

# CAPÍTULO 1 – O ESPLendor E A MISÉRIA DA EPIDEMIOLOGIA NA AVALIAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

LOUISE POTVIN, PHD; PATRICK CHABOT, PHD

## Introdução

Ao longo dos últimos 30 anos, o campo da saúde pública tem sofrido enorme pressão para caminhar no sentido de uma abordagem mais “social” na saúde. Isso é verdade para as duas áreas mais fundamentais do campo: a pesquisa sobre as “causas” das doenças e de uma saúde frágil; e a intervenção para melhoria da saúde. Em termos de pesquisa, a epidemiologia social ampliou o domínio tradicional da epidemiologia clássica, incluindo os determinantes sociais<sup>1</sup> em estudos que tratavam das causas que explicavam a existência de sociedades enfermas<sup>2</sup>.

Considerando o domínio da intervenção em saúde pública, a Carta de Ottawa<sup>3</sup> e a promoção da saúde foram criados com o objetivo específico de mudar a forma de pensar a saúde por parte dos profissionais de saúde e dos tomadores de decisão, e “de colocar em prática o complexo conhecimento da epidemiologia social e, ao mesmo tempo, de ser capaz de documentar seus efeitos”<sup>4</sup>. Apesar do crescente apoio das agências de pesquisa e dos gestores da saúde<sup>5</sup>, tanto a epidemiologia social quanto a promoção da saúde ainda lutam para incorporar uma perspectiva social e o conhecimento das populações sobre saúde. Ambas ainda têm que atingir suas respec- tivas transformações, se diferenciando da epidemiologia clássica e da prevenção de doenças (baseadas em modelos individualistas de saúde e de intervenção no campo da saúde pública). A epidemiologia social ainda precisa demonstrar que uma melhor compreensão da saúde e da promoção da saúde é possível à partir de uma visão dos determinantes sociais da saúde. Também, a epidemiologia social precisa demonstrar “se” e “como” ela melhora a saúde.

Por trás deste artigo está uma proposição segundo a qual os desafios postos tanto à epidemiologia social quanto à promoção da saúde são estreitamente relacionados. Ambas as áreas encontram dificuldades para desenvolver um conceito satisfatório dos aspectos sociais da saúde. Muito embora a epidemiologia social proponha conceitualizações inovadoras de saúde e doença<sup>7,8</sup>, de causalidade<sup>9</sup> e das categorias sociais como causas fundamentais das doenças<sup>10</sup>, a maioria dos estudos faz uso dessas categorias sociais simplesmente como um outro nível de fatores de risco nos modelos de previsão<sup>11</sup>. Há pouca discussão a respeito de se essas categorias fazem parte do mesmo campo dos fatores de risco que normalmente são produzidos pelos estudos clássicos de epidemiologia<sup>12</sup>.

De forma semelhante, as abordagens para melhoria da saúde das populações têm evoluído tanto quanto nossa concepção de saúde e doença<sup>13</sup> no campo da intervenção em saúde pública, da prevenção de doenças, da educação em saúde e da promoção da saúde. Muito embora algumas práticas inovadoras de promoção da saúde desenvolvam concepções radicalmente novas

1. No Canadá, a recém-criada missão do *Canadian Institute of Health Research* reconhece os “fatores sociais e culturais que afetam a saúde da população” como um dos quatro pilares sobre os quais repousa a pesquisa no campo da saúde<sup>5</sup>. Ademais, o *Population Health Branch of Health Canada* publicou uma série de documentos que propõe uma abordagem voltada à população e à promoção da saúde para as intervenções de saúde pública<sup>6</sup>.

de saúde e de intervenções no campo da saúde pública, elas ainda não possuem ferramentas apropriadas para refletir sobre seus processos<sup>14</sup> e produzir os impactos positivos esperados que dariam legitimidade ao gasto público<sup>15</sup>.

Neste artigo, propomos um exame cuidadoso dos obstáculos enfrentados pela promoção da saúde para completar sua transformação, distanciando-se da abordagem de prevenção de doenças. Também oferecemos *insights* que ajudarão a epidemiologia social a alcançar sua própria transformação, afastando-se da epidemiologia clássica. Ao fazermos isso, identificamos duas questões epidemiológicas comuns tanto à promoção da saúde quanto à epidemiologia social, qual sejam a reflexividade e a historicidade, dois conceitos que a teoria social contemporânea desenvolveu de forma extensiva a fim de ampliar nosso entendimento sobre a complexa relação entre práticas humanas e estrutura social. A primeira questão diz respeito à ausência de um determinismo absoluto entre a estrutura social e as práticas humanas, dada a capacidade humana de refletir sobre sua própria experiência com base em categorias abstratas e, dessa forma, “agenciar” a capacidade de transformação da estrutura. O segundo aspecto se refere à concepção segundo a qual, em qualquer tempo, o estado de um objeto (programa, *status* da saúde e outros) não pode ser isolado dos contextos significativos : estados anteriores e a transformação deles.

Além de serem relevantes para condução de avaliações adequadas no campo da promoção da saúde, esses dois conceitos poderiam ajudar a eliminar algumas falhas existentes no estudo da saúde e do ambiente<sup>11</sup>. Nossa esperança é que, ao alcançar sua própria transformação (a partir da epidemiologia clássica), a epidemiologia social contribuirá para desvincular avaliação da promoção da saúde dos modelos concebidos para avaliar intervenções no campo da prevenção de doenças e da educação para saúde.

## A evolução paralela dos modelos etiológicos de saúde pública e das abordagens de intervenção

Propomos que, como em qualquer prática humana organizada, o campo da saúde pública pode ser modelado por suas dimensões ontológicas, epistemológicas e práticas. Essas dimensões correspondem: a natureza do objeto da prática; o tipo de conhecimento que os profissionais podem ganhar com relação a esse objeto; e as ações dos profissionais, quando sua ação é entendida como uma relação dialética entre teoria e mundo empírico (a prática). Na saúde pública, a dimensão ontológica é representada pelo objeto que os pesquisadores buscam compreender e que os profissionais tentam modificar. A dimensão epistemológica é indicada pelo paradigma do conhecimento que permite uma melhor compreensão do objeto. A dimensão prática inclui as abordagens das intervenções que são implementadas para atuar sobre o objeto.

Na visão de Susser e Susser<sup>16,17</sup> da evolução da epidemiologia, o campo está passando por uma terceira revolução. Eles identificam três eras anteriores:

- estatísticas sanitárias, marcada pela teoria miasmática;
- doenças infecciosas, marcada pela teoria microbiana;
- epidemiologia das doenças crônicas, marcada por um modelo caixa-preta que relaciona exposição e resultados<sup>16</sup>.

Ao estender essa perspectiva evolucionária à saúde pública como um todo, e ao fazer uso das dimensões ontológicas, epistemológicas e práticas como descriptores, a evolução da saúde pública pode ser traçada acompanhando-se a evolução dos seus conteúdos ao longo dessas dimensões.

De acordo com Rosen<sup>18</sup>, na sua concepção original e até o movimento higienista, a doença era um fenômeno natural que chegava por meio da água, do ar e do solo. Ela pode ser descrita por meio de conjuntos de casos e combatida por meio de medidas de proteção que isolam os humanos das fontes de contaminação. A elaboração da teoria estatística, nos séculos XVIII e XIX, levou ao desenvolvimento de estatísticas vitais, como forma de monitorar esses conjuntos de casos<sup>19</sup>. Com a ampla aceitação da teoria microbiana, o objeto da saúde pública se tornou o modelo biomédico da doença, no qual uma cadeia de causas evolui, passando de agentes infecciosos para doenças. A epidemiologia foi desenvolvida como o paradigma de pesquisa, tendo como conceitos basilares exposição e fator de risco. As abordagens de intervenção adotaram estratégias de prevenção que visavam interromper essa cadeia de transmissão.

A terceira e atual era, marcada pelas doenças crônicas, pode ser dividida em uma fase inicial e uma fase tardia. Ainda mantendo os processos biológicos individuais no centro da definição das doenças, a conceitualização de doença nesse modelo biopsicossocial acrescenta camadas de fatores individuais e sociais. A fase inicial é centrada, de forma mais exclusiva, nos determinantes “intra” pessoais de comportamentos de saúde, enquanto que a fase mais tardia leva em consideração fatores sociais que podem promover ou impedir esses comportamentos. Correspondendo ao modelo restrito do período inicial, a epidemiologia clássica expandiu sua concepção de causalidade, incluindo múltiplas causas e sua ideia de fator de risco para abranger as categorias sociais. No entanto, a epidemiologia clássica continuou majoritariamente centrada nos fatores de risco individuais. Na sua fase inicial, a educação para saúde foi acrescentada à prevenção de doenças como uma abordagem de intervenção. Recentemente, foi colocada mais ênfase nos ambientes sociais “distais” que não ficam em contato “direto” com os processos biológicos individuais. O ímpeto para descobrir como os determinantes sociais impactam a saúde da população em geral (ao invés de os indivíduos) resultou em um avanço importante, hoje conhecido por epidemiologia social<sup>20</sup>. De forma concomitante, as tentativas de planejar intervenções para lidar com esses fatores de risco sociais e com outros não-individuais (e as condições existentes) conduziram ao desenvolvimento da promoção da saúde<sup>21</sup>.

Na nossa visão desse processo evolucionário, a promoção da saúde como abordagem de intervenção tem enfrentado muitas das mesmas limitações do modelo biopsicossocial de doença. Sua forma real representa uma transição na direção de uma abordagem mais socialmente integrada que corresponderá, de maneira mais íntima, a um modelo holístico de saúde. De fato, várias iniciativas novas e estimulantes (tais como os programas desenvolvidos pelo Centro de Saúde da Fundação Fiocruz para lidar com questões de saúde, pobreza e desenvolvimento humano na favela de Manguinhos<sup>22</sup>) estão exercendo pressão para o desenvolvimento de uma nova conceitualização do objeto da saúde pública e de uma versão mais socialmente integrada da promoção da saúde.

Ao longo deste artigo, mostraremos que, muito embora a promoção da saúde já tenha se aventurado com um novo modelo e um novo objeto para a saúde pública, a área ainda luta para

se afastar do modelo biopsicossocial de doença. Também examinaremos como a reflexividade e a historicidade da ação humana e das intervenções de saúde pública podem fornecer *insights* para elucidar os aspectos sociais da saúde.

## Promoção da saúde e epidemiologia social como abordagens inovadoras na saúde pública

Após a publicação da Carta de Ottawa para Promoção da Saúde<sup>3</sup>, o campo da intervenção na saúde pública foi marcado por transformações profundas. Ao abandonar os modelos de intervenção que se baseavam em teorias psicossociais do comportamento e que propunham atividades educacionais padronizadas do tipo “prontas para uso” que visavam modelar comportamentos, os profissionais de saúde pública exploraram novas e múltiplas formas de intervenção. Esses novos tipos de intervenção são, até certo ponto, baseados explicitamente em um conjunto de valores, dentre os quais o empoderamento e a participação cidadã são com frequência citados<sup>23</sup>. A variedade de intervenções para promoção da saúde pode ser representada em um contínuo no qual a educação para saúde encontra-se em um extremo e a promoção da saúde em outro.

Os programas que têm por alvo comportamentos específicos de saúde em um determinado grupo de indivíduos de risco, com atividades padronizadas pré-formuladas são mais comuns na educação para saúde. Os impactos de tais intervenções tendem a se estabilizar e não se distinguem daquelas tendências seculares após os primeiros atores terem operado as mudanças<sup>24</sup>. Como resultado disso, os setores mais vulneráveis da população, muitas vezes, ficam fora do alcance dessas intervenções<sup>25</sup>. Ademais, essas intervenções não evitam o influxo de pessoas que passam a fazer parte do grupo de risco, o que explica porque os autores propuseram ampliar os alvos tradicionais das intervenções de saúde pública, de forma a incluir as condições socioambientais que possibilitam ou afetam esses comportamentos<sup>13</sup>. Na outra ponta do contínuo encontram-se aqueles programas multi-fatoriais e multi-setoriais de promoção da saúde que se baseiam na participação cidadã e que visam à capacitação para que as pessoas possam transformar as condições que fazem a saúde melhorar.

Essa evolução que levou a adoção dos modelos de promoção da saúde para intervenções na saúde pública também induziu a um foco na “comunidade” ou, melhor dizendo, nos “contextos locais” como cenários estratégicos para as intervenções<sup>13</sup>. A “Nova Saúde Pública” não apenas sugere que as intervenções devem visar tornar os recursos de saúde disponíveis localmente aos cidadãos, a fim de que as escolhas saudáveis sejam apresentadas e valorizadas, mas também que tais intervenções devem contribuir para a capacitação local. Finalmente, essas intervenções devem se basear na criação de novas alianças para a saúde. Isso significa que as redes sociais existentes deveriam ser reprojetadas, de modo que os atores locais que tradicionalmente não são associados às questões de saúde se tornem parte das coalizões ligadas à saúde<sup>27</sup>. Duas novas abordagens de intervenção na saúde pública exemplificam esses princípios: o modelo ecológico<sup>28</sup> e o modelo de desenvolvimento comunitário<sup>29</sup>. Apesar da novidade e da integração entre os aspectos sociais e de saúde que essas abordagens representam, a implementação completa dessas duas visões é dificultada por conta de nossas concepções de como a saúde é

produzida socialmente. Essas concepções raramente levam em consideração a reflexividade e a historicidade que caracterizam o relacionamento entre o desenvolvimento humano saudável e as estruturas sociais.

## Reflexividade e a abordagem ecológica de intervenção: alguém viu o agente?

A abordagem ecológica de intervenção<sup>28</sup> alcançou imensa aceitação pública quando foi identificada como a abordagem mais adequada para lidar com questões de desigualdade na saúde pelo *American Institute of Medicine*<sup>30</sup>. O impulso dessa abordagem é no sentido de trazer o foco das intervenções de saúde para o ecossistema do indivíduo. Com base em uma visão sistêmica da saúde, a abordagem ecológica concebe o indivíduo como o círculo central de uma série de círculos concêntricos, cada um dos quais representando um nível de agregação dentro do ambiente. Todas as camadas externas que envolvem a do indivíduo no centro formam o ecossistema deste indivíduo<sup>31</sup>. As características em um dado nível de agregação restringem aquelas de outros níveis. Por exemplo, os hábitos alimentares de um indivíduo são determinados pelo tipo alimentação da sua família. Essa disponibilidade em si depende do que se pode encontrar nas prateleiras dos supermercados, o que, por sua vez, é determinado por uma série de políticas, regras e sistemas de impostos definidos no âmbito municipal e nos níveis mais altos do governo.

Do ponto de vista da abordagem ecológica, a intervenção de saúde pública exerce um duplo papel. Ao mesmo tempo em que a intervenção visa transformar os recursos e características presentes nos níveis mais altos de agregação, ela também desenvolve atividades educacionais para convencer as pessoas a adotar novos estilos de vida e comportamentos<sup>13,31</sup>. Dentro de tal abordagem, as ações ambientais são fundamentais para gerar mudanças comportamentais.

Apesar de incorporar o ambiente social, o modelo ecológico é essencialmente “neo-comportamental”. De fato, nesse modelo, o foco da intervenção recai sobre o indivíduo, a mudança nos fatores de risco e no estilo de vida. No final das contas, é a mudança de comportamento e dos fatores de risco que será usada como critério para avaliação das intervenções. Para fins de avaliação, quando o cronograma e os recursos não permitem o uso de critérios comportamentais, constrói-se uma cadeia causal de características ambientais, que determinam os comportamentos de saúde, os fatores de risco e as doenças. O papel da avaliação é mostrar que a intervenção conseguiu mudar as características ambientais causais. Infere-se daí que se a cadeia causal for quebrada em qualquer ponto, o resultado negativo não se materializará<sup>32,33</sup>.

A abordagem ecológica é fundada em um modelo determinista da relação entre condições sociais, ação e comportamento humano. Esse modelo é caracterizado pela falta de “agência” no indivíduo situado ao centro do modelo (“agência” sendo a capacidade de exercer sua liberdade e de induzir mudanças na estrutura). Esse modelo é mais consistente com o conceito de Durkheim do papel da estrutura social do que com a teoria social contemporânea. Infelizmente, na promoção da saúde (assim como na epidemiologia social), quando se lança mão da sociologia para explicar como os determinantes sociais estão ligados à saúde, na maior parte das vezes, são as ideias de Durkheim e da escola estruturalista do início do século XX que são tomadas emprestadas e adaptadas<sup>34</sup>.

A sociologia atual se baseia essencialmente em uma crítica desse pensamento que concebe a ação humana como uma reação a uma estrutura social externa que envolve o indivíduo. Para os sociólogos neoestruturalistas, a estrutura social localiza-se tanto dentro quanto ao redor dos indivíduos, cujas ações reflexivas (a prática) transformam e reproduzem a estrutura. Essa internalização da sociedade no padrão de referência do indivíduo, por meio da socialização, oferece pistas para explicar como a ação humana reproduz e transforma a estrutura social. Sociólogos como Touraine<sup>35</sup>, Bourdieu<sup>36</sup> e Giddens<sup>37</sup> usaram o conceito de agência para incorporar essa relação reflexiva entre ação humana e estrutura social. Enquanto que a estrutura coloca restrições gerais e oferece oportunidades para ação, a ativação específica dessas restrições e oportunidades, por sua vez, reproduz e/ou transforma a estrutura.

Os conceitos de ação social e de estrutura colocam em questão a abordagem ecológica da intervenção na área da promoção da saúde. As cadeias causais que não permitem uma ação reflexiva do agente são enganosas já que elas envolvem as ações humanas em um conjunto de reações que parecem ser determinadas, previsíveis e modificáveis por meio de ações ambientais. Isso tem provado ser falso mesmo nas cadeias causais mais simples, como no estudo (MRFIT – *The Multiple Risk Factor Intervention Trial*). Neste estudo, mais de 12 mil voluntários do sexo masculino, com pelo menos um fator de risco de doença cardiovascular, foram randomizados em dois grupos. O grupo experimental foi exposto a serviços clínicos de prevenção e o grupo de controle foi encaminhado para a atenção normal.

Apesar dos resultados iniciais terem mostrado uma redução considerável no consumo de tabaco no grupo experimental<sup>38</sup>, os resultados do acompanhamento ao longo de 16 anos revelaram que a mortalidade por câncer de pulmão tendia a ser mais alta no grupo experimental em comparação com o grupo de controle<sup>39</sup>. Existem, de fato, múltiplas hipóteses plausíveis para explicar esse resultado. É possível que membros do grupo de controle tenham parado de fumar em uma fase mais avançada do estudo ou que os integrantes do grupo experimental que haviam parado durante a intervenção preventiva voltaram a fumar mais tarde. É igualmente possível que nenhuma das explicações seja verdadeira. De qualquer forma, esses resultados ilustram que as intervenções realizadas em cadeias causais simples não produzem resultados simples de interpretar. Essas dificuldades têm mais chance de existir quando as cadeias causais e os modelos de intervenção não deixam espaço para a reflexibilidade do agente humano e para o relacionamento recíproco com a estrutura social.

## **Historicidade no desenvolvimento comunitário: quando é que um programa se inicia?**

Outra inovação importante da promoção da saúde é a integração das abordagens de desenvolvimento comunitário que fazem tentativas deliberadas de transformar as redes sociais existentes nos ambientes locais. Importantes conceitos, como os de empoderamento e de participação cidadã, implicam uma mudança nos relacionamentos existentes entre os agentes sociais (indivíduos ou organizações) que compartilham um espaço comum. Se o objetivo for aumentar o capital social e a coesão social ou fortalecer a comunidade, o caminho é por meio da reconfiguração das redes sociais existentes, criando e apoiando fóruns locais de cidadãos e de

organizações não ligadas à saúde, a fim de discutir e de atuar sobre as condições que moldam a saúde das pessoas<sup>29,40</sup>.

Um exemplo já em nível avançado de um forum é a coalisão comunitária para saúde<sup>41</sup>. Essas coalizões são novas organizações, de acordo com a definição oferecida pelos sociólogos franceses Michel Crozier e Erhart Friedberg<sup>42</sup>. Para Crozier e Friedberg, organizações são definidas como um conjunto de operações realizadas de forma coordenada com o propósito de atingir objetivos. Essa descrição inclui grupos pouco formalizados, como as coalizões. A formação e o apoio oferecido às coalizões locais que forjam parcerias novas e concretas entre os agentes locais são características que diferenciam os programas de desenvolvimento comunitário do planejamento social, sendo o primeiro mais associado à educação para saúde<sup>40</sup>.

Outra característica importante das coalizões é a congregação de agentes sociais, que tradicionalmente não têm relação com a área da saúde, em torno de questões de saúde. Normalmente, as coalizões são formadas por representantes de associações não governamentais, setor privado, instituições públicas de outros setores (por exemplo, desenvolvimento econômico, educação) e por cidadãos interessados. Portanto, como uma estratégia de intervenção, a formação de coalizões é equivalente a criação de uma nova organização.

A maioria dos estudos sobre coalizões no campo da promoção da saúde lançam olhar principalmente sobre os relacionamentos dentro da coalizão (seu funcionamento) ou sobre seus impactos em vários aspectos dos contextos em que foram implementadas. Nesses estudos, as coalisões são equiparadas a um conjunto de intervenção e há pouco entendimento sobre de que forma o funcionamento das coalizões como organizações novas representa a continuidade ou a ruptura da história local. Pensar as coalisões como organizações novas, no entanto, é algo que coloca a importância dessa dimensão histórica de forma ainda mais explícita.

As organizações muitas vezes são concebidas como sistemas sociais vivos. Uma característica dos sistemas vivos é a capacidade que eles possuem de reproduzirem-se ou de transformarem-se parcialmente como uma função do seu próprio dinamismo, de maneira autorreferencial. A composição da coalizão determina parcialmente seu próprio funcionamento, assim como a forma e o conteúdo de seus relacionamentos com outras organizações locais. São os eventos que ocorrem dentro da coalizão e com outros autores que impulsionam sua própria transformação. Essas transformações também acontecem em ambientes em que outras organizações são similarmente transformadas. Nesse sentido, a evolução de uma organização é resultado do encontro do seu próprio dinamismo com o de outras organizações.

Assim, a evolução de uma coalizão não pode ser planejada de forma rígida por dois motivos. Primeiro mesmo se ações deliberadas realizadas por organizações da saúde pudessem induzir o encontro de vários agentes locais como um prelúdio para a criação da coalizão local, o funcionamento, as realizações e o futuro de tal coalizão não podem ser subordinados às circunstâncias e condições reais nas quais foi criada. Os relacionamentos (organizacionais) “preeexistentes” entre os membros da coalizão, antes mesmo do seu surgimento oficial, também moldam o presente e o futuro da coalizão. Além disso, trazer o foco novamente para as questões de saúde dentro da coalizão e desenvolver as relações interorganizacionais são estratégias que precisam

ser consideradas a fim de entender a evolução das coalizões. Dessa forma, as coalizões nunca são “criadas” inteiramente a partir do nada. A vida delas não tem início com uma intervenção externa, muito embora tais intervenções frequentemente sejam o gatilho para a reorganização das redes locais.

Em segundo lugar, a capacidade das coalizões de se projetarem para o futuro, considerando sua história e sua capacidade de agir de acordo com essas projeções, impede uma orientação externa estritamente determinista de uma coalizão. Em qualquer tempo, o estado de uma coalizão resulta da convergência do seu passado e sua projeção de futuro. As coalizões são reorganizações da estrutura de ação local com o fim de remodelar os relacionamentos importantes entre os agentes sociais com referência ao passado e ao futuro.

O processo autorreferencial dinâmico, como qualquer organização humana, reproduz e gera história, e é compreendido como o processo de desenvolvimento do tempo humano e das dimensões espaciais. Assim como qualquer biografia, a história de uma organização é feita de eventos que marcam os processos internos de sua evolução e de suas relações com outras organizações. A elaboração dessa história, no entanto, prossegue com uma construção dupla. Primeiro, os eventos não são objetivados de forma neutra; eles devem ser construídos a partir das rupturas percebidas no fluxo normal do tempo. Decidir, por exemplo, que a reunião inaugural da coalizão é um evento porque foi quando houve um consenso entre os seus membros acerca do mandato e do funcionamento da coalizão, ao passo que a 10<sup>a</sup> reunião não foi rica em acontecimentos porque nada de importante aconteceu, depende da perspectiva do historiador. Em segundo lugar, o significado de uma cadeia de eventos para o desenvolvimento da coalizão também é algo construído em uma narrativa coerente que proporciona a base com a qual pode-se explorar a gama de possíveis continuidades e/ou transformações que se apresentam à frente da coalizão.

Essa evolução autorreferencial dos sistemas sociais criados e apoiados pelas ações de promoção da saúde coloca em questão a nossa concepção do que é um programa. Não se pode conceitualizar os programas apenas em relação as suas dimensões estruturais e definir avaliação como algo que estabelece relacionamentos entre os elementos dessa estrutura<sup>43</sup> sem levar em consideração a transformação ocorrida ao longo do tempo. Documentar os eventos que marcam a evolução desse sistema relacional e construir uma narrativa coerente para interpretar seu dinamismo são procedimentos cruciais para a compreensão das intervenções no campo da promoção da saúde, funcionando como fontes de “evidências” da eficácia do sistema.

Com essas duas práticas inovadoras (as abordagens ecológica e de desenvolvimento comunitário), nós ilustramos que a avaliação e o estudo dos programas de promoção da saúde devem, primeiramente, incorporar e, em seguida, interpretar as continuidades/transformações do sistema do programa/ambiente em suas perspectivas socioespaciais (como em sociedade) e sociotemporais (como na história). Agora, iremos demonstrar que a epidemiologia social também está se esforçando para entender essas dimensões contextuais e temporais da transformação social e que ela ainda precisa integrar os conceitos de reflexividade e historicidade aos seus modelos.

## A epidemiologia social e o modelo biopsicossocial da doença

Os últimos 20 anos foram testemunha do surgimento, na área da pesquisa em saúde pública, de uma perspectiva sobre doença e da produção da saúde que, cada vez mais, toma emprestado conceitos e conhecimento das ciências sociais. A partir da publicação do Black Report<sup>44</sup>, a questão das desigualdades na saúde levou a criação de um programa de pesquisa totalmente novo. Esse estudo revelou a existência de uma relação entre as condições de saúde e a posição ocupada na hierarquia social. Essa relação é monótona e crescente, o que significa dizer que aquelas pessoas situadas no ápice da pirâmide social gozam de melhor saúde quando se comparadas àquelas situadas logo abaixo, que, por sua vez, são mais saudáveis do que aquelas logo abaixo e assim por diante até os indivíduos mais depauperados.

A saúde não é distribuída de forma homogênea em uma população. As desigualdades são identificáveis como função das categorias socialmente construídas, tais como condição socioeconômica, gênero e grupos étnicos. As desigualdades na saúde parecem ser um subproduto de organizações específicas da vida e das relações sociais<sup>45</sup>. Este campo de investigação que combina categorias sociais e resultados biológicos provou ser muito frutífero para rejuvenescer a pesquisa epidemiológica. Estudos de epidemiologia social proliferaram em várias direções, como ilustrado pela grande variedade de temas abordados no primeiro livro-texto de epidemiologia social, publicado em 2000<sup>1</sup>. A saúde se tornou uma preocupação social<sup>46</sup> e a saúde pública, uma ciência social<sup>47</sup>.

## Saúde e Lugar: Lugares ou Ilhas?

Uma área de investigação que desperta crescente interesse nos pesquisadores da área de epidemiologia social é a agregação dos resultados de saúde em bairros ou comunidades<sup>48,49</sup> para além do nível esperado, dado que indivíduos em situação similar, com fatores de risco semelhantes, muitas vezes compartilham o mesmo espaço geográfico. Os efeitos contextuais<sup>50</sup> resultam da atribuição da agregação geográfica dos resultados de saúde às características contextuais e ecológicas do ambiente<sup>51</sup>. Assim, os lugares ou os ambientes locais podem ser caracterizados por atributos que transcendam a agregação de características individuais. Sally Mcintyre cunhou o termo “estrutura de oportunidade” para se referir àquelas características contextuais que promovem ou prejudicam a saúde<sup>52</sup>. Três grupos de atributos formam a estrutura de oportunidade.

O primeiro grupo é formado pelas características do ambiente físico, tais como clima, qualidade da água e disponibilidade de alimentos, dentre outros. A relação entre esse grupo de características e a saúde já é conhecida há tempos. De fato, as ações direcionadas a essas características físicas fazem parte do eixo tradicional da intervenção no campo da saúde pública<sup>53</sup>.

O segundo grupo é composto pela configuração local dos recursos que promovem ou afetam a saúde. Além dos serviços de saúde, um recente trabalho na área da saúde comunitária identificou uma variedade de recursos associados à saúde<sup>54</sup>. Qualidade da moradia, o acesso a equipamento recreacional e parques, bem como a restrição de acesso ao tabaco por parte de jovens são exemplos de recursos de promoção da saúde que facilitam as “escolhas saudá-

veis”<sup>55</sup>. Nossos estudos, em particular, mostraram que a configuração local dos recursos para uso do tabaco por jovens é associada com as características dos ambientes<sup>56</sup> e com a iniciação do jovem ao fumo<sup>57</sup>.

O terceiro grupo de características ecológicas diz respeito à organização local da vida social, aos padrões locais de relacionamento entre os atores sociais e à maneira como os recursos sociais (poder e *status*) são distribuídos; de forma sucinta, o tecido social. A literatura recente é farta de estudos que mostram as correlações ecológicas entre variáveis (como o capital social, a coesão social, participação comunitária<sup>58</sup>, bem como muitas formas de discriminação<sup>59</sup>) e resultados na área da saúde. A maioria desse estudos, no entanto, tratam os ambientes locais como se eles fossem desconectados da sociedade e do processo social global.

A estrutura social, entendida como as regras e recursos mobilizados para a reprodução/transformação da ação social<sup>37</sup>, também é associada com a saúde da população, como pode ser visto em comparações internacionais<sup>46,60</sup>. Para os geógrafos sociais, os bairros e os contextos representam espaços sociais locais nos quais acontecem as relações individuais com a estrutura social global<sup>61</sup>. Assim, o modelo que coloca os indivíduos no centro de um conjunto de círculos inclusivos e que está presente tanto na epidemiologia social<sup>62</sup> quanto na promoção da saúde<sup>63</sup> reflete uma visão truncada do que significa “social”. Nesse modelo, o social é sempre situado fora do indivíduo e a causalidade sempre parte dos níveis de agregação superiores para os inferiores.

Os modelos epidemiológicos de causalidade das doenças e de promoção da saúde não deixam espaço para ações recíprocas ou recursivas entre os elementos da cadeia causal. Mais concretamente, o conceito epidemiológico fundamental de “exposição” sugere um objeto passivo que reagem às condições do ambiente, ao invés de um agente cujas ações reflexivas e recursivas transformam a estrutura a qual ele/ela pertence. Tal reflexividade não pode ser rejeitada quando do exame dos processos sociais envolvidos na moldagem da saúde da população.

Outro corolário problemático desse modelo de produção da saúde em camadas é a ausência de uma perspectiva histórica, essencial para a compreensão das transformações sociais. Nesse modelo, a estrutura é dada e as dinâmicas de transformação, por meio das quais ela é continuamente reproduzida ou transformada, não são consideradas. Todos os estudos que tratam de questões de saúde e ambiente são transversais, ao passo que os modelos contemporâneos de desenvolvimento urbano mostram que os conceitos de espaço, população e tempo se conjugam e não podem ser compreendidos de forma independente<sup>64,65</sup>. Assim, a estrutura-oportunidade observável em um dado momento, em um dado lugar, não é apenas uma função da estrutura social, mas também de sua história e, mais precisamente, do seu processo histórico estruturante. Considerar a história contida nas narrativas e que oferece significado às transformações ou continuidades da ação humana parece ser indispensável para se entender como os aspectos sociais afetam a saúde.

## Conclusão

A observação da epidemiologia social por meio da lente da promoção da saúde nos leva a identificar dois principais pontos-cego da intervenção e da pesquisa em saúde pública. Refle-

xividade e historicidade são dois conceitos que precisam ser desenvolvidos e integrados em nossos modelos de saúde e nas intervenções e avaliações na área da saúde pública, de modo que a promoção da saúde possa refletir sobre sua atuação à partir de categorias conceituais relevantes e que a epidemiologia social possa revelar as relações existentes entre sociedade e saúde. Também é importante que esses avanços ocorram em paralelo.

Tradicionalmente, a epidemiologia formou a base metodológica para a avaliação das intervenções de saúde pública<sup>66</sup>. Essas dificuldades encontradas pelos pesquisadores no campo da avaliação para elaborar argumentos empíricos relevantes sobre os impactos dos projetos de vanguarda na área de promoção da saúde<sup>67</sup>, em parte, podem advir das limitações dos métodos usados, especialmente considerando a capacidade limitada de capturar os avanços sociais ativados ou modificados pelas intervenções realizadas. A epidemiologia clássica provou sua força de compreensão sobre como os comportamentos se transformam em fatores de risco relacionados a doenças. Assim, ela é a metodologia de preferência para avaliação dos resultados comportamentais das intervenções no campo da educação para saúde. Os processos sociais, no entanto, não fazem parte da mesma natureza dos comportamentos de risco. Eles somente adquirem e produzem significado em relação aos seus contextos espaciais e temporais. É essa rede de relacionamentos sociais que precisa ser capturada pela avaliação da promoção da saúde para, dessa forma, conseguir sair do domínio da epidemiologia clássica.

Para concluir, acreditamos que estabelecer um diálogo entre a epidemiologia social e a promoção da saúde é algo que beneficiará ambas abordagens. Enquanto que a epidemiologia social busca compreender como a sociedade molda a saúde e a promoção da saúde visa intervir nesse processo, ambas enfrentam o desafio de integrar a teoria social da prática reflexiva nos modelos de saúde e nas abordagens de intervenção no campo da saúde pública. Os conceitos de reflexividade e historicidade são apenas dois exemplos de como a inclusão de um discurso e de uma prática de ciência social salutar, atualizada e completamente desenvolvida nesse diálogo pode proporcionar insights úteis para a busca de suas respectivas agendas.

## Agradecimentos

A produção deste artigo foi possível graças ao financiamento concedido a L. Potvin (Cadeira *Community Approaches and Health Inequalities*) pela *Canadian Health Services Research Foundation* e pelo *Canadian Institute of Health Research*; e ao apoio dado a P. Chabot pelo *Quebec Council for Social Sciences*. A participação dos autores na *Abrasco Conference 2002* foi possível por meio da subvenção oferecida a *Canadian Public Health Association* pela *Canadian International Development Agency*. Hoori Hamboyan prestou assistência editorial. Por último, os autores agradecem a Katherine L. Frohlich, Sylvie Gendron e Pascale Lehoux pelos comentários feitos a uma versão prévia deste trabalho.

## Referências Bibliográficas

1. Berkman LF, Kawachi I (eds.). *Social epidemiology*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2000.
2. Kawachi I. *Social epidemiology* (Editorial). *Soc Sci Med* 2002; 54: 1739-1741.

3. OMC. Carta de Ottawa para Promoção da Saúde. *Health Promot* 1986; 1: iii-v.
4. Kickbush I. Introduction: Tell me a story. In: Pederson A, O'Neill M, Rootman I. (eds.). *Health promotion in Canada. Provincial, national, and international perspectives*. Toronto: W.B. Saunders; 1994. p. 8-17.
5. CIHR Backgrounder - Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Consultado em 09 de junho de 2002, em [http://www.cihr-irsc.gc.ca/about\\_cihr/overview/who\\_we\\_are\\_e.shtml](http://www.cihr-irsc.gc.ca/about_cihr/overview/who_we_are_e.shtml). (n.d.)
6. Federal, Provincial, Territorial Advisory Committee on Population Health. *Strategies for population health. Investing in the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada, Cat. No. H39-316/1994; 1994.
7. McKinlay JB, Marceau LD. A tale of three tails. *Am J Public Health* 1999; 89: 295-298.
8. McKinlay JB, Marceau LD. (2000). To boldly go... *Am J Public Health* 2000; 90: 25-33.
9. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Soc Sci Med* 1995; 39: 887-903.
10. Link B, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*, (Edição extra) 1995, 80-94.
11. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them. *Soc Sci Med* 2002; 55: 125-39.
12. Potvin L, Frohlich KL. L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1998; 5: 142-52.
13. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning. An educational and ecological approach* (3rd ed.). Mountain View: Mayfield; 1999.
14. McQueen DV, Anderson L. What counts as evidence: Issues and debates. In: Rootman I *et al.* (eds.). *Health promotion evaluation. Principles and perspectives*. Copenhague: Who Regional Publicatios. European Series, No 92; 2001; p. 63-81.
15. International Union for Health Promotion and Education. *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe* (2nd ed.). Brussel: European Comission; 2000.
16. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology : I. Eras and paradigms. *Am J Public Health* 1996; 86: 668-73.
17. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology : I. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996; 86: 674-7.
18. Rosen G. *A history of public health (expanded edition)*, Baltimore: The Johns Hopkin University Press; 1993.
19. Hamlin, C. Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr controversy and the loss of the “social” in public health. *Am J Public Health*, 1995;85: 856-866.

20. Syme SL, Frohlich KL. The contribution of social epidemiology: Ten new books. *Epidemiol* 2001; 13: 110-112.
21. Green LW. Canadian health promotion: An outsider's view from the inside. In: Pederson A, O'Neill M, Rootman I (eds.). *Health promotion in Canada. Provincial, national e international perspectives*. Toronto: W. B. Saunders; 1994. p. 314-26.
22. Bodstein R, Zancan L, Estrada DD. *Manguinhos. Guia de Equipamentos e Iniciativas Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
23. Rootman I., Goodstadt M., Potvin L., Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I *et al.* (eds.). *Health promotion evaluation. Principles and perspectives* (pp. 7-38). Copenhague: Who Regional Publications. European Series, No 92; 2001, p. 7-38.
24. Green LW, Richard L. The need to combine health education and health promotion: The case of cardiovascular disease prevention. *J Health Promot Educ* 1994; 1: 11-7.
25. Davis SK, Winkleby MA, Farquhar JW. Increasing disparity in knowledge of cardiovascular disease risk factors and risk-reduction strategies by socioeconomic *status*: implications for policymakers. *Am J Prev Med* 1995; 11:318-23.
26. Syme SL. The social environment and health. *Deadalus* 1974; (Fall): 79-86.
27. Ashton J, Seymour. *The new public health*. Buckingham: Open University Press; 1989.
28. Green LW, Richard L, Potvin L. Ecological foundations of health promotion. *Am J Health Promot* 1996; 10: 270-81.
29. Minkler M, Wallerstein N. Improving health through community organization and community building: A health education perspective. In: Minkler M. (ed.). *Community organizing and community building for health*. New Brunswick: Routledge; 2001. p. 30-52.
30. Smedley BD, Syme SL. (eds.). *Promoting Health. Intervention strategies from social to behavioural research*. Washington DC: Institute of Medicine; 2000.
31. Richard L *et al.* Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *Am J Health Promot* 1996; 10: 318-28.
32. Nutbeam D. Achieving population health goals: perspectives on measurement and implementation from Australia. *Can J Public Health* 1999; 90(Suppl 1): S43-S46.
33. Nutbeam D, Smith C, Catford J. Evaluation in health education. A review of progress, possibilities and problems. *J Epidemiol Community Health* 1990; 44: 83-89.
34. Berkman LF, Kawachi I. A historical framework for social epidemiology. In: Berkman LF, Kawachi I (eds.). *Social epidemiology*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2000. p. 3-12.
35. Touraine A. *Le retour de l'acteur*. Paris: Fayard; 1974.
36. Bourdieu P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris: Seuil; 1972.
37. Giddens A. *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press; e Oxford: Basil Blackwell; 1984.

38. Neaton JD *et al.* The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). VII. A comparison of risk factor changes between the two study groups. *Prev Med* 1981; 10: 519-43.
39. Shaten BJ *et al.* Lung cancer mortality after 16 years in MRFIT participants in intervention and usual-care groups. *Multiple Risk Factor Intervention Trial. Ann Epidemiol* 1997; 7: 125-36.
40. Boutiller M, Cleverly S, Labonte R. Community as a setting for health promotion. In: Poland B, Rootman I, Green LW (eds.). *Settings for health promotion. Linking theory and practice.* Thousand Oaks: Sage; 1999. p. 250-79.
41. Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersman A. Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Educ Res* 1993; 8: 315-20.
42. Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système.* Paris : Éditions du Seuil; 1977.
43. Potvin L, Haddad S, Frohlich KL. Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion. In: Rootman I *et al.* (eds.). *Health promotion evaluation. Principles and perspectives.* Copenhague: Who Regional Publications. European Series, No 92; 2001. p. 45-62.
44. Townsend P, Davidson N. *The Black Report.* Londres: Pelican Books; 1982.
45. Kaplan G. Economic policy is health policy: Findings from the study of income, socio-economic *status*, and health. In: Auerbach A., Krimgold, BK (eds.). *Income, socioeconomic *status*, and health. Exploring the relationships.* Washington, DC: National Policy Association; 2001. p. 137-49.
46. Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The affliction of inequalities.* Londres: Routledge; 1996.
47. Terris M. The changing relationships of epidemiology and society: The Robert Crickshank Lecture. *J Public Health Policy* 2001; 22: 441-463.
48. Diez Roux AV *et al.* Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 99-106.
49. Macintyre S, MacIver S, Sooman A. Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *J Soc Policy* 1993; 22: 213-234.
50. Shouls S, Congdon P, Curtis S. Modelling inequality in reported long term illness in the UK: Combining individual and area characteristics. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 366-76.
51. Cheadle A *et al.* Environmental indicators. A tool for evaluating community-based health promotion programs. *Am J Prev Med* 1992; 8: 345-50.
52. Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman LF, Kawachi I. (eds.). *Social epidemiology.* Nova Iorque: Oxford University Press; 2000, p. 332-48.

53. Draper P. (ed.). *Health through public policy. The greening of public health*. Londres Reino Unido: Green Print; 1991.
54. Green LW, Ottoson JM. *Community health* (7th ed.). Chicago: Mosby, 1994.
55. Millio N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: An ecological framework for policy studies. In: Badura B, Kickbush I. (eds.). *Health promotion research: Towards a new social epidemiology*. Copenhagen: WHO European series Vol 32; 1991. p. 7-28.
56. Frohlich KL, Potvin L, Chabot P, Corin H. A theoretical and empirical analysis of context: Neighbourhoods, smoking and youth. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1401-17.
57. Frohlich KL, Potvin L, Gauvin L, Chabot P. Youth smoking initiation: disentangling contextual from compositional effects. *Health e Place* 2002; 8: 155-66.
58. Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I. (eds.). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 174-90.
59. Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman LF, Kawachi I. (eds.). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 36-75.
60. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med* 2001; 52: 481-91.
61. Curtis S, Jones IR. Is there a place for geography in the analysis of health inequalities. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20(5): 645-72.
62. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity and health*. Copenhagen: World Health Organisation; 1992.
63. Hancock T, Perkins F. The mandala of health: A conceptual model and teaching tool. *Health Educ* 1985; 24(1): 8-10.
64. Castells M. *The informational city. Information technology, economic restructuring, and the urban-regional process*. Oxford: Basil Blackwell; 1989.
65. Soja EW. *Postmetropolis. Critical studies of cities and regions*. Oxford: Blackwell; 2000.
66. Tannahill A. Epidemiology and health promotion. A common understanding. In: Bunton R, Macdonald G. (eds.). *Health promotion. Discipline and diversity*. London: Routledge; 1992. p. 86-107.
67. Davies JK, Macdonald G. Beyond uncertainty. Leading health promotion into the twenty-first century. In: Davies, JK e Macdonald, G (eds.). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion. Striving for certainties*. London: Routledge; 1998. p. 207-16.