locais de trabalho e cidades promotoras da saúde.

Hospitais promotores de saúde

Um hospital promotor de saúde não só fornece serviços médicos e de enfermagem de alta qualidade, mas também desenvolve uma identidade corporativa

que abrange os objetivos da promoção da saúde e desenvolve uma estrutura organizacional, cultura e ambiente físico promotores da saúde. Hospitais promotores de saúde adotam uma abordagem holística para promover a saúde dos seus doentes, dos seus funcionários e da população da comunidade em que estão localizados.

Escolas promotoras de saúde

As escolas promotoras de saúde são caracterizadas por fortalecerem constantemente a sua capacidade como um ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar. Uma escola promotora de saúde envolve autoridades de saúde e educação, professores, associações, alunos, pais, profissionais de saúde e líderes comunitários. Um ambiente saudável é proporcionado por meio de educação e serviços de saúde, programas escolares/comunitários e educação física, recreação e aconselhamento. A escola implementa políticas e práticas que respeitam o bem-estar e a dignidade de um indivíduo, bem como a saúde dos profissionais da escola, famílias e membros da comunidade.

Locais de trabalho promotores da saúde

Na década de 1990, a promoção da saúde no local de trabalho foi reorientada para ser mais holística e abordar tanto os fatores de risco individuais quanto as questões organizacionais e ambientais mais amplas. Por exemplo, em vez de usar o local de trabalho como um local conveniente para mudar comportamentos individuais, a promoção da saúde no local de trabalho envolveu os trabalhadores e a administração coletivamente, esforçando-se para transformar o local de trabalho num ambiente de promoção da saúde (Chu et al., 2000). A Organização Mundial da Saúde apelou ao desenvolvimento de uma abordagem abrangente para a promoção da saúde de todas as populações trabalhadoras. Essa abordagem é baseada em quatro princípios complementares fundamentais: promoção da saúde, saúde e segurança ocupacional, gestão de recursos humanos e desenvolvimento sustentável. Fundamentais para esta abordagem são as parcerias multisectoriais e o envolvimento e cooperação dos principais atores (WHO, 1997).

Cidades saudáveis

Uma cidade saudável está continuamente a criar e melhorar os ambientes físicos e sociais e a expandir os recursos da comunidade que permitem que as pessoas

se apoiem mutuamente (WHO, 1998). O programa de cidade saudável é uma iniciativa internacional de longo prazo que visa colocar a saúde no topo das agendas dos decisores e promover estratégias locais abrangentes para a proteção da saúde e o desenvolvimento sustentável.

O conceito de cidade saudável depende do compromisso de melhorar os arredores de uma cidade e da vontade de criar as conexões necessárias nas arenas política, econômica e social. Inclui a participação e o empoderamento da comunidade e parcerias intersectoriais, e está em evolução para abranger outras formas de divisão administrativa, incluindo vilas e municípios saudáveis.

Pontos-chave do capítulo

- O profissional deve estar preparado para atuar em vários níveis teóricos com modelos e abordagens concorrentes para selecionar o que melhor se adapta a um determinado programa.
- Aplicar a «arte e ciência» da promoção da saúde não garante um resultado bem-sucedido, mas aumenta as hipóteses do programa ser eficaz e sustentável.
- É importante que os profissionais sejam sensíveis às circunstâncias que podem afetar a participação de grupos marginalizados nos programas.
- Uma abordagem dos *settings* oferece um canal útil para aceder e educar as pessoas e também para fazer mudanças em todo o ambiente.

7. Implementação de estratégias para indivíduos e grupos

O objetivo da implementação da estratégia é providenciar informações, recursos e serviços que melhorem a saúde e permitem que as pessoas tenham mais controlo sobre as suas vidas. A ação individual é um primeiro passo crucial para adquirir maior controlo, e, uma vez que esse processo tenha começado, as pessoas podem participar melhor em grupos e comunidades que compartilham as suas necessidades e preocupações. Em última análise, é por meio de ações coletivas, e não individuais, que as pessoas podem abordar as causas mais amplas da desigualdade em saúde. Para compreender como os profissionais podem ajudar indivíduos e grupos, este capítulo discute diferentes estratégias que podem ser usadas em programas de promoção da saúde.

Trabalhando com indivíduos

Ajudar os indivíduos a obter mais controlo sobre as suas vidas e saúde começa por aumentar os seus conhecimentos, desenvolvendo as suas habilidades e, mais importante, criando um diálogo para ajudá-los a identificar questões pessoais e soluções potenciais. Métodos que podem ser usados durante a implementação da estratégia para alcançar a conscientização e o desenvolvimento de habilidades ao trabalhar num nível individual incluem a «comunicação um para um» (incluindo o aconselhamento), educação de pares e o uso de uma abordagem centrada no cliente.

Comunicação um para um

A comunicação pode ser focalizada individualmente, na base de um (o profissional) para um (o parceiro): por exemplo, um médico a conversar com um doente. A «comunicação um para um» é importante porque permite que um diálogo se desenvolva entre o parceiro e o profissional. O diálogo é baseado na partilha de conhecimentos e experiências numa comunicação bidirecional que é necessária

para ajudar os indivíduos a reter melhor as informações, para esclarecer questões pessoais e para desenvolver habilidades e estratégias de *coping*.

A comunicação pessoal eficaz deve seguir um procedimento simples de ouvir, dar um conselho e obter um retorno, normalmente transmitido pelo profissional. Escutar é um processo ativo com foco no que o entrevistado está a dizer e, se necessário, ajudando o outro a expressar os seus sentimentos ou a dar uma opinião sobre um assunto. Ao dar um conselho, o profissional está a exercer o seu poder de especialista enquanto o cliente aceita a obrigação de cumprir o conselho. Às vezes, esse é um estilo de comunicação necessário quando, por exemplo, se está a ajudar alguém a compreender uma questão delicada, como o resultado de um exame médico (Hubley e Copeman, 2013). Obter e dar *feedback* permite ao profissional esclarecer o que o cliente realmente precisa e que ele entendeu a comunicação anterior e reteve as habilidades. Isso pode significar obter *feedback* com base em informações específicas usando perguntas fechadas que requerem respostas factuais curtas (sim/não) ou com base numa forma aberta de questionamento para fornecer respostas mais completas. Dar *feedback* é importante para a realização de uma comunicação eficaz, e, em particular, o *feedback* positivo reforça o nível de conhecimento do cliente.

Aconselhamento

O aconselhamento é uma forma de «comunicação um para um» e uma interação em que alguém procura explorar, compreender ou resolver um problema. O aconselhamento ocorre quando uma pessoa consulta outra pessoa a respeito de um problema que a está a impedir de viver a sua vida da maneira que ela gostaria (McLeod e McLeod, 2011). O aconselhamento pode envolver pessoas que trabalham em qualquer tipo de ajuda ou gestão, ou num papel facilitador, incluindo trabalho social e educação em saúde. Os conselheiros ajudam outras pessoas a explorar e compreender os seus mundos e, assim, descobrir melhores maneiras de pensar e viver. Isso pode ser realizado por meio de vários métodos, incluindo a comunicação interpessoal, as entrevistas e a tomada de decisão compartilhada.

Um fator comum em situações de aconselhamento é que o cliente está emocionalmente perturbado ou num estado de espírito negativo a respeito de alguma coisa. É quando o aconselhamento profissional e as técnicas de terapia são necessárias, além das competências da maioria dos promotores de saúde. Embora os limites nem sempre sejam claros, a terapia pode ser usada num contexto

mais clínico, enquanto o aconselhamento tende a ter um foco mais social. Uma variável crítica no estilo de aconselhamento usado é até que ponto as soluções para os problemas são fornecidas pelo conselheiro ou pelo cliente. Isso leva a dois papéis diferentes para o conselheiro: solucionador de problemas e facilitador (Dryden e Feltham, 1993).

Educação pelos pares

A educação pelos pares é uma abordagem na qual as pessoas são apoiadas para promover mudanças que melhorem a saúde entre os seus pares. Em vez de profissionais de saúde educarem o público, os leigos são considerados na melhor posição para encorajar o comportamento saudável uns com os outros.

A educação pelos pares tornou-se muito popular no campo da prevenção do VIH, especialmente envolvendo jovens, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas intravenosas. A educação pelos pares também está associada a esforços para prevenir o uso de tabaco, drogas ou álcool entre os jovens, gravidez na adolescência e falta de moradia. A educação pelos pares geralmente é iniciada por profissionais que recrutam membros da comunidade «alvo» para servir como educadores. Os educadores de pares têm normalmente a mesma idade do grupo com o qual trabalham. Os educadores de pares recrutados são treinados em habilidades de comunicação relevantes e, em seguida, envolvem os seus pares, procurando promover mudanças de comportamento que melhorem a saúde. A intenção é que pessoas conhecidas, dando sugestões locais relevantes e significativas, no mesmo idioma, tenham mais hipóteses de promover a saúde. Podem trabalhar ao lado do promotor de saúde, executar atividades educacionais por conta própria ou assumir a liderança na organização e implementação de atividades (Robertson et al., 2010).

A «mentoria de amigos» oferece relacionamentos de apoio e confiáveis por meio de colegas para pessoas que, de outra forma, estariam socialmente isoladas. É uma abordagem reconhecida internacionalmente, e, no Reino Unido, os projetos de mentoria de amigos organizam um apoio eficaz para crianças e jovens, famílias, pessoas com problemas mentais, pessoas com dificuldades de aprendizagem e idosos. No entanto, as intervenções de educação pelos pares podem ter uma alta taxa de desgaste, pois os voluntários podem deixar o programa por motivos pessoais e restrições financeiras. O trabalho de mentoria de amigos pode ser emocionalmente exigente, e os voluntários às vezes ficam deprimidos e

vão-se embora, embora possam falar uns com os outros ou com um profissional sobre os seus problemas: por exemplo, um coordenador de mentoria de amizade pode atuar como um mentor para educadores de pares recém-recrutados (Falkirk Council/HealthProm, 2013).

As evidências sobre a educação pelos pares são variadas, aparentemente funcionando em alguns contextos, mas não noutros. A educação por pares deve, portanto, ser vista como uma estratégia que pode ser usada juntamente com outras estratégias numa abordagem mais ampla de promoção da saúde: por exemplo, tem sido usada de forma eficaz para complementar a educação para a saúde baseada em habilidades na promoção do preservativo e para serviços de saúde para jovens (UNICEF, 2013). A educação pelos pares não deve ser vista como uma opção estratégica barata, porque requer um compromisso significativo com o treino e o fornecimento de recursos aos educadores de pares.

A abordagem centrada no cliente

A tomada de decisões ao nível individual pode ser uma maneira útil de ajudar um indivíduo a obter mais controlo sobre os problemas de saúde na sua vida. No entanto, barreiras e restrições podem tornar isso difícil de alcançar, e, portanto, uma abordagem centrada no cliente pode ser usada para ajudar a promover os princípios básicos da responsabilidade individual. A abordagem centrada no cliente concentra-se na perspetiva do indivíduo para ajudá-lo a identificar e resolver os seus próprios problemas de saúde. O cliente é encorajado a partilhar as suas preocupações, sentimentos e opiniões, geralmente facilitados pelo profissional usando uma técnica «centrada no cliente», como o método clínico centrado no doente (Stewart et al., 2003). Uma relação mais igualitária é então criada, na qual o profissional usa o seu conhecimento para permitir que o doente tome decisões informadas sobre o seu tratamento e recuperação.

O método clínico centrado no doente

O método clínico centrado no doente aplica os princípios de capacitação individual numa relação profissional-doente da seguinte forma:

1. A doença e a experiência da pessoa de estar doente são exploradas ao mesmo tempo.

2. Compreender a pessoa como um todo coloca a doença em contexto, considerando como a doença afeta a pessoa, como a pessoa interage com o seu ambiente imediato e como o ambiente mais amplo influencia essa interação.
3. O doente e o profissional chegam a um entendimento mútuo sobre a natureza da doença, as suas causas e objetivos para tratamento, e quem é responsável pelo quê.
4. A conveniência e a aplicabilidade de realizar tarefas mais amplas de promoção da saúde e prevenção de doenças são exploradas: por exemplo, fornecendo ao doente informações ou habilidades sobre como ele pode tratar a sua própria ferida em casa.
5. Uma melhor compreensão da relação profissional-doente é assim obtida a fim de melhorá-la: por exemplo, valorizando a contribuição feita por ambos os lados e formando uma «parceria» para lidar com a doença, em vez de uma abordagem paternalista tradicional.
6. Uma avaliação realista é feita do que pode ser feito para ajudar o doente, dadas, por exemplo, restrições de compreensão, tempo e nível de habilidade (Stewart et al., 2003).

Dar ao doente mais controlo sobre as decisões pode ter benefícios reais, conforme demonstrado num estudo (Bassett e Prapavessis, 2007) sobre fisioterapia para entorses do tornozelo. O estudo mostrou que os grupos domiciliários tiveram pontuações de resultados semelhantes para a função do tornozelo pós-tratamento, adesão e motivação a uma intervenção de fisioterapia padrão. No entanto, o grupo domiciliário teve um comparecimento significativamente melhor às consultas clínicas e uma melhor taxa de conclusão da fisioterapia. Os doentes foram ajudados a definir metas e a desenvolver planos de ação pessoais para completar a terapia, bem como receber educação e treino de habilidades sobre o tratamento, como técnicas de ligaduras. Dar ao paciente mais controlo pode ser uma questão complicada que não é apropriada para todas as situações ou pessoas, mas nas condições certas, como este estudo mostrou, pode oferecer ao profissional a oportunidade de trabalhar de uma forma mais empoderadora.

Lidando com ausência de poder

Algumas pessoas simplesmente não querem envolver-se em programas de promoção da saúde. As pessoas, especialmente se viveram em circunstâncias opressivas ou impotentes, podem sentir que não têm o direito ou não possuem a

capacidade de ter mais controlo sobre a sua saúde. Esses indivíduos podem interiorizar a sensação de falta de controlo nas suas vidas para criar uma barreira psicológica à autoajuda. Impotência, ou ausência de poder, seja imaginária ou real, é um estado com a expectativa de que o seu comportamento não pode determinar os resultados que procuram. A ausência de poder combina uma atitude de autculpa, um sentimento de desconfiança generalizada, um sentimento de alienação de recursos, uma experiência de privação de direitos e vulnerabilidade económica e um sentimento de desesperança na luta política (Freire, 2005).

O desamparo aprendido é a condição de aprender a comportar-se de maneira impotente, deixando de responder mesmo que haja oportunidades de se ajudar. O desamparo aprendido pode resultar da perceção da falta de controlo sobre o resultado de uma situação, como o desemprego, a pobreza ou a falta de habitação. As pessoas pensam que essas são características inalteráveis do que consideram a realidade. O desamparo aprendido pode contribuir para problemas de saúde quando as pessoas, por exemplo, negligenciam exercícios e tratamentos médicos, e quanto mais as pessoas percebem os eventos como incontroláveis, mais *stress* elas experimentam. Foi demonstrado, por exemplo, que isso tem sintomas correspondentes em problemas de saúde mental (Seligman, 1990). A ausência de poder, ou impotência, pode, portanto, ser resultado da aceitação passiva de normas opressivas que podem ser exacerbadas por políticas públicas que cortam salários e empregos, congelam benefícios e pagamentos de previdência e reduzem as oportunidades de educação e manutenção de uma infraestrutura de apoio (Nathanson e Hopper, 2010).

As pessoas têm o direito de não se tornarem capacitadas? O que deve ser lembrado é que o poder não pode ser dado, mas as pessoas devem obtê-lo por si mesmas, e o direito de receber o poder cabe ao indivíduo e não ao profissional. O otimismo aprendido é contrastado com o desamparo aprendido por pessoas que desafiam conscientemente quaisquer aspetos negativos nas suas vidas, e pode ser aprimorado por meio de terapia, educação crítica e aconselhamento. As pessoas podem ser ajudadas a lutar contra a perceção de que os eventos são incontroláveis, aumentando a sua consciência das experiências anteriores, quando foram capazes de efetuar o resultado desejado (Seligman, 1990).

O papel do profissional em ajudar os outros a superar a impotência é capacitá-los para assumir maior responsabilidade e controlo sobre a sua saúde e as suas vidas.

As pessoas que não desejam a responsabilidade de tomar decisões ou têm medo de se arrepender de fazer um julgamento equivocado podem delegar essa autoridade a outra pessoa em quem tenham alguma confiança. Outros indivíduos – por exemplo, os muito jovens, os muito velhos ou as pessoas com um vício – podem não ter a capacidade de se organizar e mobilizar o suficiente coletivamente. Para aquelas pessoas que não podem ou se recusam a assumir a responsabilidade, o profissional pode ter de intervir e recorrer a uma abordagem mais paternalista. Na prática, a política e a legislação de saúde são usadas dessa forma para prevenir a propagação de uma doença infecciosa ou colocar um indivíduo sob cuidados (mesmo contra a sua vontade) para garantir o seu bem-estar e o de outras pessoas.

Trabalhando com grupos

Trabalhar com grupos é uma parte importante da promoção da saúde porque é frequentemente o ponto em que os indivíduos são capazes de progredir na ação coletiva. Os grupos pequenos permitem que as pessoas se organizem e se mobilizem melhor para atender às suas necessidades de saúde. Trabalhar com grupos também oferece uma oportunidade para o profissional ajudar os outros a desenvolver vínculos sociais e habilidades mais fortes, e para levantar os recursos necessários para apoiar as suas ações. Os pequenos grupos geralmente começam com o foco nas necessidades imediatas dos seus membros, mas com capacitação suficiente, esse foco pode ser ampliado para incluir as causas da desigualdade e da injustiça social. Os métodos que podem ser usados para obter um apoio social mais forte e o desenvolvimento de habilidades em pequenos grupos incluem autoajuda, literacia em saúde e estratégias para tomada de decisão coletiva.

Grupos de autoajuda

Os grupos de autoajuda organizam-se em torno de uma questão específica, são introvertidos e visam ajudar outras pessoas a encontrar soluções, fornecer apoio ou desenvolver habilidades para resolver uma variedade de problemas.

A autoajuda é uma melhoria autoguiada que frequentemente utiliza grupos de apoio, seja cara a cara ou por meio da Internet, para fornecer mentoria, suporte emocional, informações e um maior sentido de pertença (Farris-Kurtz, 1997). As pessoas vão para os grupos de autoajuda por vários motivos: alguns simplesmente querem informações e depois seguem em frente, enquanto outros podem querer entender o que está a acontecer com eles, compartilhando as suas experiências com aqueles que passaram por algo semelhante. Os membros do grupo compartilham conhecimento e interesse no problema, apoiam-se uns aos outros e geralmente gerem as atividades por conta própria. O apoio mútuo é uma técnica comum usada em grupos de autoajuda por meio dos quais as pessoas se reúnem voluntariamente para conversar e ajudar umas às outras a resolver problemas comuns. Os grupos de autoajuda podem, portanto, reunir as pessoas para ajudá-las a resolver questões que consideram relevantes para a sua saúde, incluindo deficiência, parar de fumar, perda de peso, dependência e depressão. Ao usar um diálogo facilitado, o grupo de autoajuda também pode ser um ponto de partida importante para a promoção de estratégias de *coping*, mudança positiva de comportamento e várias terapias para a recuperação de problemas de saúde de longo prazo.

O desafio é permitir que os indivíduos vão além da abordagem de questões pessoais, para trabalhar com outras pessoas que compartilham as mesmas preocupações para alcançar mudanças duradouras.

Numa abordagem de empoderamento, um desafio importante ao trabalhar com grupos de autoajuda é permitir que os indivíduos trabalhem com outras pessoas que compartilham as mesmas preocupações e com quem possam alcançar mudanças mais amplas e duradouras. Os grupos de autoajuda geralmente têm recursos limitados e, devido ao seu pequeno tamanho, podem ser absorvidos por uma agenda governamental mais ampla, a menos que sejam capazes de se desenvolver numa organização maior (Allsop et al., 2004). Habilidades de avaliação de necessidades, por exemplo, são necessárias para ser capaz de identificar os problemas comuns dos seus membros, soluções para os problemas e ações para resolvê-los (ver capítulo 5). Outras características-chave de uma melhor organização incluem reuniões regulares, uma estrutura (presidente, secretário, membros nucleares), manutenção de registos e contas financeiras e a capacidade de identificar e resolver conflitos rapidamente (Jones e Laverack, 2003).

Um exemplo de problema em que os grupos de autoajuda se mostraram úteis é a mutilação genital feminina (MGF), que compreende todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total da genitália feminina externa ou outra lesão dos órgãos genitais femininos, seja por motivos culturais, religiosos ou razões não terapêuticas. Serviços de autoajuda são oferecidos, por exemplo, a refugiados para lidar com o sofrimento dessa experiência. O objetivo é motivar a compreensão de que essas práticas tradicionais são prejudiciais à saúde de meninas e mulheres e, portanto, violam os seus direitos humanos e não estão de acordo com os seus valores religiosos e culturais (Reaves, 2007). O foco do grupo de autoajuda muda gradualmente para uma orientação voltada para o exterior, incluindo o trabalho de defesa de direitos sobre a questão da MGF. Isso é ainda mais avançado por meio de grupos de interações de organizações de saúde e governamentais que podem ajudar nos esforços de *lobby* das próprias mulheres. Assim, o programa de promoção da saúde pode ajudar o grupo de autoajuda a crescer e a criar ações lideradas pela comunidade para mudar, por exemplo, a política e a legislação em relação à MGF com benefícios duradouros para todas as mulheres.

Os promotores de saúde podem ajudar os indivíduos a avançar para organizações que atendam às suas necessidades num nível mais amplo, por meio de redes e construção de capacidade, e aumentando o seu nível de consciência crítica (capítulo 8). Um primeiro passo para atingir esses objetivos é o desenvolvimento de habilidades pessoais – por exemplo, por meio da literacia em saúde e estratégias para a tomada de decisão coletiva –, e isso é discutido a seguir.

Literacia em saúde

A literacia em saúde é mais do que apenas a transmissão de informações e está focada no desenvolvimento de habilidades para ajudar os outros a tomar decisões informadas que lhes permitirão exercer maior controlo sobre as suas vidas e saúde (Renkert e Nutbeam, 2001).

A literacia em saúde é uma reformulação da relação entre educação para a saúde e o empoderamento. A literacia em saúde surgiu da percepção de que as intervenções que dependiam fortemente de informações para a mudança de comportamento não conseguiram alcançar resultados substanciais (Nutbeam, 2000).

O valor da literacia em saúde é como uma ferramenta para ajudar os profissionais a aumentar o conhecimento, as habilidades e a consciência crítica de parceiros individuais. A literacia em saúde envolve habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de obter acesso, compreender e usar as informações por forma a promover e manter uma boa saúde (WHO, 1998).

Três níveis de literacia em saúde

A literacia em saúde geralmente depende do nível de literacia básica da comunidade – ou seja, da capacidade de ler e escrever na vida quotidiana – e do que isso permite que as pessoas façam. A literacia em saúde, portanto, tem três níveis que podem levar em consideração os diferentes níveis de habilidade numa comunidade:

1. Literacia básica/funcional: habilidades básicas suficientes de leitura e escrita para funcionar efetivamente em situações quotidianas, amplamente compatível com a definição restrita.
2. Literacia comunicativa/interativa: habilidades cognitivas e de alfabetização mais avançadas que, juntamente com as habilidades sociais, podem ser usadas para participar ativamente nas atividades quotidianas, para extrair informações e interpretar o significado de diferentes formas de comunicação e para aplicar novas informações às circunstâncias em mudança.
3. Literacia crítica: habilidades cognitivas mais avançadas que, juntamente com habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar informações criticamente e usar essas informações para exercer maior controlo sobre eventos e situações da vida (Nutbeam, 2000).

O desafio é usar métodos avançados de educação para a saúde voltados para o alcance da literacia crítica em saúde, em vez da literacia básica ou funcional em saúde.

A literacia em saúde foi desenvolvida especificamente dentro da promoção da saúde para permitir que o profissional se concentre no desenvolvimento de habilidades para a vida que capacitem os indivíduos a lidar efetivamente com os desafios da vida quotidiana. As habilidades de vida consistem em habilidades pessoais, interpessoais, cognitivas e físicas que permitem às pessoas controlar as suas vidas e produzir mudanças no seu ambiente (WHO, 1998).

Habilidades para a vida, para a promoção da saúde

As habilidades para a vida são descritas como uma área de ação-chave para a promoção da saúde por meio da tomada de decisões e resolução de problemas, pensamento criativo e crítico, autoconsciência, habilidades de comunicação e estratégias para lidar com as emoções (WHO, 1986). Na prática, isso traduz-se em habilidades pessoais quotidianas, como parar de fumar, amamentar, lavar as mãos, lidar com o *stress* e lidar com o *bullying*. Um exemplo do uso potencial da literacia em saúde está nas aulas de preparação para o parto e parentalidade, para providenciar às mulheres as habilidades cognitivas e sociais de que precisam para manter a sua saúde e a dos seus filhos. As mulheres que frequentam as aulas de preparação para o parto e parentalidade costumam ser altamente motivadas e literadas. Mas as aulas de preparação para o parto e parentalidade às vezes são limitadas pelo tempo, e a curiosidade e ansiedade naturais das mulheres tornam difícil a transferência de todas as informações e habilidades necessárias. As aulas, portanto, concentram-se na transferência de informações factuais, ao invés de habilidades de tomada de decisão para o parto e parentalidade, o que pode ocupar mais tempo. A tomada de decisões pode ser empoderadora e é fundamental para o uso de técnicas de literacia em saúde que se concentram em permitir que as mulheres façam escolhas informadas. Dessa forma, nem todo o conteúdo da aula de preparação para o parto e parentalidade teria de ser desenvolvido, reduzindo o tempo necessário para o ensino e proporcionando mais tempo para que as mães tirassem dúvidas e discutissem questões (Renkert e Nutbeam, 2001).

A literacia em saúde oferece uma abordagem educacional avançada que permite às pessoas agirem para resolver os seus problemas.

Estratégias para a tomada de decisão coletiva

A tomada de decisões, mesmo ao nível de um grupo, pode ser um procedimento complexo, mas também pode ser uma experiência fortalecedora para as pessoas em relação a uma série de escolhas em saúde. Uma abordagem prática e testada em campo para promover os princípios básicos da tomada de decisão coletiva é descrita abaixo.

Classificando as escolhas-chave

Os membros do grupo primeiro fazem uma lista classificada das principais escolhas que abrangem a sua preocupação particular de saúde coletiva. O profissional pode ajudar, fornecendo informações técnicas específicas para responder a quaisquer perguntas sobre o problema. A classificação deve vir dos indivíduos do grupo, sem ser liderada pelo profissional. Se o número de opções classificadas for grande, o profissional pode ajudar os indivíduos a produzir uma lista mais priorizada. Por exemplo, uma lista de classificação para opções de saúde em relação a tornar-se mais saudável pode incluir:

1. Parar de fumar nos próximos seis meses.
2. Fazer mais exercício.
3. Perder peso.
4. Comer de forma mais saudável.

Uma classificação das diferentes opções é, por si só, insuficiente para empoderar outras pessoas, que também devem ter a capacidade de transformar essas informações em decisões e ações. Isso é conseguido através do desenvolvimento de uma matriz de tomada de decisão para mudanças positivas nas áreas priorizadas usando:

- decisões sobre as principais ações a serem tomadas;
- decisões sobre as atividades-chave para cada ação realizada; e
- a identificação de recursos.

A classificação é um exercício simples para «desempacotar» as questões que influenciam a saúde das pessoas nos seus diferentes elementos, para que possam ser posteriormente analisadas e abordadas.

Decisões sobre as principais ações a serem tomadas

Em seguida, o grupo deve decidir como a situação pode ser melhorada para cada uma das suas escolhas priorizadas. O objetivo é, em primeiro lugar, identificar as ações mais viáveis que irão melhorar a situação atual e, em seguida, fornecer uma pista para uma estratégia mais detalhada. Essas informações são colocadas na coluna 2 da matriz da tabela 7.1. Tomando a primeira escolha de saúde classificada (parar de fumar nos próximos seis meses), as decisões sobre as principais ações a serem tomadas podem incluir:

Tabela 7.1. A matriz de decisão

Prioridade	Decisões-chave	Atividades-chave	Recursos
Deixar de fumar nos próximos seis meses	<ul style="list-style-type: none"> – Remover todos os cigarros de casa e do local de trabalho. – Frequentar sessões de motivação para deixar de fumar. – Usar um substituto para o cigarro, como as pastilhas elásticas ou o penso de nicotina. 	<ul style="list-style-type: none"> – Recolher todos os cigarros em casa e eliminar. – Não comprar mais cigarros. – Identificar as clínicas de cessação tabágica locais. – Arranjar tempo para assistir a uma aula por semana. – Identificar um amigo para assistir às aulas iniciais de apoio. – Discutir os melhores produtos alternativos com um médico ou farmacêutico. – Marcar uma consulta com um médico nos próximos sete dias. – Comprar o produto da farmácia. – Tomar de acordo com a prescrição durante os próximos três meses. 	<ul style="list-style-type: none"> – A disponibilidade de uma aula de auto-motivação local. – Dinheiro para pagar as aulas e tempo para frequentá-las. – Acesso a uma farmácia ou médico para discutir as melhores opções para um substituto do tabaco. – Dinheiro para comprar produtos substitutos.

- Remover todos os cigarros de casa e do local de trabalho.
- Frequentar sessões de motivação para deixar de fumar.
- Usar um substituto para o cigarro, como as pastilhas elásticas ou o penso de nicotina.

Decisões sobre as principais atividades para cada ação realizada

O grupo é então convidado a considerar na prática as ações mais viáveis que podem ser realizadas. Em particular, são solicitados a identificar atividades específicas, a sequenciá-las de modo a fazer uma melhoria e a definir um cronograma realista, incluindo quaisquer metas significativas. Estes são colocados na coluna 3 da matriz. As atividades para implementar as ações identificadas para parar de fumar podem incluir o seguinte:

- Recolher todos os cigarros em casa e eliminar.
- Não comprar mais cigarros.
- Identificar as clínicas de cessação tabágica locais.
- Arranjar tempo para assistir a uma aula por semana.
- Identificar um amigo para assistir às aulas iniciais de apoio.
- Discutir os melhores produtos alternativos com um médico ou farmacêutico. Marcar uma consulta com um médico nos próximos 7 dias.
- Comprar o produto da farmácia. Tomar de acordo com a prescrição durante os próximos 3 meses.

Identificação de recursos

O grupo a seguir identifica os recursos que são necessários para implementar as ações na coluna 3. O profissional pode ajudá-los a mapear os recursos necessários – por exemplo, informações, finanças e suporte emocional – que são indispensáveis para realizar as ações. Os recursos para ajudar a parar de fumar podem incluir:

- A disponibilidade de uma aula de automotivação local.
- Dinheiro para pagar as aulas e tempo para frequentá-las.
- Acesso a uma farmácia ou médico para discutir as melhores opções para um substituto do tabaco.
- Dinheiro para comprar produtos substitutos.

A matriz de tomada de decisão

A estratégia para a tomada de decisão pode ser representada por meio de uma matriz simplificada em que a classificação é colocada na coluna da esquerda seguida por colunas sequenciais para:

1. priorizar os principais problemas de saúde;
2. decisões sobre as principais ações a serem tomadas;
3. decisões sobre as atividades-chave para cada ação realizada; e
4. a identificação de recursos.

A matriz fornece um resumo das decisões e ações a serem realizadas e pode ser a base para um «contrato informal» entre o profissional e o grupo. Identifica tarefas ou responsabilidades específicas geralmente definidas num período de tempo com base no período identificado como realista: por exemplo, para parar de fumar, foram definidos 6 meses. Também identifica os recursos ou assistência que serão necessários para cumprir essas tarefas e responsabilidades, dentro do prazo acordado.

Os membros do grupo compartilham conhecimento e interesse na cessação tabágica e podem apoiar-se mutuamente para atingir as metas que combinaram coletivamente. O papel do profissional é facilitar o processo, ajudando os membros individuais a superar as barreiras e garantindo que o grupo se reúna regularmente para avaliar o progresso individual.

Pontos-chave do capítulo

- A ação individual é um primeiro passo crucial para adquirir maior controlo.
- Trabalhar com grupos é importante porque este é o ponto em que os indivíduos são mais capazes de progredir na ação coletiva.
- O poder não pode ser dado, mas as pessoas devem obtê-lo por si mesmas.
- O direito de ser fortalecido é do indivíduo e não do profissional.
- O desafio é permitir que os indivíduos vão além da abordagem das questões pessoais, para trabalhar com outras pessoas que compartilham as mesmas preocupações para alcançar mudanças mais duradouras.
- O papel do profissional em ajudar os outros a superar a impotência é capacitá-los a assumir maior responsabilidade e controlo sobre a sua saúde e a sua vida.

8. Implementação de estratégias para comunidades

Um aspeto fundamental do trabalho de promoção da saúde é ajudar as comunidades a identificar as suas necessidades, a encontrar uma «voz» para expressar as suas necessidades e obter acesso a informações, recursos e serviços. Isso é especialmente importante para os marginalizados na sociedade, incluindo comunidades de baixa renda, migrantes recém-chegados e bairros sociais. As intervenções baseadas na comunidade podem funcionar a longo prazo para ajudar as pessoas a lidar com as desigualdades na saúde e, a curto prazo, para obter melhor acesso aos serviços de saúde e assistência social (South et al., 2013).

Trabalhar com as comunidades

O que é uma «comunidade»?

Tradicionalmente, uma «comunidade» tem sido vista como um lugar onde as pessoas vivem: por exemplo, um bairro ou uma vila. No entanto, geralmente são apenas um agregado de pessoas não conectadas. As comunidades também envolvem interações sociais que são dinâmicas e unem as pessoas em relacionamentos com base nas suas necessidades compartilhadas (Laverack, 2004). Como regra prática, uma comunidade ocupará uma dimensão espacial – isto é, um lugar ou local – e uma dimensão não espacial, que envolve relacionamentos entre as pessoas. Dentro das dimensões geográficas de uma comunidade, muitas vezes existem várias comunidades não espaciais, e os indivíduos podem pertencer a vários grupos de interesse diferentes. Os grupos de interesse existem como um meio legítimo pelo qual os indivíduos são organizados em torno de uma variedade de atividades sociais (por exemplo, eventos desportivos) ou para abordar uma preocupação comum (por exemplo, a falta de transportes públicos) (Zakus e Lysack, 1998). No entanto, a diversidade de interesses dentro de uma comunidade por vezes pode criar problemas, e os profissionais tentam evitar o estabelecimento

de uma minoria dominante que pode ditar questões com base apenas nas suas preocupações e não nas da maioria.

Os profissionais precisam de considerar cuidadosamente se os representantes de uma comunidade são apoiados pelos seus membros e se eles não estão a agir apenas por interesse próprio.

O que é «sociedade civil»?

A sociedade civil vai além do conceito de «comunidade» para incluir as pessoas nos seus contextos sociais e profissionais, incluindo a totalidade das organizações voluntárias, cívicas e sociais, que juntas formam a base de uma sociedade em funcionamento. A sociedade civil é importante porque enfatiza a necessidade de um nível desenvolvido de participação pública e política, ambas centrais para a promoção da saúde. A sociedade civil trabalha por meio de pessoas que criam grupos, organizações, comunidades e movimentos para atender às necessidades compartilhadas. As sociedades civis são povoadas por organizações, como instituições de caridade, organizações não governamentais (ONG), grupos comunitários, organizações femininas, organizações religiosas, sindicatos, grupos de autoajuda, movimentos sociais e grupos de ativistas e de defesa (Laverack, 2013a: 19).

Os promotores de saúde podem usar uma variedade de métodos para trabalhar melhor com as comunidades, incluindo a melhoria do nível de consciência crítica, a construção de parcerias mais fortes, o fortalecimento de redes e a capacitação da comunidade.

Melhorando o nível de consciência crítica

A consciência crítica pode ser descrita como a capacidade de refletir sobre os pressupostos subjacentes às nossas ações e de contemplar melhores formas de viver (Goodman et al., 1998).

As comunidades não se podem capacitar intencionalmente sem ter uma compreensão das causas subjacentes da sua impotência. Isso pode ocorrer dentro

da comunidade, frequentemente desenvolvendo-se lenta e organicamente. Alternativamente, pode ocorrer por meio de uma intervenção que promova um processo de discussão, reflexão e ação. Este processo é chamado de «consciência crítica» ou «conscientização» e envolve a aprendizagem usando «educação para o empoderamento», conforme desenvolvido por Paulo Freire (Freire, 2005). Para Freire, a premissa central era que a educação não é neutra, mas é influenciada pelo contexto de vida de uma pessoa. O propósito da educação é a libertação na qual as pessoas se tornam sujeitos de sua própria aprendizagem, envolvendo reflexão crítica e uma análise de suas circunstâncias pessoais (Wallerstein e Bernstein, 1988). Para conseguir isso, Freire propôs uma abordagem de diálogo em grupo para compartilhar ideias e experiências e promover o pensamento crítico, levantando problemas para permitir que as pessoas descobrissem as raízes da sua impotência. Uma vez que estejam totalmente conscientes, as pessoas podem planejar ações mais eficazes para mudar as suas circunstâncias. A consciência crítica funciona compreendendo gradualmente as causas da impotência e desenvolvendo ações realistas para começar a resolver as condições que as criaram em primeiro lugar (Nutbeam, 2000).

Uma aplicação prática da consciência crítica é através da PhotoVoice (ver capítulo 5): por exemplo, para ajudar comunidades recém-chegadas a Toronto, Canadá.

Ajudando a melhorar a consciência crítica das comunidades de recém-chegados

Numa área do centro da cidade de Toronto, a *PhotoVoice* tem sido usada para fornecer imagens de problemas da comunidade, com uma câmara, por pessoas que vivem em comunidades recém-chegadas. Uma conta foi então criada para explicar o que era importante nas imagens usando as próprias palavras dessas pessoas. As imagens foram exibidas numa exposição, e foram feitas recomendações às autoridades municipais quanto ao furto de bicicletas devido à manutenção inadequada dos suportes de bicicleta, o que foi identificado como um problema comum pela comunidade de recém-chegados. Visto que o ciclismo é o principal meio de transporte para muitos residentes, o armazenamento seguro de bicicletas é um stressor diário para muitas pessoas. A comunidade trabalhou com as autoridades municipais para fazer um inventário de todos os suportes para bicicletas, providenciar a remoção das bicicletas danificadas dos suportes existentes e instalar novos suportes no bairro. A decisão das autoridades municipais

de retirar bicicletas danificadas e abandonadas do bairro foi resultado direto da abordagem da consciência crítica (Haque e Eng, 2011).

Construindo parcerias mais fortes

As parcerias demonstram a capacidade de desenvolver relações com diferentes organizações, colaborar e promover a cooperação entre os seus membros. As parcerias são vantajosas para trabalhar com comunidades porque criam valores compartilhados e objetivos coletivos, levam à disseminação de informações, reduzem sentimentos de isolamento e ajudam na resolução de problemas (Kumpfer et al., 1993). As parcerias tornaram-se um tema popular na promoção da saúde, mas é essencial que sejam participativas para que as organizações governamentais não consultem apenas a comunidade, mas, sim, que as pessoas se envolvam num processo bidirecional de tomada de decisão.

Ação para Mudança na Vizinhança

A United Way (Toronto) é uma ONG canadense que ajuda bairros do centro da cidade, redes sociais e associações de residentes a criar parcerias significativas no estabelecimento de prioridades locais. A United Way fez reivindicações de resultados significativos como resultado da sua abordagem baseada na comunidade, incluindo uma queda no crime de 19% nos bairros incluídos no programa. O programa trabalha com pessoas de diversas origens e ajuda-as a desenvolver a capacidade, as habilidades, o conhecimento e a confiança de que precisam para melhorar as suas vidas. A «Ação para Mudança na Vizinhança» é a base dos esforços da United Way para envolver os residentes locais por meio da estratégia de «construção de bairros fortes». Esta estratégia cobre bairros prioritários, grupos comunitários e residentes, ajudando a extrair conhecimento e experiência existentes. Um «Plano de Ação para Residentes» foi desenvolvido em cada bairro para identificar as prioridades locais e orientar a ação comunitária. A United Way oferece subsídios diretamente aos bairros prioritários para financiar iniciativas, como jardins-de-infância, jardins comunitários e cozinhas para promover uma vida saudável e atividades recreativas e culturais. Os bairros de baixa renda carecem de infraestruturas de apoio: por exemplo, serviços sociais, como aconselhamento de emprego para migrantes recém-chegados. Uma infraestrutura de apoio para a promoção da saúde pode ser encontrada não apenas em recursos e

estruturas tangíveis, mas também por meio da conscientização pública e política das questões de saúde e da participação na ação para abordar essas questões (WHO, 1998). A United Way trabalhou com outros parceiros para estabelecer «centros comunitários» para localizar várias agências de serviço de forma centralmente, para fornecer fácil acesso aos residentes locais. Outro propósito importante do *hub* comunitário tem sido o acesso a um espaço comunitário que grupos de residentes locais podem usar para realizar reuniões (United Way, 2012).

A entrada de recursos nas parcerias não precisa de ser financeira, pois as pessoas também podem trazer conhecimento local e contribuições voluntárias, como o seu tempo e energia.

A participação ativa em parcerias pode construir coesão entre os indivíduos, que, por sua vez, pode levar a uma melhor ação coletiva (Lin, 2000). O objetivo de uma parceria é, eventualmente, crescer além das preocupações locais e assumir uma posição mais forte em questões mais amplas por meio da união de recursos coletivos. Os voluntários e os trabalhadores leigos têm sido um meio eficaz de envolver as comunidades em parcerias em programas de promoção da saúde por meio do seu envolvimento ativo em funções específicas que podem atuar como uma ponte entre a sociedade civil e as autoridades de saúde.

Voluntários e profissionais de saúde leigos

Os trabalhadores de saúde leigos são membros das comunidades onde trabalham, selecionados pelas comunidades, responsáveis perante as comunidades pelas suas atividades e apoiados pelo sistema de saúde, mas não necessariamente parte da sua organização (WHO, 2007).

O voluntariado pode ser definido como uma atividade que implica usar tempo para fazer algo gratuito com vista a beneficiar o meio ambiente e outras pessoas, incluindo parentes próximos (Volunteering England, 2012). O voluntariado é um aspeto importante do trabalho com comunidades e é uma atividade que pode produzir sentimentos de respeito próprio, desenvolvimento de habilidades e socialização. Uma distinção importante é entre a participação de voluntários individuais e o sector voluntário e comunitário, que fornece uma infraestrutura para o envolvimento dos cidadãos em todo o «terceiro sector». O «terceiro

sector» é um termo usado para abranger todas as organizações sem fins lucrativos: voluntárias, comunitárias, associações de caridade e sociais. Há uma ampla gama de termos que podem ser usados para descrever funções leigas, incluindo defensores e educadores de saúde comunitária, trabalhadores de ligação, treinadores e consultores de pares, defensores da comunidade e líderes de opinião populares. Em particular, os profissionais de saúde leigos têm sido um meio eficaz de envolver as comunidades, envolvendo-as ativamente na organização, educação de pares, apoio de pares e opinião de liderança, e permitindo-lhes atuar como um elo entre as comunidades e os serviços de saúde (South et al., 2013). Por exemplo, o projeto *Altogether Better* no Reino Unido, lançado em 2008, foi um programa regional-local de cinco anos projetado para fornecer técnicas inovadoras para capacitar as comunidades a melhorar a sua saúde e bem-estar. O programa focou-se em voluntários locais excepcionais que foram identificados como líderes para fornecer um ponto focal em torno do qual parcerias poderiam se desenvolver posteriormente. Outros participantes foram então atraídos para o processo e, com maior confiança e capacidade, também se tornaram defensores das suas próprias comunidades (*Altogether Better*, 2011).

O voluntariado é possível em todos os níveis de promoção da saúde, mas requer que as pessoas pensem de forma diferente e estejam preparadas para confiar umas nas outras (South, 2013).

Os voluntários às vezes são treinados nas áreas em que trabalham, como educação e consultoria, enquanto outros podem servir conforme necessário, como extensão, cuidados culturalmente sensíveis, visitas domiciliárias, ajuda com transporte e ajuda em cozinhas comunitárias e bancos alimentares. O *Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP)* em Ontário, Canadá, por exemplo, recruta voluntários locais para ajudar a realizar exames de saúde, como medição da pressão arterial. As pessoas em risco podem então ser encaminhadas para o seu médico, auxiliando outros profissionais de saúde que normalmente teriam de realizar este tipo de trabalho rotineiro (South et al., 2013).

Os voluntários frequentemente desempenham um papel central nas intervenções comunitárias, porque fornecem uma rede valiosa de contactos e apoio local (Winfield, 2013). Muitas organizações baseadas na comunidade dependem dos esforços de voluntários que trabalham arduamente que, nos bastidores, se esforçam incansavelmente para fazer atividades do dia a dia e muitas vezes mundanas.

Esses voluntários recebem pouco ou nenhum salário e podem perder a motivação ou ficar exaustos com a luta constante e o lento progresso. Um dos problemas mais críticos para o voluntariado é o alto índice de atritos, que pode levar à falta de continuidade na relação entre o programa e a comunidade, além de aumentar os custos e o tempo na seleção e formação dos voluntários. Os voluntários podem ficar insatisfeitos por não receberem incentivos pelos serviços que prestam, e, se esta situação persistir, pode ter um efeito negativo no programa (Bhattacharya et al., 2001). Boa liderança, comunicação e autorreflexão são, portanto, aspetos fundamentais para ajudar a manter a ação voluntária (Frusciante, 2007).

Vários incentivos para a retenção de voluntários para motivar o envolvimento e manter o desempenho foram testados em campo. Uma revisão internacional (Bhattacharya et al., 2001) de trabalhadores comunitários de saúde descobriu que projetos bem-sucedidos tinham vários incentivos ao longo do tempo para proporcionar melhor satisfação no trabalho entre os membros individuais. Os incentivos não precisam de ser monetários, mas podem ser em espécie, como roupas ou uma valorização do seu papel por meio de maior apoio profissional.

A análise internacional concluiu que a sustentabilidade dos resultados dos voluntários em programas de saúde depende de vários fatores-chave:

- Os voluntários devem manter um relacionamento com a comunidade, mas permanecer responsáveis pelas suas atividades.
- O programa deve planear uma alta rotatividade de voluntários: por exemplo, tendo um treino mais curto, porém mais regular.
- Os voluntários devem continuar a sentir-se valorizados pelo sistema de saúde e a colaborar com outros profissionais de saúde: por exemplo, em atividades de extensão.
- O espírito de voluntariado deve ser mantido pelo maior tempo possível e, quando os incentivos são introduzidos, eles devem ser múltiplos e adequados às funções e responsabilidades.
- Os voluntários devem receber monitorização regular das suas funções e *feedback* (Bhattacharya et al., 2001).

Os laços sociais que o voluntariado pode proporcionar são um fator determinante da saúde (South, 2013). No entanto, as altas taxas de desistência e a necessidade de treino intensivo regular, incentivos múltiplos e monitorização regular das funções significam que o voluntariado nem sempre é uma opção económica para programas de promoção da saúde.

As redes desempenham um papel importante no apoio às relações sociais, incluindo o voluntariado, por meio de um forte sentido de identidade e solidariedade, e oferecem às pessoas a oportunidade de aceder a recursos e conhecimentos complementares.

Fortalecendo as redes

Uma rede é uma estrutura de relações que liga as pessoas e ajuda a mapear as ligações sociais que os indivíduos têm entre si (Pescosolido, 1991). No entanto, as redes também podem afetar o que as pessoas fazem, como se sentem e o que acontece com elas, inclusive em relação à sua saúde e bem-estar (Wright, 1997). Uma rede de saúde, por exemplo, é uma estrutura de relações, tanto pessoais quanto profissionais, por meio da qual os indivíduos mantêm e recebem apoio emocional, recursos, serviços e informações para a melhoria da sua saúde e bem-estar (Walker et al., 1977).

A nossa saúde é, de forma fundamental, um reflexo da qualidade das nossas relações, que podem oferecer às pessoas a oportunidade de fortalecer a sua saúde.

Redes de saúde

As redes de saúde podem ser uma indicação de comportamento de saúde relacionado: por exemplo, os traços biológicos e comportamentais associados à obesidade parecem espalhar-se por laços sociais. As pessoas que experimentam o ganho de peso de outras pessoas nas suas redes sociais podem então aceitar mais prontamente o ganho de peso em si mesmas. Além disso, a distância social é mais importante do que a distância geográfica dentro das redes, e há um papel importante para um processo que envolve a indução e a disseminação pessoa-a-pessoa da obesidade. Intervenções de apoio de pares que permitem uma modificação das redes sociais das pessoas são, portanto, mais bem-sucedidas do que aquelas que não permitem. No entanto, as redes sociais também podem ser usadas para disseminar comportamentos positivos de saúde porque as percepções das pessoas sobre o seu próprio risco de doença podem depender das pessoas ao seu redor (Christakis e Fowler, 2007).

Os indivíduos investem e usam os recursos incorporados nas redes sociais porque esperam algum tipo de retorno. Um estudo de coorte na Califórnia, por exemplo, descobriu que as taxas de sobrevivência a ataques cardíacos melhoraram com um nível crescente de apoio social. Pessoas que estavam socialmente isoladas tinham três vezes a taxa de mortalidade ajustada por idade do que aquelas que participavam de redes sociais (Berkman, 1986). O envolvimento individual numa rede também pode trazer benefícios para a saúde pessoal de outras maneiras, porque as redes fornecem fontes de informações sobre a saúde de outros membros. Estes fornecem uma fonte de apoio emocional, prático e até financeiro em momentos de dificuldade de outras pessoas da rede e uma oportunidade de aplicar pressão, por meio da ação coletiva (Hubley e Copeman, 2008).

Redes de doentes

As redes de doentes podem ser apoiadas, por exemplo, por uma agência de serviços de saúde, ou podem ser independentes e ser formadas pelos seus membros para o benefício de seus membros, tanto doentes como profissionais de saúde.

A Patients Association (Reino Unido) é uma rede formada em torno de problemas comuns de doentes para melhor informação e apoio. As reclamações mais frequentes recebidas pela Patients Association são em relação à má comunicação, uso da casa de banho, alívio da dor, nutrição e hidratação. A associação aborda as preocupações compartilhadas dos seus membros, incluindo o dever de encaminhamento, para que os doentes possam confiar nos seus médicos para garantir que eles tenham acesso ao melhor tratamento. O acesso às informações é a melhor maneira de garantir que isso aconteça, e os grupos de apoio ao paciente estão numa posição ideal para fornecer esse serviço. Os médicos não podem ser especialistas em todas as áreas, e, por isso, é importante que eles sejam capazes de encaminhar os doentes para outras organizações que tenham a experiência.

Os médicos podem, então, apoiar ativamente os doentes na procura de outras redes que possam ajudá-los na gestão da sua condição (Patients Association, 2011).

Construindo a capacitação comunitária

A capacitação da comunidade é o aumento das habilidades das pessoas para definir, avaliar, analisar e agir sobre a saúde ou qualquer outra preocupação importante que tenham (Labonte e Laverack, 2001).

O interesse na capacitação como estratégia para habilidades e recursos sustentáveis em vários ambientes de promoção da saúde desenvolveu-se devido à necessidade de prolongar os ganhos do programa (Gibbon et al., 2002).

Na promoção da saúde, a tarefa não é criar um novo programa; em vez disso, a tarefa é examinar como a sua prática pode apoiar o desenvolvimento da capacitação. A capacitação torna-se o processo pelo qual o resultado final do aumento da sustentabilidade do programa pode ser alcançado através do aumento do conhecimento, habilidades e competências dos parceiros do programa.

Embora haja clareza no que diz respeito à definição de capacidade da comunidade, há menos no que diz respeito a como tornar este conceito operacional num contexto de programa. Nos últimos anos, no entanto, este conceito foi «desempacotado» nas áreas organizacionais de influência que contribuem significativamente para o seu desenvolvimento. Os nove «domínios de capacidade», por exemplo, representam aqueles aspetos do processo de capacidade da comunidade que permitem que as pessoas se organizem e se mobilizem melhor para obter maior controlo sobre as suas vidas. As capacidades em cada um dos domínios são indicativas de uma comunidade robusta e capaz, com fortes habilidades organizacionais e sociais. Os nove domínios de capacidade são:

1. Melhorar a participação das partes interessadas.
2. Desenvolver liderança local.
3. Construir estruturas organizacionais.
4. Aumentar as capacidades de avaliação de problemas.
5. Aumentar a capacidade das partes interessadas de perguntar ‘por quê?’
6. Melhorar a mobilização de recursos.
7. Fortalecer vínculos com outras organizações e pessoas.
8. Criar relacionamento igualitário com agentes externos.
9. Aumentar o controlo das partes interessadas sobre a gestão do programa (Laverack, 2007).

Uma abordagem participativa bem-sucedida para desenvolver a capacidade da comunidade usando os nove domínios permitiu que as pessoas se organizassem

melhor, planeassem estrategicamente ações para resolver as suas preocupações e avaliassem os resultados, como apresentado em seguida:

- Um período de observação e discussão é importante, em primeiro lugar, para adaptar a abordagem às necessidades sociais e culturais dos participantes. Por exemplo, o uso de uma definição prática de capacitação da comunidade pode fornecer a todos os participantes uma compreensão mais mútua do conceito no qual estão envolvidos e para o qual se espera que contribuam.
- A medição por si só é insuficiente para construir capacidade e, portanto, essas informações também devem ser transformadas em ações. Isso é alcançado por meio de planejamento estratégico para mudanças positivas nos nove domínios para alcançar melhorias num nível individual e comunitário com base em:
 - identificar atividades específicas;
 - sequenciar as atividades na ordem correta para fazer uma melhoria;
 - definir um cronograma realista, incluindo quaisquer metas; e
 - atribuir responsabilidades individuais para concluir cada atividade dentro do cronograma do programa.
- São avaliados os recursos necessários e disponíveis para melhorar a situação atual.

Capacidade da comunidade e saúde do coração

Aqui, utilizo um estudo de caso hipotético para mostrar como um programa comunitário de saúde cardíaca pode usar cada um dos nove domínios para aumentar a capacidade.

Participação: Exortar as pessoas a participar em sessões educacionais em sala de aula tem menos probabilidade de atrair a participação do que organizar eventos baseados nos interesses dos membros da comunidade: por exemplo, piqueniques ao ar livre e passeios pela vizinhança.

Liderança: O programa usou voluntários locais com boas redes e boas habilidades de cozinha, organização e cuidados infantis para planejar atividades comunitárias. Mais tarde, eles tornaram-se líderes locais para um projeto mais amplo de promoção da saúde voltado para uma variedade de questões, incluindo habitação, meio ambiente e emprego.

Estruturas organizacionais: O programa percebeu que a localidade carecia de estruturas comunitárias fortes e usou a saúde do coração, os piqueniques e outras atividades iniciais para estabelecer a estrutura de uma nova organização. Pode não ser sempre necessário criar uma nova organização, mas se não

houver organizações suficientemente representativas dos membros da comunidade, uma nova pode ser desenvolvida.

Avaliação de problemas: Os promotores de saúde ajudaram a envolver os membros da comunidade na avaliação de problemas, que incorporou tanto a capacitação comunitária como as necessidades dos residentes.

Perguntar porquê: A maioria das pessoas está ciente dos riscos de comportamento para a saúde cardíaca. Em vez de uma abordagem de «educação e conscientização», o programa organizou diferentes eventos educacionais. Estes consistiam principalmente em trabalhar com residentes em pequenos grupos para identificar porque algumas pessoas tinham hábitos de saúde piores e outras não, porque algumas pessoas tinham condições de vida pouco saudáveis e outras não, e quais as ações locais, estaduais e nacionais (de membros da comunidade, de legisladores e políticas públicas) que podiam remediar as circunstâncias insalubres.

Mobilização de recursos: Os promotores de saúde trabalharam com a nova organização para atrair recursos, inclusive para questões que escapavam às ideias dos financiadores sobre quais eram as atividades legítimas em relação às doenças cardiovasculares.

Ligações a outros: O programa conectou as novas organizações a outras organizações locais de base ampla, incluindo relações de intermediação com políticos e legisladores.

Agentes externos: Os promotores de saúde mantiveram uma autorreflexão crítica sobre os seus próprios papéis: Eles estavam a impor-se? A facilitar? A empoderar?

Essa abordagem reflexiva contínua (ver capítulo 4) foi avaliada periodicamente por meio de avaliações com membros da comunidade.

Gestão do programa: Com o tempo, e conforme recursos adicionais foram sendo obtidos, a nova organização assumiu um controlo mais direto sobre as atividades do programa (Laverack, 2004).

Representação visual da capacidade da comunidade

A avaliação da capacidade da comunidade usou informações qualitativas para fornecer, por exemplo, entrevistas transcritas, que eram difíceis e demoradas de interpretar. As lições aprendidas com essas experiências forneceram a base para novas abordagens que podem permitir que as pessoas representem visualmente o processo de capacitação como uma imagem gráfica num formato que todos possam entender.

O objetivo da representação visual é fornecer um meio pelo qual compartilhar a interpretação da avaliação com todos os parceiros. As informações podem ser comparadas ao longo de um período de tempo específico e entre os diferentes componentes de um programa. As representações visuais que são culturalmente sensíveis e fáceis de reproduzir podem, portanto, ser usadas como uma ferramenta apropriada para interpretar e compartilhar informações qualitativas.

A representação visual de conceitos complexos é uma opção atrativa porque pode mostrar os resultados de uma forma que pode ser facilmente compreendida por todos os participantes.

Um gráfico de radar é projetado especificamente para ser usado com a «abordagem de domínios» para desenvolver a capacidade da comunidade, discutida acima. Pode ser facilmente construído usando qualquer *software* de folhas cálculo que permite que valores quantitativos sejam exibidos graficamente. A representação visual fornece um «instantâneo» dos pontos fortes e fracos de cada domínio, e esta informação pode ser usada para comparar o progresso dentro de uma comunidade e entre comunidades no mesmo programa.

A representação gráfica das diferenças ao longo do tempo permite tirar conclusões sobre a eficácia da capacitação da comunidade num contexto de programa. Uma análise textual deve sempre acompanhar a representação visual para explicar por que alguns domínios são fortes e outros não (Laverack, 2007).

A figura 8.1 fornece o exemplo de um gráfico de radar concluído e mostra que todos os «domínios» eram fracos no momento da medição, com exceção da «mobilização de recursos». Esta comunidade teve experiências anteriores de recolha de fundos e, portanto, classificou este domínio mais alto. Em particular, o domínio «gestão do programa» recebeu uma classificação fraca da comunidade porque era uma nova intervenção e uma boa relação de trabalho entre a comunidade e os gestores ainda não tinha sido estabelecida. Medições subsequentes podem ser realizadas e, em seguida, colocadas no mesmo gráfico de radar. Ao longo da vida do programa, uma representação visual da capacidade da comunidade, à medida que aumenta ou diminui, pode ser traçada.

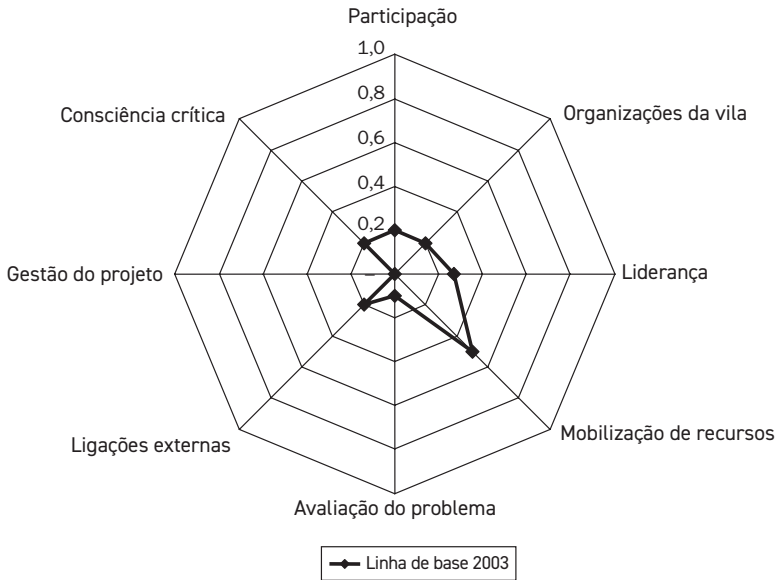


Figura 8.1. Gráfico radar da linha de base para a capacitação comunitária

Pontos-chave do capítulo

- Uma comunidade ocupará uma dimensão espacial – ou seja, um lugar ou local – e uma dimensão não-espacial que envolve relacionamentos entre as pessoas.
- A participação ativa em parcerias pode construir a confiança entre os indivíduos que, por sua vez, pode levar à ação coletiva.
- A entrada de recursos não precisa de ser financeira, pois as pessoas podem trazer um conhecimento local e contribuições voluntárias, como o seu tempo e energia.
- O voluntariado é possível em todos os níveis de promoção da saúde, mas requer que as pessoas pensem de forma diferente e estejam preparadas para confiar umas nas outras.
- A capacitação promove a sustentabilidade do programa por meio do aumento do conhecimento, habilidades e competências dos seus parceiros.
- A representação visual de conceitos complexos é uma opção atrativa porque pode mostrar os resultados de uma forma que pode ser facilmente compreendida por todos os participantes.

9. Entendendo e influenciando a política

Políticas públicas saudáveis

As políticas públicas saudáveis cobrem uma gama de atividades que permeiam diferentes sectores, incluindo habitação, transporte e emprego, e envolvem uma ampla gama de grupos, incluindo consumidores, serviços governamentais, organizações não governamentais, grupos de pressão e o sector comercial (Baum, 2008).

Uma política pública saudável pode-se sobrepor à política social, pois inclui aspetos da economia, da sociedade e da política, da seguridade social e da promoção da saúde e da educação (Dixey et al., 2013). A política de saúde difere da política pública de saúde porque está especificamente preocupada com o financiamento e operação dos serviços de assistência médica e as formas de abordá-los (Brown, 1992).

Pode ser difícil definir as ligações causais entre uma intervenção política e uma melhoria na saúde porque isso está relacionado com os determinantes sociais, económicos e políticos da vida das pessoas. A política pode realmente criar disparidades entre diferentes grupos, mesmo dentro da mesma comunidade, e, portanto, o desenvolvimento de soluções de política deve envolver as comunidades para as quais foram projetadas. No entanto, as pessoas que controlam o processo político (partidos políticos e outras partes interessadas governamentais aos níveis nacional, municipal, regional e local) podem ou não envolver aqueles que são influenciados por um resultado de política. Em vez disso, o processo de política pode ser usado como um meio de exercer controlo sobre pessoas, recursos e tomada de decisões (Labonte e Laverack, 2008).

Influenciar a política é possível porque, longe de ser previsível, a política depende da capacidade de diferentes partes interessadas de negociar um meio-termo no seu desenvolvimento.

Compreendendo o processo político

A política está relacionada com o processo de tomar decisões, estabelecer metas e estabelecer formas de abordá-las por meio de, por exemplo, projetos de saúde, legislação, diretrizes e códigos de conduta. O desenvolvimento de políticas é complexo e geralmente é feito de uma combinação de decisões, agendas e ações ao invés de apenas uma decisão, e pode estender-se por um longo período de tempo (Brown, 1992). A política pode mudar com o tempo e é influenciada por muitos fatores, incluindo outras decisões de política e partes interessadas em diferentes níveis envolvidos no processo de formulação de política. Por causa da gama de questões que as políticas públicas saudáveis abordam – por exemplo, consumir álcool, fumar e reduzir a pobreza –, a sua formulação e desenvolvimento é o alvo de grupos de pressão, grupos de defesa e movimentos sociais, e é intrinsecamente uma atividade política (Draper, 1991). No entanto, isso também pode proporcionar a oportunidade para os promotores de saúde e os seus parceiros influenciarem o processo político e envolverem-se em ações políticas.

Referenciais de formulação de políticas

Diversos referenciais úteis foram desenvolvidos para conceptualizar como as pessoas podem agir para mudar o processo de desenvolvimento de políticas (Lindquist, 2001). Refletem principalmente os processos num sistema político democrático e dentro de dois grandes paradigmas: racionalista e político (Neilson, 2001).

O paradigma racionalista tem a sua origem na teoria económica clássica, que presume que os atores têm todas as informações e são capazes de estabelecer prioridades para atingir um objetivo desejado e amplamente incontestado. É impulsionado pela produção e consideração de diferentes formas de evidência, como investigações em saúde pública, bem como a contribuição de especialistas como uma parte valiosa do processo.

O paradigma político gera modelos de política derivados da política comparada e das relações internacionais. Essas teorias enfatizam a importância da definição da agenda, das redes de políticas, das narrativas das políticas e da transferência das políticas na formulação das decisões finais. As decisões de política, por sua vez, são feitas com base na barganha e negociação entre as diversas partes interessadas, que empregam uma variedade de abordagens para ter influência em cada etapa do processo de política.

Da perspectiva dos formuladores de políticas, a abordagem mais eficaz combina elementos dos paradigmas racional e político. Por exemplo, a introdução de uma política para proibir o fumo em locais públicos foi inicialmente baseada em fortes evidências epidemiológicas sobre o fumo passivo. No entanto, a melhor estratégia para reduzir as mortes e doenças causadas pelo fumo passivo seria a proibição total do fumo, inclusive em residências. Obviamente, tal política seria muito difícil de regulamentar, bem como de criar oposição para grupos libertários civis. A decisão política foi, portanto, um compromisso com base nas evidências disponíveis e em interesses opostos para alcançar uma meta exequível, em vez de uma meta ideal (Neilson, 2001).

O desenvolvimento de políticas muitas vezes é um compromisso com base nas evidências disponíveis e em interesses opostos para alcançar um objetivo realista e alcançável, em vez de um objetivo ideal.

Influenciando o processo político

A ação do governo sobre políticas pode ser vista como um empreendimento democrático que, em teoria, reflete as necessidades de uma proporção significativa do público. O «modelo de múltiplos fluxos» tenta explicar a mudança na agenda: como e por que algumas questões são transferidas para a agenda de decisão dos partidos políticos, enquanto outras não. No «modelo de múltiplos fluxos», o governo é visto como uma arena através da qual ocorrem três fluxos de atividades separadas e simultâneas:

1. O fluxo do problema consiste nas condições em que os formuladores de políticas optam por interpretar como problemas.
2. O fluxo das propostas políticas consiste em várias «soluções» desenvolvidas por especialistas.
3. O fluxo de processos políticos consiste em desenvolvimentos envolvendo condições macropolíticas: o estado público, a política do grupo de interesse e a rotatividade das partes interessadas administrativas e legislativas (Cohen Vogel e McLendon, 2009).

Os três fluxos de problemas, propostas políticas e processos políticos fluem através do sistema governamental em grande parte independentemente umas das outras e cada uma de acordo com seu próprio conjunto de dinâmicas. Como

resultado, a mudança dentro de um fluxo pode ocorrer independentemente da mudança nos outros dois fluxos.

Uma questão ganha força na agenda política apenas quando ocorre a convergência do fluxo, quando uma janela de oportunidade se abre, permitindo aos ativistas políticos uma hipótese de direcionar a atenção para a sua agenda. O ponto em que a ação pública pode redefinir as preocupações com as políticas tem, portanto, de esperar por um desenvolvimento na corrente política para que os ativistas possam usar isso em sua vantagem (Cohen-Vogel e McLendon, 2009).

Seis etapas para influenciar o processo político

Para aqueles que desejam influenciar o processo de formulação de políticas, cada etapa do seu desenvolvimento oferece oportunidades de mudança. Isto pode ser apresentado com seis etapas pelas quais grupos externos podem influenciar o processo de política:

1. identificar problemas;
2. analisar política;
3. realizar consulta;
4. avançar para decisões;
5. implementar; e
6. avaliar (Edwards et al., 2001).

1. Identificar problemas

Inicialmente, o problema de saúde deve ser definido e articulado antes que uma decisão possa ser tomada quanto a incluí-lo na agenda política. As agendas de políticas governamentais costumam estar lotadas e, portanto, as questões a serem selecionadas estão em competição umas com as outras. É útil se as pessoas que propõem o problema puderem demonstrar que se trata de uma situação indesejável e que está a piorar. Em particular, precisam de mostrar que algum dano público resultará, a menos que uma ação seja tomada, e que esse dano pode ser expresso em termos de resultados sociais, económicos ou de saúde. Por exemplo, as ações políticas sobre o tabagismo têm maior probabilidade de serem consideradas quando os efeitos sociais e económicos de longo prazo, como o aumento nos gastos com saúde e a perda de produtividade, podem ser mostrados. Outro exemplo é a ameaça de multas, estratégia frequentemente utilizada nos

EUA, que tem sido eficaz para mudar as práticas de produção, *marketing* e *retalho* de empresas de alimentos envolvidas na indústria de alimentos processados e *fast-food* no que diz respeito aos danos relacionados com a obesidade (Labonte e Laverack, 2008).

A responsabilidade de colocar uma questão de política na agenda do governo geralmente recai sobre o ministro apropriado, que deve garantir que haja uma compreensão e aceitação suficientemente ampla da questão para que tenha uma boa hipótese de avançar no ciclo de política. Isso oferece uma oportunidade de influenciar o ciclo de políticas por meio de ações como *lobby* (ver capítulo 3): por exemplo, enviando uma carta, e-mail ou mensagem de texto, ou assinando uma petição dirigida ao ministro. É também uma oportunidade de influenciar o ciclo de políticas por meio de ações como a participação em manifestações pacíficas. Os *media* podem desempenhar um papel significativo, e as pessoas podem-se associar a uma campanha publicitária para tentar influenciar as decisões tomadas pelo ministro na seleção da agenda política, por exemplo; uma questão que é obviamente popular com o público pode ter uma hipótese melhor de ser incluída na agenda de políticas.

Ter cobertura dos *media* sobre uma questão política não garante que receberá atenção política, mas a falta de cobertura dos *media* garantirá que não receba atenção política.

Os grupos de pressão podem desafiar o governo a apresentar uma agenda política específica, mas o sucesso do argumento de um grupo sobre o contra-argumento de outro grupo é amplamente baseado em quem tem acesso à maioria dos recursos que lhes permite apresentar uma campanha mais convincente.

2. Analisar política

A análise de políticas é realizada principalmente internamente e em sigilo, um processo no qual a influência externa é difícil. As etapas da análise de política estão essencialmente sujeitas à política interna, mas também à política do Estado e ao aparato de administração e gestão. A análise da política geralmente envolve três elementos:

1. recolher os dados relevantes;
2. esclarecer os objetivos e resolver as questões-chave que foram levantadas; e
3. identificar as propostas que formarão a base da reforma política.

Um fator importante é o nível de investimento feito nesta fase para garantir uma análise completa das questões e fornecer clareza suficiente para que as decisões possam ser tomadas rapidamente para encontrar soluções para os problemas.

Mas mesmo quando existe uma solução política, pode ser necessário esperar por um clima político favorável. As evidências científicas contra o vínculo causal do fumo passivo e problemas de saúde, por exemplo, já existiam há algum tempo antes de se tornar uma prioridade política, motivadas por uma posição de direitos morais e pessoais. Foi então que surgiu a janela de oportunidade para agir no sentido de introduzir políticas sobre o tabagismo passivo com o apoio do público (Berridge, 2007).

Os investigadores podem desempenhar um papel importante, mas limitado, ajudando a identificar e fornecer as evidências necessárias para resolver os problemas que surgem durante a análise de políticas.

Alguns investigadores são capazes de se envolver com a análise de políticas diretamente por meio de conselhos consultivos, *briefings* ministeriais e parcerias de investigação com o governo. Os investigadores tentam facilitar o uso do seu trabalho fornecendo evidências cientificamente rigorosas; no entanto, a linguagem académica e os longos prazos de publicação muitas vezes perdem a arena de rápida mudança do desenvolvimento de políticas. Os investigadores podem oferecer aconselhamento formal, colocando-se à disposição dos formuladores de políticas para consulta e fornecendo relatórios e análises rápidas. Por outro lado, os formuladores de políticas interpretam os conselhos informados sobre investigações como inspiração e por razões operacionais pragmáticas. Eles são operadores experientes e um tanto cínicos na arena política que usam investigadores para os seus próprios fins.

Isso depende do papel e da posição do investigador, do estágio atual de desenvolvimento da política em que ele está envolvido, do nível de contenção sobre a política e da credibilidade dos investigadores. Por exemplo, investigadores de alto nível com uma visão do seu campo e habilidades retóricas são usados para persuadir ministros, *stakeholders* e o público durante a definição e formação de uma agenda política. Investigadores com experiência mais restrita, como especialistas em ensaios clínicos, são usados para aconselhar sobre o desenho e avaliação da intervenção, uma vez acordadas as diretrizes gerais da política (Haynes et al., 2011).

Na realidade, o desenvolvimento de políticas é realizado principalmente internamente e em sigilo, e o nível de envolvimento público e consulta aos investigadores são limitados.

3. Realizar consulta

A consulta pode ser formal ou informal e pode ocorrer em qualquer etapa do processo político. A consulta é frequentemente facilitada pela publicação de um documento de discussão que descreve as intenções da política e permite *feedback* de indivíduos e grupos de pressão. As pessoas podem ser formalmente solicitadas a responder ao documento de discussão ou pode ser colocado na arena pública para estimular um debate aberto sobre as questões. O objetivo é que a fase de consulta leve a um refinamento da política e a uma aceitação pública mais ampla das suas intenções.

É nesta fase que existe uma oportunidade de envolvimento no processo político. O Coletivo de Prostitutas da Nova Zelândia (NZPC), por exemplo, conseguiu uma mudança na legislação por meio do Ato de Reforma da Prostituição de 2003. Isso foi amplamente alcançado por meio de sua ação coletiva e, criticamente, por causa do seu acesso interno aos comitês consultivos do governo sobre VIH/SIDA. Um fator importante que levou o NZPC a ter uma maior influência foi o desejo de as autoridades de saúde pública comunicarem com a indústria do sexo para lidar com a disseminação do VIH. Isso impulsionou a oferta de apoio e colaboração com comitês consultivos do governo e deu ao NZPC uma posição privilegiada que lhe permitiu mudar a agenda para incluir os direitos, saúde ocupacional e segurança das profissionais do sexo (Laverack e Whipple, 2010).

As evidências sobre como influenciar as políticas sugerem que o acesso interno a centros de políticas e comitês consultivos pode ser uma estratégia eficaz.

O objetivo nesta fase é garantir que as pessoas envolvidas na tomada de decisões conheçam a opinião pública a favor ou contra a questão, e a consulta é especialmente importante quando as escolhas de políticas são fortemente contestadas. Embora a mudança para a consulta à comunidade por parte dos governos seja um passo potencialmente positivo, nem sempre está claro que

interesses estão a ser mais atendidos. A participação pode tornar-se uma forma de demonstrar um processo democrático que, na verdade, é desprovido de reflexão crítica sobre como pode ser empoderador para as comunidades afetadas. No final, os burocratas ganham mais poder porque podem alegar que consultaram a comunidade, e, portanto, as suas conclusões têm um peso politicamente mais correto. Se essas conclusões realmente beneficiam os grupos comunitários, isso não é necessariamente um resultado ruim. Mas nem sempre é esse o caso, e, a menos que os profissionais estejam claros sobre os motivos pelos quais estão a consultar as comunidades, correm o risco de envolvê-las em discussões sem real importância.

4. Avançar para decisões

Após a análise, debate e refinamento da política, uma proposta será apresentada para aprovação pelo governo ou agência relevante. Apesar da análise e consulta anteriores, a decisão final ainda terá de considerar questões de economia, eficiência e equidade. Pode ser necessário chegar a um meio-termo: por exemplo, um compromisso em que a política seja implementada gradualmente ao longo de um período de tempo para permitir que fundos suficientes sejam disponibilizados.

Alternativamente, as reformas de política podem ser introduzidas como um pacote junto com outras medidas, assistência e benefícios. O objetivo é apresentar publicamente a reforma política com um mínimo de oposição e crítica.

Nesta fase do processo político, se as pessoas se opõem às decisões podem continuar a usar uma série de ações diretas e indiretas, como a ameaça de retirar coletivamente os seus votos para quem está a tomar a decisão, envolver-se numa campanha publicitária agressiva ou instigar uma ação legal contra aqueles que tomam a decisão política. O objetivo dessas ações é tentar forçar aqueles que tomam a decisão política a chegar a um acordo a favor das opiniões daqueles contra ela.

5. Implementar

Uma vez tomadas e aprovadas as decisões, a política entra num período de implementação em direção aos resultados desejados, embora isso invariavelmente implique alguma modificação. A evidência mostra uma série de causas para uma falha na fase de implementação, incluindo ambiguidade na própria política,

conflito com outras políticas, ter uma prioridade política baixa ou gerar conflito com partes interessadas significativas (Edwards et al., 2001).

As políticas podem realmente ser reformuladas na fase de implementação, e isso oferece a oportunidade de interferir e possivelmente paralisar o processo de implementação. A melhor hipótese de sucesso nesta fase é o efeito da má publicidade que pode ser aproveitada contra a reforma da política. Para isso, a tecnologia de comunicação inovadora (ver capítulo 3), como petições eletrônicas ou mensagens de texto, pode ser usada como uma opção de baixo custo, mas eficaz. Isso é possível porque, nessa etapa, os decisores frequentemente perdem o interesse no processo político e são dados recursos insuficientes para promover as reformas.

6. Avaliar

A avaliação é uma parte essencial do processo de formulação e implementação e permite que as informações sejam continuamente retroalimentadas para adaptar, alterar ou mesmo cancelar a política. A avaliação da política pode levar a revisões incrementais se as reformas não estiverem a ser cumpridas de forma eficiente: por exemplo, se o propósito da reforma era aumentar a equidade na pensão alimentícia, mas posteriormente foi demonstrado que isso não aconteceu, a política pode ser alterada e reimplementada. A avaliação pode ser influenciada por uma agenda política mais ampla, que também pode ter mudado desde que a decisão política original foi tomada. Nesse caso, pode ser mais difícil justificar a continuação da política se, por exemplo, ela agora tiver uma prioridade menor na agenda política. A avaliação de políticas dá mais esperança para aqueles cujas ações e táticas para influenciá-la não tenham sido bem-sucedidas, podendo usar o processo de revisão como um meio de reintroduzir mudanças ou interromper as reformas.

A avaliação do impacto na saúde é um meio para avaliar os impactos das políticas na saúde por meio de técnicas quantitativas, qualitativas e participativas. Por exemplo, o transporte é um fator importante para acidentes rodoviários, poluição do ar e ruído. Uma política de transporte saudável pode ajudar a reduzir esses riscos, bem como promover a atividade física, como caminhar e andar de bicicleta (Taylor et al., 2003).

O sucesso de influenciar o processo de política aumenta quando é tecnicamente simples e necessita apenas de mudanças marginais em qualquer política existente.

A probabilidade de sucesso de influenciar o processo de política aumenta ainda mais quando ele é implementado por uma agência, tem objetivos claros, tem uma duração curta (Walt, 1994) e aborda problemas definidos clinicamente, em vez daqueles que residem nos determinantes sociais complexos da saúde.

A influência das organizações da sociedade civil

Os promotores de saúde desempenham um papel fundamental na implementação da política por meio dos programas que oferecem com o objetivo de melhorar a saúde. O profissional também pode usar os seus conhecimentos, recursos e experiência para trabalhar com grupos da sociedade civil para ajudá-los a obter mais controle sobre o processo político. Devido à gama de questões que as políticas públicas saudáveis abordam, por exemplo – consumir álcool e fumar – a sua formulação também é alvo de grupos de pressão, movimentos sociais e ativistas, e é intrinsecamente uma atividade política (Draper, 1991). Os interesses conflitantes envolvidos em muitas decisões em torno de políticas públicas saudáveis significam que a sua implementação também resultará em desafiar a autoridade de alguns *stakeholders* que têm uma grande influência e que desejam proteger os interesses dos seus acionistas, funcionários e membros. As organizações da sociedade civil, portanto, precisam de usar uma variedade de táticas para atingir os seus objetivos e ter mais influência política.

Grupos de pressão

O objetivo dos grupos de pressão é mudar as opiniões e atitudes da sociedade e influenciar o processo de formulação de políticas (Young e Everritt, 2004).

Os grupos de pressão são comumente formados com base nos interesses dos seus membros, incluindo organizações profissionais e comunitárias, por uma causa específica. Há uma distinção importante a ser feita entre grupos de pressão que são apoiados por um agente externo, como um empregador de serviços de saúde, e aqueles que são independentes e são formados pelos seus membros, para o benefício dos seus membros.

Grupos de consumidores de saúde

Os grupos de consumidores de saúde são organizações voluntárias que promovem e representam os interesses dos usuários ou cuidadores de serviços de saúde, geralmente formados ao nível nacional pelos seus membros, para o benefício dos seus membros (Allsop et al., 2004). Esses grupos cobrem uma variedade de condições de saúde, incluindo doenças cardíacas, saúde mental e saúde materno-infantil.

Os grupos de consumidores de saúde são, na sua maioria, organizações de caridade e concentram-se numa questão política específica, optando por usar táticas como compartilhar informações, fornecer serviços de apoio para os seus membros e usar recursos *online*. Um exemplo prático é a ação de mulheres no Reino Unido que estabeleceram grupos de pressão locais para se organizar e se mobilizar para tentar mudar a decisão tomada pelos fundos do Serviço Nacional de Saúde de se recusar a financiar o medicamento Herceptin® para uso nos estágios iniciais do cancro da mama, até que foi licenciado. Organizaram ações como manifestações locais fora de hospitais, petições, protestos e cartas e *e-mails* para os membros do Parlamento. Criaram um *website* para apoiar outras mulheres e embarcaram numa campanha publicitária agressiva contra o governo. Eventualmente, o sucesso de um processo judicial garantiu que o Herceptin® fosse aprovado para uso no Serviço Nacional de Saúde. Isso deveu-se em grande parte à ação determinada do grupo de pressão ao nível nacional, que por sua vez teve uma influência mais ampla na distribuição de Herceptin® a terceiros (Boseley, 2006).

Deve-se notar que os grupos de pressão podem simplesmente tornar-se atores num processo que realmente aumenta a legitimidade da política governamental ou dos interesses corporativos, uma vez que procuram a sua própria agenda. Isso ocorre porque os grupos de pressão geralmente são de curto prazo e frequentemente têm pouca influência e poucos recursos. No entanto, as suas hipóteses de sucesso aumentam se forem capazes de formar algum tipo de aliança ou parceria com outras pessoas que compartilham as suas preocupações para criar um movimento social de saúde mais amplo.

Movimentos sociais de saúde

Os movimentos sociais de saúde desafiam o Estado, as formas institucionais e outras formas de autoridade para dar ao público mais voz no desenvolvimento de políticas (Brown e Zavestoski, 2004).

Os movimentos sociais de saúde são um importante ponto de interação social no que diz respeito aos direitos das pessoas ao acesso aos serviços e ao enfrentamento das desigualdades com base, por exemplo, na raça, classe, gênero e orientação sexual. O que torna um movimento diferente de outras formas de mobilização social, como grupos de pressão e defesa de direitos, é a capacidade de ir além da influência dos seus participantes e da sua base de recursos. Um movimento social é capaz de manter uma ideologia independentemente dos seus membros, funções e estrutura organizacional. Para fazer isso, um movimento deve ter «raízes sociais profundas» e redes sociais fortes (Laverack, 2013b).

Os movimentos sociais de saúde sobrepõem-se nos seus objetivos e táticas, mas podem ser amplamente categorizados em três tipos:

1. Os movimentos de acesso à saúde procuram o acesso equitativo aos serviços de saúde: por exemplo, por meio de reformas nacionais de saúde e uma extensão do seguro de saúde a sectores não segurados da população.
2. Os movimentos corporativos de saúde preocupam-se com as pessoas que desejam abordar experiências pessoais de doença e deficiência por meio do desafio da evidência científica pelo reconhecimento médico das suas ideias ou das suas próprias investigações. Podem incluir pessoas diretamente afetadas por uma condição ou aqueles que se sentem um grupo de risco: por exemplo, o movimento VIH/SIDA.
3. Os movimentos de saúde de grupos constitucionais preocupam-se com as desigualdades na saúde quando as evidências mostram um descuido ou um resultado desproporcional: por exemplo, o movimento de direitos humanos (Brown e Zavestoski, 2004).

A publicidade negativa recebida sobre, por exemplo, as experiências com anticoncepcionais, radiação e imunização, criou um nível elevado de desconfiança por parte do público e levou as pessoas a desafiar as políticas governamentais. As pessoas descobriram que coletivamente, através de movimentos sociais de saúde, por exemplo, podem aplicar uma pressão significativa para influenciar a política que afeta as suas vidas e saúde (Brown e Zavestoski, 2004).

Os movimentos sociais são importantes para a promoção da saúde porque proporcionam a oportunidade para as pessoas terem maior influência por meio de uma ampla base de participantes e recursos.

O movimento ambientalista do cancro de mama

O movimento ambientalista do cancro de mama nos EUA é um exemplo dos esforços de mulheres que se preocupavam tanto com o acesso desigual aos serviços de saúde quanto com os direitos humanos. Este movimento social de saúde foi criado na década de 1970 na área da Baía de São Francisco por pessoas em risco ou afetadas pelo cancro de mama. O movimento social de saúde pressionou o desenvolvimento de mais ensaios clínicos, acesso compassivo a novos medicamentos e maior financiamento governamental, usando táticas como o envolvimento em ações legais e campanhas criativas nos *media* para influenciar o processo político (Brown e Zavestoski, 2004). Vinte anos depois, surgiu um novo regime de cancro de mama, influenciado pelos esforços do movimento ambientalista contra o cancro de mama. As mulheres tinham fácil acesso a centros oncológicos, grupos de apoio e educação para doentes, uma escolha de alternativas médicas e um papel como parte da equipa de saúde que administrava o tratamento do cancro. Essencialmente, o cancro da mama tornou-se politizado e foi reformulado como uma questão de direitos humanos e uma doença ambiental (Klawiter, 2004).

Ativismo em saúde

O ativismo em saúde envolve um desafio à ordem existente sempre que for percebida como influenciando negativamente a saúde das pessoas ou que tenha levado a uma injustiça ou desigualdade (Plows, 2007).

Ativismo é a ação em prol de uma causa: ação que vai além do que é rotineiro e convencional na sociedade (Martin, 2007) e, portanto, é relativa a outras ações utilizadas por indivíduos, grupos e organizações. O ativismo tem um propósito explícito de ajudar a empoderar os outros, e isso materializa-se em ações que

são tipicamente enérgicas, apaixonadas, inovadoras e comprometidas. Historicamente, o ativismo tem desempenhado um papel importante na proteção dos trabalhadores contra a exploração, protegendo o meio ambiente, promovendo a igualdade para as mulheres e opondo-se ao racismo (Laverack, 2013b).

Ações indiretas e diretas

Os tipos de ações que as organizações ativistas realizam podem ser amplamente subdivididos em duas categorias: indiretas e diretas.

1. As ações indiretas são não-violentas e convencionais e muitas vezes requerem um mínimo de esforço, embora coletivamente possam ter um efeito dramático. As ações indiretas incluem votar, assinar uma petição, participar de um «*sit-in* virtual (*online*)» e enviar uma carta ou *e-mail* para protestar sobre a sua causa.
2. Ações diretas podem tornar-se progressivamente mais «não convencionais», variando de protestos pacíficos a infligir danos físicos intencionais a pessoas e propriedades.

Para a maioria dos ativistas, o seu foco está em táticas de curto prazo, reativas e diretas como o seu principal, e muitas vezes único, meio de ação, visando ter um efeito imediato e em tempo real.

As ações diretas podem ser subdivididas em ações não-violentas e violentas. Ações diretas não-violentas incluem protestos, vigílias, marchas, greves, boicotes ao consumo, campanhas publicitárias e ações legais. O objetivo dessas táticas é aumentar o nível de influência que um indivíduo, grupo ou organização tem, aproveitando ativos adicionais.

Boicotes ao consumo, por exemplo, são uma forma de ação direta não-violenta com foco na mudança de hábitos de compra a longo prazo, e geralmente fazem parte de uma estratégia mais ampla que visa a reforma dos mercados de consumo, ou o compromisso do governo com a aquisição moral de produtos.

O boicote de consumidores foi uma tática de ativistas nas décadas de 1960 e 1970 para tentar punir as corporações. Na década de 1990, no entanto, a tendência era desenvolver padrões e credenciar produtos de retalho que seriam recompensados pelos consumidores. Surgiram preocupações de que o boicote de produtos pode forçar as pessoas envolvidas no trabalho de manufatura a recorrer a fontes de renda mais perigosas. A UNICEF, por exemplo, estimou que 50 000 crianças foram demitidas dos seus empregos na indústria do vestuário no Bangladesh após a introdução da Lei de Dissuasão do Trabalho Infantil nos EUA, na

década de 1990. Muitas crianças então recorreram a trabalhos como pedreiras, tráfico de rua e prostituição, trabalhos mais perigosos e exploradores do que a produção de roupas. O estudo sugere que alguns boicotes a produtos podem ter consequências negativas de longo prazo que realmente prejudicam, em vez de ajudar, as crianças empregadas em empregos de baixa renda (UNICEF, 2001).

Ações violentas diretas incluem táticas físicas usadas contra pessoas ou propriedades, colocando-os numa posição de vulnerabilidade planejada, para prevenir a ação ou participar de uma desobediência civil. A ação direta pode ser simbólica e desafiadora, enviando uma mensagem ao público em geral e/ou aos proprietários, acionistas e funcionários de uma empresa específica e/ou aos legisladores sobre queixas específicas.

A gama de táticas usadas pelos ativistas estende-se de táticas convencionais e pacíficas a ações cada vez mais não-convencionais e mais violentas. Se o uso de táticas convencionais por uma organização não for bem-sucedido, ela pode optar por usar táticas mais radicais como parte de sua estratégia de longo prazo. Este é um processo dinâmico porque as organizações também usam uma variedade de táticas, culturalmente informadas e, em certa medida, moldadas pelas leis locais. As táticas também continuam a evoluir juntamente com oportunidades políticas e desenvolvimentos tecnológicos, incluindo o uso de tecnologias de comunicação inovadoras para realizar táticas *online*.

Pontos-chave do capítulo

- Influenciar a política é possível porque o processo de política depende da capacidade das diferentes partes interessadas em negociar um meio-termo no seu desenvolvimento.
- A política costuma ser um meio-termo com base nas evidências disponíveis e em interesses opostos para alcançar uma meta realista e alcançável, em vez de uma meta ideal.
- O desenvolvimento de políticas é realizado principalmente internamente e em sigilo, e o nível de envolvimento público e consulta aos investigadores é limitado.
- Ações diretas por meio de grupos de pressão, movimentos sociais e ativismo podem ser uma forma eficaz de influenciar o processo de desenvolvimento de políticas.

10. A avaliação da promoção da saúde

A avaliação preocupa-se com a avaliação de como as ações alcançaram um resultado específico ou até que ponto uma mudança ocorreu no grupo-alvo pretendido como resultado do programa de promoção da saúde (Hubley e Copeman, 2013).

O que é a avaliação?

A avaliação da promoção da saúde é um campo em evolução com o objetivo de fornecer mais evidências do que realmente funciona. Isso torna-se mais difícil devido à ampla gama de abordagens, modelos e teorias que são usados na promoção da saúde e às restrições financeiras, de tempo e de capacidade que os promotores de saúde enfrentam na prática. Os programas de promoção da saúde são realizados para promover ou manter a saúde e o bem-estar de um indivíduo, grupo ou comunidade. Embora não haja um acordo real sobre o propósito geral de uma avaliação de programa, ela deve abordar as metas gerais e fornecer informações sobre o processo, resultados, impacto, operação, progresso e realizações. A avaliação ajuda a entender o que acontece durante o período do programa (e depois), tanto positiva quanto negativamente, para aprender com isso e, então, tirar conclusões baseadas em evidências.

Os promotores de saúde são cada vez mais solicitados a fornecer evidências de que a sua prática é eficaz, embora as teorias e abordagens que eles usam sejam frequentemente consideradas não testadas (Raphael, 2000).

Estilos de avaliação *top-down* e *bottom-up*

A avaliação da promoção da saúde tradicionalmente usa indicadores predeterminados para os quais os beneficiários do programa geralmente não contribuem.

O papel do promotor de saúde tem sido o de «especialista», aquele que julga o mérito ou o valor. A avaliação tem sido utilizada como instrumento de controlo por meio da medição de desempenho, do cumprimento de metas e do *feedback* sobre os elementos operacionais da implementação. Este é um estilo de avaliação de *top-down* que pode enfraquecer todos os *stakeholders* do programa.

Um estilo de avaliação *bottom-up* coloca o foco no envolvimento de todos os parceiros por meio de métodos participativos e afasta a prática das abordagens convencionais guiadas por especialistas. Isso significa uma mudança fundamental entre os profissionais e os beneficiários do programa, em que o controlo das decisões sobre a avaliação é distribuído de forma mais equitativa.

A avaliação ajuda a capacitar os beneficiários, envolvendo-os ativamente no processo de avaliação e desenvolvimento de habilidades para, posteriormente, fornecer os meios para melhorar ainda mais o programa (Laverack, 2007).

A avaliação da promoção da saúde raramente é perfeita, muitas vezes confusa, «rápida e suja» ou mesmo omitida. Isso pode ser evitado permitindo recursos suficientes para uma avaliação e seguindo algumas etapas simples durante o planeamento do programa.

Seis etapas simples para a avaliação do programa

A avaliação é normalmente realizada durante o desenvolvimento do programa ou após a sua conclusão, e isso pode ser fortalecido seguindo, o mais próximo possível das restrições de implementação, seis etapas simples durante o planeamento:

1. Definir objetivos SMART (específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e com escala temporal) no início do programa.
2. Realizar um estudo de linha de base para demonstrar as alterações decorrentes das atividades do programa.
3. Abordar o processo, o resultado e o impacto, e procurar as realizações, bem como as falhas do programa no desenho da avaliação.
4. Se possível, identificar os controlos (situações idênticas ou semelhantes) para poder mostrar a mudança como resultado das atividades do programa.
5. Envolver todos os parceiros na avaliação.
6. Planear para registar os benefícios do programa que, de outra forma, poderiam ser perdidos pela avaliação: por exemplo, «derivações», como um aumento na coesão da comunidade (Hubley e Copeman, 2013).

Dois paradigmas de avaliação

Ao aplicar uma abordagem de investigação à avaliação, é útil primeiro considerar o uso de um paradigma apropriado. Um paradigma pode ser definido como uma visão do mundo composta por múltiplas categorias de crenças, sendo as principais os seus pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos (Guba, 1990). Os pressupostos ontológicos referem-se à forma como o mundo é, à natureza da realidade. Os pressupostos epistemológicos referem-se ao que podemos saber sobre essa realidade. Os pressupostos metodológicos referem-se a como conhecemos essa realidade e às estratégias que empregamos para descobrir a forma como o mundo funciona. Dois paradigmas mais relevantes para a avaliação da promoção da saúde são o positivista e o construtivista.

O paradigma positivista

O paradigma convencional da promoção da saúde é tipificado como positivista. A sua ontologia consiste na crença numa única realidade, independente de qualquer observador, e na crença de que verdades universais, independentes de tempo e lugar, existem e podem ser descobertas. A sua epistemologia consiste na crença de que o avaliador pode e deve investigar um fenómeno de uma forma livre de valores e preconceitos. A metodologia favorece projetos experimentais para testar hipóteses e preocupa-se com a previsão por meio de prova ou certeza e com medidas singulares de realidade e verdade (Labonte e Robertson, 1996).

O paradigma construtivista

O paradigma construtivista fornece uma estrutura mais ampla em que «verdade» e «facto» são reconhecidos por terem dimensões subjetivas. O que emerge desse processo é uma agenda de negociação a partir das questões levantadas entre o avaliador e os envolvidos na avaliação. A sua ontologia é relativista, ou seja, as realidades são construídas socialmente. As realidades são locais e específicas, dependem da sua forma e conteúdo e das pessoas que as detêm. A sua epistemologia reconhece o avaliador como parte da realidade que está a ser avaliada, e os resultados são uma criação do processo de investigação entre o investigador e o avaliado. No paradigma construtivista, a verdade não é absoluta, mas é entendida como a verdade mais bem informada e mais sofisticada que podemos construir a qualquer momento. A metodologia utiliza entrevistas qualitativas e técnicas de observação que procuram saber como e o que as pessoas vivenciam

no seu contexto. As construções individuais são eliciadas, refinadas, comparadas e contrastadas, utilizando, por exemplo, uma análise de conteúdo da informação, com o objetivo de gerar uma ou mais interpretações (Labonte e Robertson, 1996).

O paradigma construtivista é adequado para técnicas de avaliação participativa na promoção da saúde que envolvem positivamente todos os *stakeholders* do programa.

É um paradigma construtivista que pode melhor acomodar os pressupostos metodológicos, epistemológicos e ontológicos de uma avaliação em promoção da saúde.

Prática baseada em evidências

A prática baseada em evidências, em qualquer contexto profissional, envolve não apenas evidências científicas, mas o julgamento (conhecimento e experiência) do profissional e dos seus parceiros do programa (Craig e Smyth, 2002).

Os profissionais estão sob pressão para documentar as mudanças que ocasionam, de acordo com as metas e objetivos do programa. O movimento para desenvolver uma «prática baseada em evidências» começou primeiro no campo da medicina, mas rapidamente se espalhou para outras partes do sector da saúde, incluindo a promoção da saúde. O movimento aborda a integração do conhecimento desenvolvido sistematicamente com a própria experiência do profissional e a sua interpretação das necessidades das pessoas com quem trabalha.

A melhor prática refere-se ao conhecimento, ferramentas e estratégias que foram avaliadas e são aceites como eficazes. O ímpeto para ampliar a agenda de promoção da saúde foi reforçado por preocupações sobre a eficácia variável de iniciativas anteriores de promoção da saúde e o aumento da compreensão das crescentes desigualdades em saúde. O desenvolvimento de uma prática baseada em evidências deve, portanto, ser examinado à luz da necessidade crescente de intervenções eficazes que abordem os determinantes da saúde, além dos fatores de risco comportamentais dos indivíduos (Rychetnik e Wise, 2004).

Muito do que conta como evidência é uma questão contestada, porque nem sempre é possível medir os aspectos importantes do trabalho de promoção da saúde.

Os desafios de uma prática baseada em evidências incluem a pouca disponibilidade de informações dos resultados da avaliação e do conhecimento especializado. O conhecimento baseado em evidências não é abrangente e há lacunas nas investigações sobre a eficácia do que os promotores de saúde fazem no seu trabalho diário. A prática baseada em evidências depende dos resultados da investigação para serem transferidos para o ambiente de trabalho. Este não é necessariamente o caso, uma vez que os acadêmicos muitas vezes não entendem o contexto de trabalho; nem são os profissionais sempre qualificados o suficiente para avaliar o que funciona e o que não funciona para o seu contexto profissional a partir de publicações científicas.

Avaliando a promoção da saúde

Num nível pragmático, a avaliação da promoção da saúde deve enfatizar o uso de uma abordagem baseada em evidências e a necessidade de usar processos e resultados realistas num contexto de programa. No entanto, pode ser difícil traçar os caminhos que vinculam determinadas ações de promoção da saúde a resultados sociais ou de saúde específicos de longo prazo, como a redução de problemas de saúde ou deficiências. Isso pode resultar num valor diminuído atribuído ao papel da promoção da saúde, e isso não é ajudado pelos fatores de confusão para isolar causa e efeito em situações de estilo de vida complexas (ver tabela 10.1).

Tabela 10.1. Diferentes tipos de avaliação de promoção da saúde

Sequência	Descrição	Medidas
Avaliação formativa	É usada para desenvolver e, às vezes, pré-testar materiais e métodos como parte do planejamento do programa e, portanto, ocorre antes da implementação.	Relevância, confiabilidade e validade de materiais e métodos específicos. Por exemplo, a preparação de folhetos e cartazes para aumentar a conscientização sobre um problema de saúde específico.
Avaliação do processo	É usada para avaliar como o programa funciona depois de iniciado e até que ponto está a ser executado de forma eficaz.	Resultados da promoção da saúde ou fatores pessoais, sociais e ambientais modificáveis que são um meio para mudar os determinantes da saúde. Por exemplo, conhecimento, habilidades, participação e organização.
Avaliação do impacto	É usada para avaliar os objetivos ou progresso de curto prazo na implementação do programa.	Resultados intermédios de saúde, incluindo fatores de estilo de vida, como aumento da atividade física ou redução na ingestão de calorias. Também a melhor utilização dos serviços de saúde ou ação política através, por exemplo, de grupos de pressão de doentes.
Avaliação de resultados	É usada para avaliar se o programa atingiu ou não os seus objetivos ou mudanças de longo prazo.	Resultados sociais e de saúde a longo prazo: por exemplo, redução da deficiência e mortalidade evitável ou mudanças nas políticas públicas saudáveis e redução das desigualdades na saúde.

Bamberger et al. (2006) fornecem uma abordagem simples que captura a essência da avaliação e enfatiza o rigor metodológico dos programas de promoção da saúde.

Como regra geral, entre 5 e 10% do orçamento total do programa deve ser usado para fins de monitorização e avaliação.

- O planejamento e o âmbito da avaliação são seguidos por estratégias para lidar com as restrições orçamentais do programa.
- A avaliação deve levar em consideração quaisquer restrições de tempo de um programa novo ou em andamento e quaisquer problemas para a colheita de dados.
- A questão das influências políticas na concepção, implementação e disseminação dos resultados é uma consideração importante.
- Descobertas importantes podem ser perdidas e não são usadas com eficácia na melhoria de programas futuros, a menos que sejam disseminadas, validadas e utilizadas de maneira adequada para melhorar a saúde.

Na prática, a avaliação deve pelo menos fornecer informações que mostrem se as atividades do programa foram ou não implementadas de forma eficaz (a avaliação do processo) e se atingiu com eficiência os seus objetivos propostos (a avaliação dos resultados).

Avaliação do processo

A avaliação do processo visa compreender como o programa funcionou, o que realmente aconteceu e como as pessoas reagiram ao mesmo (Nutbeam e Bauman, 2006).

Para atingir os seus objetivos, o programa deve, em primeiro lugar, envolver-se com os seus parceiros, envolvê-los na implementação da estratégia e utilizar métodos relevantes para avaliar o que aconteceu. A avaliação do processo é melhor realizada durante a execução do programa de uma forma sistemática que descreva o alcance do programa, os seus pontos fortes e fracos e porque funcionou ou não na prática.

A avaliação do processo às vezes não é bem executada ou pode ser omitida porque se espera que os profissionais desenvolvam atividades e serviços.

A avaliação do processo permite que os promotores de saúde tenham mais consciência da eficácia do seu trabalho e da influência do que fazem no andamento do programa. Envolve a colheita, comparação e análise de informações qualitativas e quantitativas ao nível individual e coletivo. As ferramentas e

instrumentos para colher as informações incluem inquéritos e questionários, contagens simples de adesão, uma demonstração de melhoria dos níveis de conhecimento e habilidade e satisfação relatada na entrega de um serviço. A avaliação do processo também pode ser medida usando os resultados da promoção da saúde porque representam os resultados mais imediatos dos *inputs*. São fatores pessoais, sociais e ambientais modificáveis que são um meio para mudar os determinantes da saúde: por exemplo, conhecimentos, habilidades, normas sociais e ações pessoais para a saúde (Nutbeam e Bauman, 2006).

Monitorizando o progresso

A monitorização é a colheita sistemática e rotineira de informações, muitas vezes como parte da avaliação do processo, e tem cinco objetivos principais:

1. Aprender com as experiências para melhorar as práticas e atividades no futuro.
2. Ter responsabilização interna e externa dos recursos utilizados e dos resultados obtidos.
3. Tomar decisões informadas sobre o futuro da iniciativa.
4. Promover o empoderamento dos beneficiários da iniciativa.
5. Avaliar o progresso e, em seguida, alimentá-lo na implementação do programa para melhorar a sua execução (Nutbeam e Bauman, 2006).

A monitorização é uma tarefa periodicamente recorrente que começa na fase de planeamento de um programa e permite que resultados, processos e experiências sejam documentados e usados como base para orientar a tomada de decisões. As informações adquiridas por meio da monitorização costumam ser incluídas na avaliação para entender melhor o modo como o programa se desenvolveu ao longo do tempo e como isso pode ser melhorado ou alterado.

Avaliação dos resultados

A avaliação dos resultados visa avaliar se o programa atingiu ou não os seus objetivos, bem como quaisquer mudanças de longo prazo (Nutbeam e Bauman, 2006).

A avaliação dos resultados é frequentemente definida em relação a um *benchmark* predeterminado para que o progresso feito, ou não, possa ser medido. O

estabelecimento de metas requer a existência de informações sobre a distribuição desse indicador dentro de uma população. As metas de saúde, por exemplo, requerem uma estimativa das tendências atuais e prováveis futuras em relação à mudança na distribuição do indicador e uma compreensão do potencial de mudança da distribuição do indicador na população (WHO, 1998). Este tipo de informação também é fornecido em perfis de saúde como um resumo de informações sociais e de saúde para uma determinada população e subdividido em regiões, províncias, cidades e comunidades locais.

A avaliação dos resultados é medida usando resultados sociais e de saúde de longo prazo. Os resultados de saúde são geralmente avaliados por meio de indicadores que podem ser usados para descrever um ou mais aspectos mensuráveis da saúde de um indivíduo ou população durante o período do programa. Os indicadores de saúde incluem a medição de doenças, ou aspectos positivos da saúde, como qualidade de vida, e de comportamentos e ações relacionados com estilos de vida saudáveis, como atividade física. Os resultados sociais incluem indicadores que medem as condições sociais e econômicas no que se refere à saúde e também medem mudanças nas políticas públicas saudáveis (WHO, 1998): por exemplo, níveis de deficiência, desigualdade e saúde mental na sociedade.

Os indicadores de uma avaliação de resultados são frequentemente de longo prazo, complexos e difíceis de medir dentro do período de tempo relativamente curto de um programa. Os indicadores de processo e resultado devem, portanto, ser sempre usados em conjunto para fornecer uma avaliação mais holística de um programa de promoção da saúde.

Avaliando a mudança

Existem pelo menos três maneiras de avaliar as mudanças que podem ser atribuídas aos programas de promoção da saúde:

1. Um ensaio clínico randomizado implica medir o impacto do programa num grupo-alvo específico e compará-lo com qualquer impacto num grupo idêntico (o controlo) que não foi exposto à intervenção de promoção da saúde.
2. Um desenho quase experimental envolve medir o impacto do programa num grupo-alvo específico e compará-lo com qualquer impacto num grupo semelhante correspondido por características como idade, educação e rendimentos, e que não foi exposto à intervenção de promoção da saúde.
3. Um estudo de desenho antes e após, que não tem grupo de controlo ou

comparação e a causalidade atribuída é verificada perguntando aos parceiros porque mudaram usando, por exemplo, um questionário de autorrelato, um grupo focal ou uma entrevista individual (Jirojwong e Liamputtong, 2009).

A avaliação da mudança pode ser verificada posteriormente através de uma triangulação das informações fornecidas noutras fontes, como planos de programa, registos de profissionais, atas de reuniões e relatórios de atividades. A triangulação refere-se ao uso de uma variedade de métodos quantitativos e qualitativos, e um número de avaliadores, cada um com pontos de vista diferentes, para avaliar a mesma mudança (Sechrest, 1997).

Avaliação que promove a participação e empoderamento

Os métodos de avaliação usam dados existentes, inquéritos porta a porta e questionários individuais, técnicas de observação e entrevistas em profundidade. Na prática, é mais provável que a participação dos envolvidos seja a representação da maioria por poucos: por exemplo, através de uma amostra da comunidade ou de indivíduos eleitos que participam numa reunião. A metodologia deve então contextualizar as questões importantes, muitas vezes por meio de métodos participativos, para que sejam relevantes para a população em geral. Deve-se ter cuidado para evitar que a avaliação se torne vazia e frustrante para aqueles cujo envolvimento é passivo e que, de facto, permite que aqueles que detêm autoridade aleguem que todos os lados foram considerados, enquanto apenas alguns se beneficiaram.

Avaliação participativa

Existe uma gama de metodologias participativas que foram projetadas para envolver ativamente as pessoas na colheita de informações. As vantagens de usar uma avaliação participativa em relação às avaliações convencionais em programas de promoção da saúde incluem:

1. ser autodata;
 2. ser autoaprimorável;
 3. permite que as partes interessadas monitorem o progresso; e
 4. constrói-se em continuidade e melhora as habilidades (Mays e Pope, 1995).
- Deve-se notar que uma limitação do uso de técnicas participativas é que elas requerem uma facilitação habilidosa. Num programa de promoção da saúde,

isso às vezes pode não ser realista devido à falta de competência profissional e confiança no uso de abordagens participativas.

A Avaliação Rural Participativa (ARP), por exemplo, é uma abordagem usada na prática, pois oferece um conjunto de métodos para permitir que as pessoas colham, compartilhem e analisem informações que elas próprias identificaram como importantes. No entanto, embora a ARP possa produzir uma grande quantidade de informações, nem sempre oferece um meio de transformá-las em ação, uma etapa crucial na avaliação que promove o empoderamento.

A avaliação participativa que não oferece os meios para transformar a informação em ação é apenas uma avaliação das necessidades, ao invés de ser uma experiência de empoderamento.

Num sentido prático, a avaliação participativa deve ser baseada nas experiências compartilhadas dos participantes que, na medida do possível, não são influenciadas pela metodologia ou não foram tendenciosas pelo avaliador. No entanto, a presença de um avaliador influenciará sempre os resultados da avaliação. Mesmo no nível mais básico, ter um avaliador a observar as ações pode afetar a validade das informações, estimulando modificações no comportamento ou autoquestionamento entre os participantes (Mays e Pope, 1995). Os próprios participantes também podem ser uma fonte de «viés»: por exemplo, os participantes, sabendo da importância ou recompensa que receberão num bom resultado ou no resultado desejado pelo avaliador, mudarão o seu comportamento ou farão um esforço maior durante uma avaliação.

Validade na avaliação participativa

A validade no uso da avaliação qualitativa pode ser problemática, pelo menos por três razões:

1. em certa medida, as pessoas estão a avaliar o seu próprio trabalho;
2. as percepções são propensas a vieses de memória; e
3. a avaliação pode ser influenciada pela dinâmica do grupo, do avaliador ou das técnicas utilizadas (Nutbeam e Bauman, 2006).

Guba e Lincoln (1989) sugerem as seguintes considerações para uma avaliação participativa que pode ser aplicada para ajudar a manter o rigor, a validade e credibilidade:

- Verificação de dados com os *stakeholders*: por exemplo, para verificar interpretações culturais.
- Triangulação usando diferentes métodos e fontes de dados.
- Uma documentação clara do processo desde a colheita de dados até às conclusões.
- Verificação de interpretações por outros avaliadores por meio de concordância interobservador.
- Autorreflexão crítica sobre os significados das descobertas e a relevância para os *stakeholders*.

As preocupações com a validade podem ser ainda mais compensadas com ênfase nas pessoas que fornecem razões e exemplos para as suas avaliações: por exemplo, fornecendo um breve relato da história e do contexto das conclusões alcançadas pelo indivíduo ou grupo (Bell-Woodard et al., 2005).

Histórias da comunidade

As histórias da comunidade são uma forma experimentada e testada de envolver outras pessoas numa avaliação e de promover a participação e o empoderamento. As histórias da comunidade podem ser usadas para identificar necessidades importantes e ajudar a construir um entendimento mútuo dos resultados da avaliação (Wood et al., 1998).

A narrativa pode ser iniciada através de discussão em grupo e da expressão de experiências individuais e coletivas. Várias técnicas podem ser usadas para estimular este processo, incluindo o uso de fotografias ou encorajando os participantes a fazerem um desenho ou a criarem uma música. As pessoas descrevem as histórias que criam usando essas técnicas, e isso, por sua vez, fornece mais significado e contexto.

Três técnicas que foram usadas com sucesso para desenvolver histórias da comunidade são:

1. «cartazes não serializados»;
2. «cartas de classificação de três pilhas»; e
3. «história com lacuna».

Cartazes não serializados

Os cartazes não serializados separados são preparados previamente como imagens: por exemplo, recortes de revistas, fotografias ou diagramas desenhados à mão. As imagens mostram uma variedade de situações relevantes para a comunidade, como um acidente de trânsito, sobre o qual os membros do grupo são convidados a selecionar quatro dos cartazes não serializados e, em seguida, desenvolver uma história a partir das imagens. O grupo é convidado a dar nomes às pessoas e lugares nas imagens e a dar à história um começo, um meio e um fim. O grupo é convidado a apresentar a história a outros participantes, que são incentivados a fazer perguntas sobre ela. Em particular, o facilitador deve perguntar:

- Essas histórias são sobre eventos na sua comunidade?
- Que questões foram levantadas que poderiam ser consideradas necessidades na sua comunidade?
- Como poderia ser resolvido?

O facilitador mantém um registo das necessidades que foram identificadas durante a apresentação da história. Esses pontos são então usados para gerar uma discussão com o grupo sobre o que ele aprendeu e que necessidades podem ser atendidas pela comunidade. O facilitador pode ajudar a comunidade desenvolvendo uma estratégia para então abordar as suas preocupações através da identificação de ações e recursos realistas (Wood et al., 1998).

Cartões de classificação de três níveis

Os cartões de classificação de três níveis são uma técnica que pode ser usada para desenvolver uma história sobre as causas da saúde precária, bem como outros problemas na comunidade. Um conjunto de 15 cartões, cada um com uma imagem que pode ser interpretada como boa, má ou intermédia, do ponto de vista da saúde (ou de qualquer outra), é distribuído entre os participantes. Alguns exemplos em relação a um estilo de vida e nutrição mais saudáveis são demonstrados na tabela 10.2.

A tarefa dos participantes é classificar os 15 cartões em três categorias (bons, maus ou intermédios) para reconsiderar as suas escolhas e, em seguida, compartilhar as suas conclusões com os facilitadores ou com outros membros do grupo. Os participantes são convidados a selecionar um ou mais cartões da categoria «mau» e criar uma lista de ações para resolver os problemas usando outra seleção

de cartões da categoria «bom». Os participantes devem decidir as razões para a situação «mau», quem é o responsável e como lidar com o problema: por exemplo, através do uso de um plano estratégico detalhando quando, quem e o que é necessário para resolver o problema. Os participantes também podem identificar potenciais parceiros para ajudá-los, como uma agência governamental ou amigos e familiares (Srinivasan, 1993).

Tabela 10.2. Exemplos de nutrição para uma atividade de cartão de classificação de três níveis

Bom	Mau	Intermédio
Vegetais	Bebidas açucaradas	Pesar-se a si mesmo
Atividade física	Fast Food	Comprar comida
Fruta	Grandes porções de comida	Comer um lanche
Prato com pequena porção	Ver televisão	Ver a pessoas as fazer desporto

A história com uma lacuna

A história com uma lacuna é uma abordagem que pode ser usada para estimular a discussão sobre as necessidades de uma comunidade de forma participativa. Cada grupo de representantes da comunidade recebe duas fotos grandes. Uma imagem mostra a situação anterior de um problema ou necessidade da comunidade: por exemplo, comportamento antissocial num parque local. A segunda imagem mostra a situação posterior: por exemplo, famílias no parque e crianças usando o equipamento de recreio. O grupo é convidado a desenvolver uma história que explique como essa melhoria ocorreu. As histórias que eles desenvolvem vão «preencher a lacuna» entre as duas imagens. Os membros do grupo são convidados a recontar as suas histórias e o conteúdo é discutido para identificar possíveis caminhos para encontrar soluções. O facilitador pode ajudar neste processo de descoberta e aprendizagem (Srinivasan, 1993).

Pontos-chave do capítulo

- A avaliação da promoção da saúde é um campo em evolução, com a necessidade de providenciar mais evidências do que realmente funciona.
- Os promotores de saúde são cada vez mais solicitados a providenciar evidências de que a prática é eficaz, embora as abordagens que eles usam muitas vezes não tenham sido testadas.
- A avaliação da promoção da saúde raramente é perfeita e muitas vezes é confusa ou mesmo omitida.
- A avaliação da mudança deve ser validada e verificada usando técnicas como a triangulação dos resultados.
- Técnicas como histórias da comunidade são uma boa maneira de promover a participação e o empoderamento na avaliação

PARTE III
Leitura adicional

Glossário de termos

Abordagem a jusante – O nível individual em que as pessoas podem ser alvo de uma condição ou risco, como o rastreamento de sinais precoces de cancro da mama.

Abordagem a montante – O nível populacional em que as estratégias abordam os determinantes da saúde – por exemplo, mudança de política –, que se relacionam com as condições em que as pessoas vivem.

Aconselhamento – Qualquer forma de interação em que alguém procura explorar, compreender ou resolver um problema ou um aspeto pessoal problemático da sua vida.

Advocacia – Pessoas agindo em nome próprio ou em nome de terceiros para defender uma posição e influenciar o resultado das decisões.

Advocacia dos *media* – Influencia a seleção, o enquadramento e o debate de tópicos específicos (saúde) usando os *mass media*.

Agente de saúde leigo – Membro da comunidade onde trabalha, selecionado pela comunidade, responsável perante a comunidade, mas apoiado pelo sistema de saúde, embora não faça necessariamente parte da sua organização.

Alavancagem – Alguns atores individuais podem trazer experiências variadas, contactos abrangentes e um histórico mais longo do que outros, e essa contribuição adicional pode ser vista como vantajosa para alavancar ou ganhar maior influência.

Aliança – Uma relação entre duas ou mais partes (indivíduos, grupos, comunidades ou organizações) com a finalidade de seguir um conjunto de objetivos acordados enquanto permanecem organizações independentes.

Ativismo na saúde – Um desafio para a ordem existente sempre que for percebida como uma influência negativa na saúde das pessoas ou tenha levado a uma injustiça ou desigualdade.

Autoajuda – Autoajuda, ou autoaperfeiçoamento, é uma melhoria autoguiada, económica, intelectual ou emocionalmente, muitas vezes com base psicossocial.

Avaliação – Refere-se à avaliação de até que ponto as ações alcançaram um resultado específico ou de que uma mudança ocorreu no grupo-alvo pretendido como resultado do programa.

Avaliação de impacto – É usada para avaliar os objetivos ou o progresso a curto prazo na implementação de um programa.

Avaliação de impacto na saúde – Um meio de avaliar os impactos na saúde de políticas em diversos sectores económicos usando técnicas quantitativas, qualitativas e participativas.

Avaliação de necessidades – Um processo que é usado para identificar as necessidades relacionadas por um indivíduo ou grupo.

Avaliação de resultados – É usada para avaliar se o programa atingiu ou não os seus objetivos ou quaisquer mudanças de longo prazo.

Avaliação do processo – É usada para avaliar como o programa funciona depois de iniciado e até que ponto está a ser executado de forma eficaz.

Avaliação formativa – É usada para desenvolver e pré-testar materiais e métodos como parte do planeamento do programa.

Boicote – Ato de abstenção voluntária em usar, comprar ou negociar com uma pessoa, organização ou produto como expressão de protesto, geralmente por motivos políticos.

Boicote do consumidor – Um boicote que se concentra na mudança de hábitos de compra a longo prazo e que geralmente parte de uma estratégia mais ampla visando a reforma dos mercados de bens essenciais, ou o compromisso do governo com a moral no comércio de produtos.

Bottom-up – Uma abordagem para ajudar as pessoas a identificar e agir de acordo com as suas necessidades de saúde em colaboração com aqueles que têm autoridade para tomar decisões.

Capacitação da comunidade – O aumento nas habilidades dos grupos comunitários para definir, avaliar, analisar e agir sobre as preocupações com a saúde (ou quaisquer outras) relevantes para os seus membros.

Coalizão – Um acordo temporário estabelecido frequentemente com outra organização para contornar um problema específico.

Consciência crítica – A capacidade de compreender as causas da impotência de cada um, refletindo sobre os pressupostos subjacentes às nossas ideias e ações e às dos outros.

Desamparo aprendido – A condição de aprender a comportar-se de maneira impotente, deixando de responder mesmo que haja oportunidades de ajudar-se a si próprio.

Desenvolvimento comunitário baseado em ativos (DCBA) – Uma metodologia que procura usar os pontos fortes ou ativos dentro das comunidades como um meio para um desenvolvimento mais sustentável.

Determinantes da saúde – Os determinantes da saúde abrangem as condições económicas e sociais que influenciam a saúde dos indivíduos, comunidades e populações.

Educação de pares – Uma abordagem na qual as pessoas são apoiadas para promover mudanças que melhorem a saúde entre os seus pares.

Empoderamento – Um processo pelo qual as comunidades ganham mais controlo sobre as decisões e recursos que influenciam as suas vidas e a sua saúde.

Epidemiologia leiga – Um termo para descrever os processos pelos quais as pessoas em sua vida quotidiana entendem e interpretam os riscos, incluindo os riscos para a sua saúde e bem-estar.

Equidade – Um julgamento normativo do que é justo.

Grupo de autoajuda – Organização em torno de um problema específico sobre o qual os seus membros compartilham conhecimento e interesse; os membros apoiam-se uns aos outros e frequentemente administram as suas próprias atividades.

Grupo de pressão – Ação coletiva para mudar as opiniões e atitudes da sociedade e para influenciar o processo de formulação de políticas – por exemplo, usando o *lobbying* –, mas não para governar.

Impotência – A ausência de poder, imaginário ou real, e a expectativa de que o comportamento de uma pessoa não pode determinar os resultados que ela procura.

Iniquidade em saúde – É uma diferença (uma desigualdade) em saúde (qualquer que seja a medida) significativa em tamanho e número de pessoas afetadas,

evitável por meio de políticas ou outra intervenção e não um efeito de risco livremente escolhido.

Júri de cidadãos fundamentados – Uma abordagem para o envolvimento local na tomada de decisões em saúde que pode ser usada como uma ferramenta «fundamentada» em que as pessoas são os agentes no desenvolvimento de ações que afetam diretamente as suas vidas.

Literacia em saúde – Focada no desenvolvimento de habilidades para ajudar os outros a tomar decisões informadas que lhes permitam exercer maior controle sobre as suas vidas e a sua saúde.

Lobbying – A tentativa de influenciar decisões oficiais por meio de comunicação direta e pessoal entre um lobista e o governante.

Mapeamento – A identificação, classificação e priorização dos ativos, das causas dos problemas e das soluções para resolvê-los.

Marginalização – Um processo pelo qual a um indivíduo ou a um grupo é negado o acesso a, ou posições de poder económico, religioso e político dentro de uma sociedade.

Melhores práticas – O conhecimento, ferramentas e estratégias avaliados e aceites como eficazes.

Movimento social – Um esforço público sustentado e organizado com a capacidade de ir além da influência da sua base de participantes e recursos e de manter uma ideologia independentemente dos seus membros, funções e estrutura organizacional. Os movimentos sociais têm «raízes sociais profundas» e redes sociais fortes que visam as autoridades para alcançar seus objetivos.

Otimismo aprendido – Pessoas que desafiam conscientemente todos os aspetos negativos das suas vidas.

Parcerias – Relações com diferentes grupos ou organizações baseadas no reconhecimento de interesses sobrepostos ou mútuos e no respeito interpessoal e interorganizacional.

Persuasão – Um processo que visa a mudança de atitudes, crenças ou comportamentos usando métodos de comunicação para transmitir informação, sentimentos ou raciocínio ou usando os seus recursos pessoais ou posicionais para ganhar força para mudar os comportamentos ou atitudes de outras pessoas.

Photo Voice – Processo pelo qual as pessoas podem identificar, representar e valorizar a sua comunidade por meio de uma técnica fotográfica específica.

Poder (forte) – A capacidade de alguns de produzir os efeitos pretendidos e previstos sobre outros.

Poder (subtil) – A capacidade de obter o que se deseja por meio de ações indiretas e de longo prazo, como cooptação e atração.

Política de saúde – Especificamente preocupada com o financiamento e operação de serviços de assistência na doença e formas de os abordar por meio de, por exemplo, programas de saúde, legislação, diretrizes e códigos de conduta.

Políticas públicas saudáveis – Uma gama de atividades e decisões que permeiam diferentes sectores – por exemplo, habitação, transporte e emprego – e que influenciam a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde.

Prática baseada em evidência – Envolve os pareceres de profissionais, de parceiros do programa e uma avaliação sistemática de investigações, teorias e modelos.

Prática reflexiva – Ser crítico sobre a maneira como usamos o conhecimento e o nosso poder de exercer influência sobre os outros.

Rede – Uma estrutura de relacionamentos que liga os atores sociais.

Redução de danos – Uma abordagem pragmática para reduzir as consequências prejudiciais de comportamentos de alto risco, incorporando estratégias que abrangem o uso mais seguro, o uso controlado e a abstinência.

Resolução de conflitos – Métodos usados para facilitar o fim pacífico de conflitos por indivíduos ou membros de grupos, comunicando ativamente informações sobre os seus motivos ou ideologias conflitantes a outros e participando de negociações coletivas.

Responsabilidade social corporativa – Uma forma de autorregulação integrada num plano ou modelo de negócios.

Salutogênese – Uma abordagem centrada em fatores que apoiam a saúde e o bem-estar humanos, ao invés de fatores que causam doenças; especificamente preocupada com a relação entre saúde, *stress* e enfrentamento.

Saúde em Todas as Políticas – Uma abordagem que enfatiza a ampla influência no bem-estar de outros sectores do governo além do da saúde e que destaca as interações entre diferentes políticas.

Setting – Um lugar ou contexto social no qual as pessoas se envolvem em atividades diárias e em que fatores ambientais, organizacionais e pessoais interagem para afetar a saúde e o bem-estar.

Tecnologia da informação e comunicação (TIC) – A integração de telecomunicações, computadores, *software* e audiovisuais que permite aos usuários criar, aceder, armazenar, transmitir e manipular informação.

«**Terceiro sector**» – Todas as organizações sem fins lucrativos e associações voluntárias, comunitárias, de caridade e sociais.

Top-down – Uma abordagem que identifica as necessidades de saúde nas estruturas «superiores» e, em seguida, entrega-as «para baixo» a outras pessoas, muitas vezes ao nível da comunidade.

Voluntariado – Uma atividade que envolve dedicar o seu tempo a fazer algo de graça que visa beneficiar o meio ambiente e outras pessoas, incluindo parentes próximos.

Referências

- Allsop, J., Jones, K., and Baggott, R. (2004) Health consumer groups in the UK: A new social movement. *Sociology of Health & Illness*. 26(6): 737-756.
- Altogether Better (2011) York and Humberside Public Health Observatory. Accessed 23 May 2011. www.yhpho.org.uk.
- Anderson, E., Shepard, M., and Salisbury, C. (2006) 'Taking off the suit': Engaging the community in primary health care decision-making. *Health Expectations*. 9: 70-80.
- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- ASH (2012) Action on Smoking and Health. Accessed 20 December 2012. www.ash.org.
- Baggott, R. (2010) *Public health: Policy and politics*. 2nd edition. London: Palgrave Macmillan.
- Bamberger, M., Rugh, J., and Mabry, L. (2006) *Realworld evaluation: Working under budget, time, data and political constraints*. London: Sage.
- Banks, K., Eagle, N., Rotich, J., Iyoha, C., Naidoo, A., Ngolobe, B. T., Kreutz, C., Reed, R., Atwood, A., and Ekine, S. (2010). *SMS uprising: Mobile activism in Africa*. Oxford: Fahamu Books and Pambazuka Press.
- Barry, M., Allegrante, J., Lamarre, M., Auld, M., and Taub, A. (2009) The Galway conference statement: International collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*. 16(2): 5-11.
- Bassett, S. F., and Prapavessis, H. (2007) Home-based physical therapy intervention with adherence-enhancing strategies versus clinic-based management for patients with ankle sprains. *Physical Therapy*. 87(9): 1132-1143.
- Baum, F. (2008) *The new public health*. 3rd edition. Oxford: Oxford Higher Education.
- Baum, F. (2011) From Norm to Eric: Avoiding lifestyle drift in Australian health policy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 35(5): 404-406.
- Bell-Woodard, G., Chad, K., Labonte, R., and Martin, L. (2005) Community capacity assessment of an active living health promotion program: 'Saskatoon in Motion'. University of Saskatchewan (unpublished).
- Berkman, L. (1986) Social networks, support and health: Taking the next step forward. *American Journal of Epidemiology*. 123: 559-561. Berridge, V. (2007) Public health activism. *British Medical Journal*. 335: 1310-1312.
- Bhattacharya, K., Winch, P., LeBan, K., and Tien, M. (2001) *Community health workers. Incentives and disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability*. Published by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia.

- Biddix, J. P., and Han Woo, P. (2008) Online networks of student protest: The case of the living wage campaign. *New Media and Society*. 10(6): 871-891.
- Blaxter, M. (2010) *Health*. 2nd edition. Oxford: Polity Press.
- Boseley, S. (2006) Herceptin costs 'put other patients at risk'. *Guardian Weekly*. December, p. 8.
- Bradshaw, J. R. (1972) The concept of social need. *New Society*. 496: 640-643.
- Brashers, D. E., Haas, S. M., Neidig, J. L., and Rintamaki, L. S. (2002) Social activism, self-advocacy and coping with HIV illness. *Journal of Social and Personal Relationships*. 19(1): 113-133.
- Braunack-Mayer, A., and Louise, J. (2008) The ethics of community empowerment: Tensions in health promotion theory and practice. *Global Health Promotion*. 15(3): 5-8.
- Brennan, L., and Binney, W. (2010) Fear, guilt and shame appeals in social marketing. *Journal of Business Research*. 63(2): 140-146.
- Brown, P., and Zavestoski, S. (2004) Social movements in health: An introduction. *Sociology of Health & Illness*. 26(6): 679-694.
- Brown, V. A. (1992) Health care policies, health policies or policies for health? In H. Gardner (ed.) *Health policy development, implementation and evaluation in Australia*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Cannon, M., and Perkins, J. (2009) *Social justice handbook*. Nottingham: IVP Books.
- Changing minds (2013) Whole system planning. Accessed 18 December 2013. www.changingminds.org.
- Chemers, M. (1997) *An integrative theory of leadership*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Christakis, N. A., and Fowler, J. H. (2007) The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine* 357(4): 370-379.
- Chu, C., Breucker, G., Harris, N., Stitzel, A., Gan, X., Gu, X., and Dwyer, S. (2000) Health-promoting workplaces: International settings development. *HealthPromotion International*. 15(2): 155-167.
- Cohen-Vogel, L., and McLendon, M. (2009). New approaches to understanding federal involvement in education. In D. Plank, G. Sykes and B. Schneider (eds) *Handbook of education policy research: A handbook for the American Educational Research Association*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Confederation of British Industry (CBI) (2006) *Transforming local services*. Confederation of British Industry Brief. London. July 2006.
- Conway, K. (2002). Booze and beach bans: Turning the tide through community action in New Zealand. *Health Promotion International*. 17(2): 171-177.
- Corcoran, N. (ed.) (2013) *Communicating health: Strategies for health promotion*. 2nd edition. London. Sage.
- Craig, J., and Smyth, R. (2002) *The evidence-based practice manual for nurses*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Dempsey, C., Battel-Kirk, B., and Barry, M. (2011) *The CompHP core competencies framework for health promotion handbook*. Executive Agency for Health and Consumers. Paris: IUHPE.
- Dixey, R., Cross, R., Foster, S., Lowcock, D., O'Neil, I., South, J., Warwick-Booth, L., White, J., and Woodall, J. (2013) *Health promotion: Global principles and practice*. Wallingford, Oxfordshire. CAB International.
- Dormandy, E., Michie, S., Weinman, J., and Marteau, T. (2002) Variation in uptake of serum screening: The role of service delivery. *Prenatal Diagnosis*. 22(1): 67-69.
- Draper, P. (ed.) (1991) *Health through public policy*. London: Green Print.
- Dryden, W., and Feltham, C. (1993). *Brief counselling: A practical guide for beginning practitioners*. Milton Keynes: Open University Press.
- Earle, L., Fozilhujaev, B., Tashbaeva, C., and Djamankulova, K. (2004) *Community development in Kazakhstan, Kyrgyzstan and Uzbekistan*. Occasional paper number 40. Oxford: INTRAC.
- Edwards, M., Howard, C., and Miller, R. (2001) *Social policy, public policy: From problem to practice*. Sydney: Allen & Unwin.
- Every Australian Counts (2012) accessed 17 January 2104. <http://everyaustraliancounts.com.au>.
- Falkirk Council/HealthProm (2013) *You've got a friend in me: Befriending and volunteer scheme handbook*. London: HealthProm.
- Farris Kurtz, L. (1997) *Self-help and support groups: A handbook for the practitioner*. London: Sage.
- Foot, J., and Hopkins, T. (2010) *A glass half full: How an asset approach can improve community health and well-being*. London: Improvement and Development Agency (IDeA).
- Forsyth, D. R. (2009) *Group dynamics*. 5th edition. Singapore: Cengage Learning.
- Fox, S., and Rainie, L. (2001) Vital decisions: How internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick. In J. Hubley and J. Copeman (eds) (2008) *Practical health promotion*. Cambridge: Polity Press.
- Freire, P. (2005) *Education for critical consciousness*. New York: Continuum Press.
- Frusciante, A. K. (2007) Leadership, participatory democratic. In G. L. Andersen and K. G. Herr (eds) *Encyclopedia of activism and social justice*. London: Sage.
- Gee, D. (2008) Park Scheme seeks more 'friends'. *The Christchurch Press*. Accessed 3 April 2008. www.bush.org.nz/library/934.html.
- Gibbon, M., Labonte, R., and Laverack, G. (2002) Evaluating community capacity. *Health and Social Care in the Community*. 10(6): 485-491.
- Gillespie, D., and Melching, M. (2010) The transformative power of democracy and human rights in nonformal education: The case of Tostan. *Adult Education Quarterly*. 60(5): 477-498.
- Gilmore, G. (2011) *Needs and capacity assessment for health education and health promotion*. 4th edition. Boston, MA: Jones and Bartlett Learning.

- Giuntoli, G., Kinsella, K., and South, J. (2012) Evaluation of the 'Altogether Better' asset mapping in Sharrow and Firth Park, Sheffield. Leeds Metropolitan University. Institute for health and wellbeing. Leeds, UK.
- Glanz, K., Rimer, B., and Viswanath, K. (eds) (2008) *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. 4th edition. San Francisco: Jossey-Bass.
- Glaser, J., and Salzberg, C. (2011) *The strategic application of information technology in health care organisations*. San Francisco: Jossey Bass.
- Goodman, R. M., Speers, M. A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., Rathgeb Smith, S., Sterling, T. D., and Wallerstein, N. (1998) Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education and Behavior*. 25(3): 258-278
- Gottwald, M., and Goodman-Brown, J. (2012) *A guide to practical health promotion*. Maidenhead: Open University Press.
- Green, L., and Kreuter, M. (2004) *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th edition. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Guba, E. G. (1990) *The paradigm dialog*. London: Sage.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. (1989) *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hager, N. (2009) Symposium on commercial sponsorship of psychiatrist education. Speech to the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Conference, Rotorua, 16 October 2009.
- Hancock, T. (1993) Health, human development and the community ecosystem: Three ecological models. *Health Promotion International*. 8(1): 41-47.
- Haque, N., and Eng, B. (2011) Tackling inequity through a Photovoice project on the social determinants of health: Translating Photovoice evidence to community action. *Global Health Promotion*. 18(1): 16-19.
- Harris, K. (2011) Isn't all community development assets based? *The Guardian online*. Posted 23 June 2011.
- Haynes, A. S., Gillespie, J. A., Derrick, G. E., Hall, W. D., Redman, S., Chapman, S., and Sturk, H. (2011) Galvanizers, guides, champions, and shields: The many ways that policymakers use public health researchers. *The Milbank Quarterly*. 89(4): 564-598.
- Holder, H., Saltz, R., Grube, J., Voas, R., Gruenewald, P., and Treno, A. (1997) A community prevention trial to reduce alcohol involved accidental injury and death: Overview. *Addiction*. 92: S155-S171.
- Holland, S. (2007) *Public health ethics*. Cambridge: Polity Press.
- Hubley, J., and Copeman, J. (2013) *Practical health promotion*. 2nd edition. Cambridge: Polity Press.
- Hull, J. (1988) Not in my neighborhood. Time (Time Inc). Accessed 25 January 2011. www.time.com/time/magazine/article.
- Jirojwong, S., and Liamputtong, P. (eds) (2009) *Population health, communities and health promotion*. Oxford: Oxford University Press.

- Johansen, E., Diop, N., Laverack, G., and Leye, E. (2013) What works and what does not: A discussion of popular approaches for the abandonment of Female Genital Mutilation. *Obstetrics and Gynaecology International*. Advance access ID 348248.
- Jones, A., and Laverack, G. (2003) Building capable communities within a sustainable livelihoods approach: Experiences from Central Asia. Accessed on 1 September 2003. www.livelihoods.org/lessons/CentralAsia&EasternEurope/SLLPC.
- Kashefi, E., and Mort, M. (2004) Grounded citizen's juries: A tool for health activism? *Health Expectations*. 7(4): 290-302.
- Kendall, S. (ed.) (1998) *Health and empowerment: Research and practice*. London: Arnold.
- Klawiter, M. (2004) Breast cancer in two regimes: The impact of social movements on illness experience. *Sociology of Health & Illness*. 26(6): 845-874.
- Knudsen, T. (2007) Child labor laws. In G. L. Andersen and K. G. Herr (eds) *Encyclopedia of activism and social justice*. London: Sage.
- Korsching, P. F. and Borich, T. O. (1997) Facilitating cluster communities: Lessons from the Iowa experience. *Community Development Journal* 32(4): 342-353
- Kretzmann, J. P., and McKnight, J. L. (1996) *Mapping community capacity*. Evanston, IL: Institute for Policy Research, Northwestern University.
- Kretzmann, J. P., and McKnight, J. L. (2007) Asset based community development. *National Civic Review*. 85(4): 23-29.
- Kumpfer, K., Turner, C., Hopkins, R., and Librett, J. (1993) Leadership and team effectiveness in community coalitions for the prevention of alcohol and other drug abuse. *Health Education Research: Theory and Practice*. 8(3): 359-374.
- Labonte, R. (1998) *A community development approach to health promotion: A background paper on practice tensions, strategic models and accountability requirements for health authority work on the broad determinants of health*. Edinburgh: Health Education Board for Scotland.
- Labonte, R., and Laverack, G. (2001) Capacity building in health promotion, part 1: For whom? And for what purpose? *Critical Public Health*. 11(2): 111-128.
- Labonte, R., and Laverack, G. (2008) *Health promotion in action: From local to global empowerment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Labonte, R., and Robertson, A. (1996) Delivering the goods, showing our stuff: The case for a constructivist paradigm for health promotion and research. *Health Education Quarterly*. 23(4): 431-447.
- Laverack, G. (2004) *Health promotion practice: Power and empowerment*. London. Sage.
- Laverack, G. (2007) *Health promotion practice: Building empowered communities*. Maidenhead: Open University Press.
- Laverack, G. (2009) *Public health: Power, empowerment and professional practice*. 2nd edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Laverack, G. (2013a) *A to Z of health promotion*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Laverack, G. (2013b) *Health activism: Foundations and strategies*. London: Sage.

- Laverack, G., and Whipple, A. (2010) The sirens' song of empowerment: A case study of health promotion and the New Zealand Prostitutes Collective. *Global Health Promotion*. 17(1): 33-38.
- Leach, F. (1994) Expatriates as agents of cross-cultural transmission. *Compare*. 24(3): 217-231.
- Lennon, R., Rentfro, R., and O'Leary, B. (2010) Social marketing and distracted driving behaviors among young adults: The effectiveness of fear appeals. *Academy of Marketing Studies Journal*. 14(2): 95-113.
- Levine, B. (2008) *The art of lobbying: Building trust and selling policy*. Washington, DC: CQ Press.
- Libby, P. (2011) *The lobbying strategy handbook: 10 steps to advancing any cause effectively*. London: Sage.
- Lin, N. (2000) Inequality in social capital. *Contemporary Sociology*. 29: 785-795.
- Lindquist, E.A. (2001) Discerning policy influence: Framework for a strategic evaluation of IDRC-supported research. Accessed on 23 March 2014. www.idrc.ca/uploads/user-S/10359907080discerning_policy.pdf.
- Lindström, B., and Eriksson, M. (2005) Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59(6): 440-442.
- Lindström, B., and Eriksson, M. (2010) *The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. Fokhalsan Health Promotion Research Report 2. Helsinki: Fokhalsan.
- Loue, S., Lloyd, L. S., and O'Shea, D. J. (2003) *Community health advocacy*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Lustig, S. (2012) *Advocacy strategies for health and mental health professionals: From patients to policies*. New York: Springer.
- Macedowall, W., Bonell, C., and Davies, M. (2006) *Health promotion practice* (Understanding public health). Maidenhead: Open University Press.
- Mackie, G. (1996) Ending foot-binding and infibulation: A convention account. *American Sociological Review*. 61(6): 999-1017.
- McGrath, C. (2007) Lobbying. In G. L. Andersen and K. G. Herr (eds) *Encyclopedia of activism and social justice*. London: Sage.
- McLeod, J., and McLeod, J. (2011) *A practical guide for counsellors and helping professionals*. Maidenhead: Open University Press.
- MacPherson, D. W., and Gushulak, B. D. (2004) *Global migration perspectives*. Global Commission on International Migration. Geneva. Report Number 7. October 2004.
- McQueen, D., and de Salazar, L. (2011) Health promotion, the Ottawa Charter and 'developing personal skills': A compact history of 25 years. *Health Promotion International*. 26 (supplement 2).
- Marlatt, G. A., and Witkiewitz, K. (2010) Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annual Review of Clinical Psychology*. 6: 591-606.

- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., and Witkiewitz, K. (2011) *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. 2nd edition. New York: Guilford Press.
- Marmot, M., and Wilkinson, R. (eds) (2009) *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marshall, G. (1998) *A dictionary of sociology*. Oxford: Oxford University Press.
- Martin, B. (2007) Activism, social and political. In G. L. Andersen and K. G. Herr (eds) *Encyclopedia of activism and social justice*. London: Sage.
- Mays, N., and Pope, C. (1995) Observational methods in health care settings. *British Medical Journal*. 311: 182-184.
- Ministry of Health and Pacific Island Affairs (2004) *Tupu ola moui: Pacific health chart book*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Mitchell, C., and Banks, M. (1998) *Handbook of conflict resolution: The analytical problem-solving approach*. London: Pinter.
- Moana, I. (2005) Diabetes prevention in Tongan people. Project report commhlth743. University of Auckland, Auckland. Unpublished
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., Woolard, R., and Lewander, W. (1999) Brief intervention for harm reduction and alcohol practices in older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 76(6): 989-994.
- Mouy, B., and Barr, A. (2006) The social determinants of health: is there a role for health promotion foundations? *Health Promotion Journal of Australia*. 17(3):189-195.
- Naidoo, J., and Wills, J. (2009) *Foundations for health promotion*. 3rd edition. Edinburgh: Baillière Tindall.
- Nathanson, C., and Hopper, K. (2010) The Marmot review – social revolution by stealth. *Social Science and Medicine*. 71: 1237-1239.
- National Health Service (2013) NHS values summit. www.england.nhs.uk. Accessed 18 December 2013.
- Navarro, V. (2009) What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion*. 16(1):05-16.
- Neilson, S. (2001) IDRC-supported research and its influence on public policy. knowledge utilization and public policy processes: A literature review. IDRC Evaluation Unit. http://idrinfo.idrc.ca/archive/corpdocs/117145/litreview_e.html.
- NHS North West (2011) *Development of a method for asset based working*. Manchester: NHS North West and Department of Health.
- Noar, S. M., and Grant-Harrington, N. (2012) *eHealth applications: Promising strategies for behaviour change*. New York: Routledge.
- Nomura, S., and Ishida, T. (2003) Online communities. *Encyclopedia of community*. Accessed 5 December 2011. www.sage-ereference.com/view/community/n362.xml.
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 15(3): 259-267.

- Nutbeam, D., and Bauman, A. (2006) *Evaluation in a nutshell*. Sydney: McGrawHill.
- Nutbeam, D., Harris, E., and Wise, M. (2010) *Theory in a nutshell: A practical guide to health promotion theories*. 3rd edition. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Papa, M. J., Singhal, A., and Papa, W. H. (2006) *Organizing for social change: A dialectic journey of theory and praxis*. London: Sage.
- Patient UK (2012). Accessed 21 May 2012. www.patient.co.uk.
- Patients Association (2011). Accessed 15 December 2011. www.patientsassociation.com.
- Pescosolido, B. A. (1991) Illness careers and network ties: A conceptual model of utilization and compliance. In G. Albrecht and J. Levy (eds) *Advances in medical sociology*. Greenwich, CT: JAI Press, pp. 161-184.
- PHAC (Public Health Agency of Canada) (2013) Glossary of terms. Accessed 21 January 2013. www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/glos-eng.php#h.
- PhotoVoice (2013) Social change through photography. Accessed 5 March 2013. www.photovoice.org.
- Plows, A. (2007) Strategies and tactics in social movements. In G. L. Andersen and K. G. Herr (eds) *Encyclopedia of activism and social justice*. London: Sage.
- Raphael, D. (2000) The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*. 15(4): 355-367.
- Reaves, J. (2007) Walking away from the past: How does an outsider change a culture? From the inside out says activist Molly Melching. *Chicago Tribune*. 25 November, p. 12.
- Renewal.net (2008) Resolving differences – building communities and Aik saath: Conflict resolution peer group facilitators. Renewal.net case studies. Accessed 29 April 2008. www.renewal.net/Documents/RNET.
- Renkert, S., and Nutbeam, D. (2001) Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An explanatory study. *Health Promotion International*. 16(4): 381-388.
- Rifkin, S. B., and Pridmore, P. (2001) *Partners in planning: Information, participation and empowerment*. London: Macmillan Education.
- Rissel, C. (1994) Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promotion International* 9(1): 39-47.
- Ritter, A., and Cameron, J. (2006) A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*. 25(6): 611-624.
- Robertson, J., Catanzarite, J., and Hong, L. (2010) *Peer health education: Concepts and content*. San Diego, CA. University Readers.
- Rohlinger, D. A., and Brown, J. (2009) Democracy, action and the internet after 9/11. *American Behavioural Scientist*. 53(1): 133-150.
- Rychetnik, L., and Wise, M. (2004) Advocating evidence-based health promotion: Reflections and a way forward. *Health Promotion International*. 19(2): 247-257.
- Scott, J. (2001) *Power*. Cambridge: Polity Press.

- Scrambler, G. (1987) Habermas and the power of medical expertise. In G. Scrambler (ed.) *Sociological theory and medical sociology*. New York: Methuen Press.
- Scriven, A. (2010) *Promoting health: A practical guide*. London: Baillière Tindall Elsevier.
- Sechrest, L. E. (1997) Book review. Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment & accountability. *Environment and Behavior*. 29(3): 422-426.
- Seedhouse, D. (1997) *Health promotion: Philosophy, prejudice and practice*. New York/Toronto: Wiley & Sons.
- Seiter, R. H., and Gass, J. S. (2010) *Persuasion, social influence, and compliance gaining*. 4th edition. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Seligman, M. (1990) *Learned optimism*. Toronto, ON: Pocket Books.
- Smithies, J., and Webster, G. (1998) *Community involvement in health*. Aldershot: Ashgate.
- South, J. (2013) Health promotion by communities and in communities: Current issues for research and practice. 7th Nordic health promotion research conference. 17-19 June 2013. Vestfold University College, Vestfold, Norway.
- South, J., White, J., and Gamsu, M. (2013) *People-centred public health*. Bristol: Policy Press.
- Srinivasan, L. (1993) *Tools for community participation: A manual for training trainers in participatory techniques*. New York: PROWESS/UNDP.
- Stewart, M. A., Brown, J. B., Weston, W. W., et al. (2003) *Patient centred medicine: Transforming the clinical method*. 2nd edition. Oxford: Radcliffe Medical Publications.
- Syme, L. (1997) Individual vs community interventions in public health practice: Some thoughts about a new approach. *Vichealth Letter*. 2 (July): 2-9.
- Taylor, L., Gowman, N., and Quigley, K. (2003) *Evaluating health impact assessment*. London: Health Development Agency.
- Tengland, P. (2007) Empowerment: A goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy*. 10: 197-207.
- Tengland, P. (2013) Behavior change or empowerment: On the ethics of health promotion goals. *Health Care Analysis*. 8 October 2013.
- Tones, K., and Tilford, S. (2001) *Health education: Effectiveness, efficiency and equity*. 3rd edition. London: Nelson Thornes.
- UNICEF (2001) *Beyond child labour: Affirming rights*. New York: UNICEF.
- UNICEF (2013) *Peer education*. Accessed 21 January 2013. www.unicef.org/lifeskills/index_12078.html.
- United Way (2012) *Building strong neighbourhoods: Neighbourhoods report*. Toronto, ON: United Way.
- Van Ryn, M., and Heany, C. (1992) What's the use of theory? *Health Education Quarterly*. 19(3): 315-330.
- Volunteering England (2012) *What is volunteering?* Accessed 5 January 2014. www.volunteering.org.uk.

- Wagenaar, A., Murray, D., and Toomey, T. (2000). Communities mobilizing for change on alcohol: Effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction*. 95: 209-217.
- Walker, K., MacBride, A., and Vachon, M. (1977) Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*. 11: 35-41.
- Wallack, L. M., Dorfman, L., Jernigan, D., and Makani, T. (1993) *Media advocacy and public health*. London: Sage.
- Wallerstein, N. (2006) *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Health Evidence Network report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wallerstein, N., and Bernstein, E. (1988) Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*. 15(4): 379-394.
- Walt, G. (1994) *Health policy: An introduction to process and power*. London: Zed Books.
- Weatherburn, D. (2009) Dilemmas in harm minimization. *Addiction*. 104(3): 335-339.
- Werner, D. (1988) Empowerment and health: Contact. *Christian Medical Commission*. 102: 1-9.
- Wharf-Higgins, J., Naylor, P. J., Day, M. (2007) Seed funding for health promotion: Sowing sustainability or scepticism? *Community Development Journal*. Advance access 31 January 2007: 1-12.
- Wilkinson, R. G. (ed.) (2003) *Social determinants of health: The solid facts*. 2nd edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Winfield, M. (2013) *The essential volunteer handbook*. Victoria, BC: Friesen Press.
- Wood, S., Sawyer, R., and Simpson-Hebert, M. (1998) *PHAST step-by-step-guide*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1986) *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1988) Conference statement: The Adelaide recommendations. Accessed 23 March 2014. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index6.html.
- World Health Organization (1991) *Sundsvall statement on supportive environments for health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1997) *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1998) *The health promotion glossary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2000) *Mexico global conference for health promotion*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2005) *The Bangkok charter for health promotion in a globalized world*. 6th Global Conference on Health Promotion. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2007) *Community health workers: What do we know about them?* Geneva: WHO.
- World Health Organization (2008) *Closing the gap in a generation. Commission on Social Determinants of Health*. Final Report. Geneva: WHO.

- World Health Organization (2009) *The Nairobi 7th global conference on health promotion*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2013) *The 8th global conference on health promotion*. Helsinki statement on Health in All Policies. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2014) *Health in All Policies (HiAP): Framework for country action*. Geneva: WHO.
- Wright, E. R. (1997) The impact of organizational factors on mental health professionals' involvement with families. *Psychiatric Services*. 48: 921-927.
- Wright, J. (2001) Assessing health needs. In D. Pencheon, J. A. Muir Gray, C. Guest, and D. Melzer (eds) *Oxford handbook of public health practice*. Oxford: Oxford University Press, pp. 38-47.
- Wrong, D. H. (1988) *Power. Its Forms, Bases and Uses*. Chicago, USA. The University of Chicago Press.
- Young, L., and Everitt, J. (2004) *Advocacy groups*. Vancouver: University of British Columbia Press.
- Zakus, J. D. L., and Lysack, C. L. (1998) Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*. 13(1): 1-12.

Esta obra é financiada por Fundos Nacionais através da FCT –
Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto
UIDB/04279/2020.

Título original *The Pocket Guide to Health Promotion*

Autor Glenn Laverack

© 2014 – Open University Press

Título Guia de Bolso para a Promoção da Saúde

Tradução Pedro Melo

© Universidade Católica Editora

© Autores

Capa Ana Luísa Bolsa | 4 ELEMENTOS

Revisão editorial Patrícia Feio

Paginação Magda Macieira Coelho

Data março 2022

DOI <https://doi.org/10.34632/9789725408155>

ISBN e-book 9789725408155

Universidade Católica Editora

Palma de Cima 1649-023 Lisboa

Tel. (351) 217 214 020

uceditora@ucp.pt | www.uceditora.ucp.pt

Licença: este trabalho encontra-se publicado
com a Licença Internacional Creative
Commons Atribuição 4.0



O *Guia de Bolso para a Promoção da Saúde* é um guia prático para estudantes e profissionais de saúde para a promoção da saúde. Inclui definições e exemplos práticos para planejar, implementar e avaliar programas e projetos de promoção da saúde.

Escrito por Glenn Laverack e traduzido por Pedro Melo, referências internacionais em Promoção da Saúde e Saúde Pública.

