RGe ISSN: 2177-3246

DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA TRANSIÇÃO DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

CHALLENGES AND PERSPECTIVES OF HEALTH EDUCATION IN THE TRANSITION FROM A HOSPITAL-CENTRIC MODEL TO HEALTH PROMOTION

DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA TRANSICIÓN DE UN MODELO CENTRADO EN EL HOSPITAL A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

10.56238/revgeov17n5-073

Sara Gabriela Josiane Mazi
Graduanda
Instituição: Universidade Brasil
E-mail: saragjmazi@gmail.com

Maria Rita Alves dos Santos
Graduanda
Instituição: Universidade Brasil
E-mail: ritaalvesmaria0@gmail.com

Jéssica da Silva Francelino
Enfermeira Pós-graduada em Docência em Enfermagem
Instituição: Centro de Estudos e Desenvolvimento de Educação em Saúde (CEDES), Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)
E-mail: jessicafrancelino98@gmail.com

Adriana Garcia Costa
Mestranda em Enfermagem em Saúde Coletiva
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Universidade Brasil
E-mail: profadrianagc18@gmail.com

Isléia Nonis da Silva
Psicóloga
Instituição: Prefeitura Municipal de Aparecida do Taboado
E-mail: aielsi@msn.com

Flávia Cristina Custódio
Mestranda em Enfermagem
Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), UNIFUNEC
E-mail: fccustodio@funcsantafe.edu.br

RGe
ISSN: 2177-3246

Fabricio Sidnei da Silva
Doutorado em Engenharia biomédica
Instituição: Universidade Brasil
E-mail: Prof.fabricio@ymail.com

Rauer Ferreira Franco
Doutorando em Ciências da Saúde
Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Universidade Brasil
E-mail: rauer.franco@ub.edu.br

RESUMO
Este artigo de revisão bibliográfica analisa a transição do modelo hospitalocêntrico (biomédico) para o paradigma da Promoção da Saúde, com foco no papel estratégico da Educação em Saúde nesse processo. O modelo biomédico tradicional é criticado por seu caráter reducionista, fragmentado e financeiramente insustentável, especialmente diante do crescimento das doenças crônicas. A Educação em Saúde é apresentada como ferramenta central para essa mudança, abrangendo desde abordagens tradicionais de mudança de comportamento até perspectivas emancipatórias fundamentadas em Paulo Freire. São identificadas múltiplas barreiras para a implementação efetiva: crenças intrapessoais dos profissionais, deficiências na formação acadêmica, resistência institucional, foco sistêmico no cuidado curativo e baixo letramento em saúde da comunidade. Quanto às perspectivas futuras, destacam-se a Declaração de Astana (OMS), o conceito de "Saúde em Todas as Políticas", modelos inovadores de cuidado integral como o Modelo de Dois Círculos, e a integração de tecnologias digitais (inteligência artificial, wearables, genômica, telessaúde). Conclui-se que a transição efetiva requer esforços coordenados em reforma curricular, alocação de recursos, capacitação profissional, promoção do letramento em saúde e integração ética de tecnologias digitais.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Modelo Hospitalocêntrico. Mudança de Paradigma. Tecnologias Digitais em Saúde.

ABSTRACT
This bibliographic review analyzes the transition from the hospital-centered (biomedical) model to the Health Promotion paradigm, focusing on the strategic role of Health Education in this process. The traditional biomedical model is criticized for its reductionist, fragmented, and financially unsustainable nature, especially in the face of the rise of chronic diseases. Health Education is presented as a central tool for this change, encompassing both traditional behavior-change approaches and emancipatory perspectives grounded in Paulo Freire. Multiple barriers to effective implementation are identified: professionals' intrapersonal beliefs, gaps in academic training, institutional resistance, systemic focus on curative care, and low community health literacy. Regarding future perspectives, the Astana Declaration (WHO), the "Health in All Policies" concept, innovative comprehensive care models such as the Two-Circle Model, and the integration of digital technologies (artificial intelligence, wearables, genomics, telehealth) stand out. The conclusion is that the effective transition requires coordinated efforts in curriculum reform, resource allocation, professional training, health literacy promotion, and ethical integration of digital technologies.

Keywords: Health Education. Health Promotion. Hospital-Centered Model. Paradigm Shift. Digital Health Technologies.

RESUMEN
Este artículo de revisión bibliográfica analiza la transición del modelo hospitalario (biomédico) al paradigma de la promoción de la salud, centrándose en el papel estratégico de la educación para la salud en este proceso. El modelo biomédico tradicional es criticado por su carácter reduccionista,

fragmentado e insostenible económicamente, especialmente ante el aumento de las enfermedades crónicas. La educación para la salud se presenta como una herramienta fundamental para este cambio, abarcando desde enfoques tradicionales para el cambio de comportamiento hasta perspectivas emancipadoras basadas en Paulo Freire. Se identifican múltiples barreras para una implementación efectiva: creencias intrapersonales de los profesionales, deficiencias en la formación académica, resistencia institucional, un enfoque sistémico en la atención curativa y baja alfabetización en salud en la comunidad. En cuanto a las perspectivas futuras, se destacan la Declaración de Astana (OMS), el concepto de "Salud en todas las políticas", modelos innovadores de atención integral como el Modelo de los Dos Círculos y la integración de tecnologías digitales (inteligencia artificial, dispositivos portátiles, genómica, telesalud). Se concluye que una transición efectiva requiere esfuerzos coordinados en la reforma curricular, la asignación de recursos, la formación profesional, la promoción de la alfabetización en salud y la integración ética de las tecnologías digitales.

Palabras clave: Educación para la Salud. Promoción de la Salud. Modelo Hospitalario. Cambio de Paradigma. Tecnologías Digitales en Salud.

1 INTRODUÇÃO

A história da saúde pública mundial é marcada por transformações paradigmáticas que refletem mudanças nas concepções de saúde, doença e cuidado. Durante grande parte do século XX, o modelo biomédico, centrado na doença e na assistência hospitalar, dominou os sistemas de saúde globalmente.[1][2] Este modelo, derivado da teoria dos germes e fundamentado em uma abordagem reducionista, foi extremamente bem-sucedido na eliminação de doenças infecciosas e no aumento da expectativa de vida, que nos Estados Unidos passou de 49 anos em 1901 para 78 anos em 2007.[2]

Entretanto, com a transição epidemiológica e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, as limitações do modelo hospitalocêntrico tornaram-se evidentes. Este modelo, caracterizado pela fragmentação do cuidado, ênfase na cura em detrimento da prevenção, e foco exclusivo em fatores biológicos, mostrou-se insuficiente e financeiramente insustentável para responder às complexas necessidades de saúde das populações contemporâneas.[1][3][4]

Em contraposição, emergiu o paradigma da Promoção da Saúde, consolidado internacionalmente pela Carta de Ottawa em 1986, que define promoção da saúde como "o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la".[5][6] Este novo paradigma amplia o conceito de saúde para além da ausência de doença, reconhecendo os determinantes sociais, ambientais, econômicos e comportamentais da saúde, e propondo estratégias intersetoriais e participativas.[6][7][8]

Neste contexto de transição paradigmática, a Educação em Saúde assume papel estratégico fundamental. Diferentemente da simples transmissão de informações sobre doenças, a educação em saúde contemporânea é concebida como um processo contínuo, dinâmico e complexo de ensino-aprendizagem, implementado através de uma parceria equitativa entre profissionais e usuários, visando capacitar indivíduos e comunidades para promover mudanças comportamentais e alcançar resultados positivos de saúde.[9]

O objetivo deste artigo é analisar criticamente os desafios e perspectivas da Educação em Saúde como estratégia central na transição do modelo hospitalocêntrico para o paradigma da Promoção da Saúde, examinando as bases teóricas, barreiras práticas e tendências futuras que podem consolidar esta transformação nos sistemas de saúde.

2 O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO E SUAS LIMITAÇÕES

O modelo hospitalocêntrico, fundamentado no paradigma biomédico, caracteriza-se por uma abordagem reducionista que explica toda doença em termos biológicos, frequentemente negligenciando fatores psicológicos, sociais e ambientais.[1][2] Este modelo reflete um dualismo mente-corpo no qual transtornos "mentais" são excluídos das preocupações centrais da medicina ocidental, a menos que possam ser explicados por algum defeito biológico subjacente.[2]

Embora tenha produzido sucessos notáveis incluindo antibióticos, vacinas, transplantes de órgãos e curas para alguns cânceres o modelo biomédico também gerou intervenções caras, marginalmente úteis ou mesmo inúteis.[10] O prestígio conquistado por seus sucessos criou uma presunção pública de eficácia científica rigorosa, que pode impulsionar cuidados subótimos quando o pensamento reducionista, frequentemente acoplado aos imperativos comerciais do desenvolvimento de produtos, desencadeia a busca por soluções únicas que produzem benefícios questionáveis a custos crescentes.[10]

A fragmentação do cuidado constitui outra limitação crítica deste modelo. A atenção à saúde organizada em torno de especialidades médicas e procedimentos hospitalares resulta em descontinuidade assistencial, perda de informações e comprometimento da integralidade do cuidado.[11][12] Estudos demonstram que a transição de pacientes entre diferentes níveis de atenção e profissionais representa momentos de alto risco para erros e eventos adversos.[12]

Do ponto de vista econômico, o modelo hospitalocêntrico tornou-se financeiramente insustentável. Nos Estados Unidos, doenças crônicas cuja prevenção e manejo são negligenciados neste modelo representam 75% dos custos em saúde.[2] A ênfase em intervenções curativas de alta complexidade, em detrimento de ações preventivas e promocionais de menor custo, contribui para a escalada insustentável dos gastos em saúde observada globalmente.[3][13]

Além disso, o foco em desvios de normas biológicas, em vez das necessidades dos pacientes, é um dos muitos fatores que sustentam a falta generalizada de envolvimento dos pacientes nas decisões e objetivos terapêuticos.[10] Este enfoque pode levar à negligência das necessidades cognitivas e emocionais dos pacientes, preferências individuais, subutilização de terapias comportamentais e aconselhamento, e negligência de estratégias sociais e de saúde pública para prevenção de doenças.[10]

Finalmente, o modelo hospitalocêntrico mostra-se inadequado para responder à atual prevalência de doenças crônicas. Com estas condições representando a maioria da morbidade e mortalidade nos países ocidentais, sistemas de saúde projetados em torno de modelos de cuidado biomédico agudo enfrentam dificuldades para melhorar os desfechos relatados pelos pacientes e reduzir custos.[4] A crescente proporção de recursos de saúde dedicada a transtornos crônicos e a necessidade concomitante de melhorar os resultados para os pacientes exigem ação urgente.[4]

3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA

A Educação em Saúde representa uma estratégia fundamental para a transição do modelo hospitalocêntrico para a Promoção da Saúde. Conceitualmente, educação em saúde é definida como um processo contínuo, dinâmico, complexo e planejado de ensino-aprendizagem ao longo da vida e em diferentes contextos, implementado através de uma parceria equitativa e negociada entre cliente e profissional de saúde, para facilitar e capacitar a pessoa a promover/iniciar mudanças comportamentais

relacionadas ao estilo de vida que promovam resultados positivos de saúde.[9]

As bases teóricas da Educação em Saúde contemporânea fundamentam-se em múltiplos referenciais. Teorias de mudança comportamental, como o Modelo de Crenças em Saúde, a Teoria Social Cognitiva de Bandura, a Teoria do Comportamento Planejado e o Modelo Transteórico, fornecem frameworks para compreender e influenciar comportamentos relacionados à saúde.[14][15][16] Estas teorias enfatizam construtos como autoeficácia, intenção comportamental, percepção de risco e benefícios, e estágios de prontidão para mudança.[16][17]

Particularmente relevante é a contribuição da pedagogia de Paulo Freire para a educação em saúde emancipatória. A filosofia freiriana de "educação para a consciência crítica" assume relevância especial no contexto dos sistemas de saúde, propondo uma abordagem dialógica à mudança que enfatiza a ação baseada na reflexão crítica pelas pessoas.[18][19] Esta perspectiva contrasta fundamentalmente com a educação tradicional em saúde, caracterizada pela simples disseminação de informações para mudança comportamental — abordagem que, apesar de ser o pilar da prática tradicional de educação em saúde, demonstra eficácia limitada em melhorar a saúde pública.[20]

A educação popular em saúde, também conhecida como educação freiriana ou emancipatória, tem sido utilizada com sucesso para criar condições mais equitativas em todo o mundo há mais de 50 anos.[19] Seu uso para melhorar a saúde está documentado na literatura de saúde pública desde o início dos anos 1980, embora permaneça amplamente desconhecida e seu potencial não realizado nos círculos mainstream de saúde pública no mundo industrializado.[19]

A distinção fundamental entre educação tradicional e emancipatória reside em seus objetivos e métodos. Enquanto a educação tradicional foca na transmissão unidirecional de informações sobre doenças e comportamentos de risco, a educação emancipatória busca desenvolver consciência crítica, autonomia e empoderamento individual e coletivo.[21][22][23] A perspectiva emancipatória considera a alfabetização em saúde como elemento-chave para promover autonomia e empoderamento entre indivíduos e grupos populacionais, capacitando-os a reconhecer seu direito fundamental à saúde e seu papel como cidadãos.[22]

Estudos qualitativos demonstram que a educação popular é um método eficaz para aumentar o empoderamento e melhorar a saúde.[19][24] A abordagem freiriana integrada com teorias de mudança cognitiva e comportamental pode desenvolver programas abrangentes de educação em saúde direcionados tanto à mudança individual quanto comunitária.[24]

No contexto da atenção primária à saúde, a educação em saúde desempenha papel crucial. A atenção primária é idealmente posicionada para gerenciar condições que restringem oportunidades educacionais ou de emprego no curto prazo, mas também atua através de prevenção e intervenção precoce ao longo do curso de vida.[8] A educação em saúde na atenção primária contribui para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, não apenas melhorando a saúde (ODS 3), mas também

promovendo educação, reduzindo desigualdades e combatendo a pobreza.[8][25]

4 DESAFIOS NA PRÁTICA DA SAÚDE PÚBLICA

A transição do modelo hospitalocêntrico para a Promoção da Saúde enfrenta múltiplas barreiras que operam em diferentes níveis do sistema de saúde. Uma síntese meta-etnográfica identificou fatores que afetam a implementação de atividades de prevenção primária e promoção da saúde na atenção primária, organizados em um modelo ecológico de cinco níveis: fatores intrapessoais, processos interpessoais, fatores institucionais, fatores comunitários e políticas públicas.[26]

No nível intrapessoal, as crenças dos profissionais sobre prevenção e promoção da saúde, experiências, habilidades, conhecimentos e autoconceito constituem barreiras significativas.[26] Muitos profissionais de saúde mantêm concepções tradicionais focadas na doença, demonstrando resistência à incorporação de práticas preventivas e promocionais em sua rotina.[26][27]

A formação acadêmica representa um desafio crítico. A educação médica e de outros profissionais de saúde permanece predominantemente focada no modelo biomédico e na cura de doenças.[25][26] Os currículos universitários dedicam importância limitada à prevenção primária e promoção da saúde, resultando em profissionais inadequadamente preparados para implementar estas ações.[26] Além disso, a força de trabalho em saúde não é treinada em ações multissetoriais, e já experimenta cargas de trabalho de natureza avassaladora.[25]

No nível institucional, a atenção primária é percebida como bem posicionada para implementar prevenção e promoção da saúde, mas a sobrecarga de trabalho, falta de tempo e recursos de referência, e a predominância do modelo biomédico (que prioriza o tratamento de doenças) dificultam a implementação destas atividades.[26] A eficácia de incentivos financeiros e ferramentas como diretrizes e lembretes/alarmes é condicionada pelas atitudes dos profissionais em relação a eles.[26]

A resistência institucional manifesta-se também na alocação de recursos. Recursos alocados para promoção da saúde são frequentemente desviados para outros programas, resultando em desconexão entre níveis nacional e provincial, o que impede comunicação e oportunidade de desenvolver uma visão compartilhada e programa coerente.[27][28] O gasto governamental inadequado em saúde é exacerbado pelas pequenas proporções alocadas à atenção primária à saúde.[25]

Barreiras sistêmicas incluem o foco tradicional dos sistemas de saúde em uma abordagem "responsiva" em vez de "proativa" à saúde de indivíduos e populações.[29] Dentro do contexto da consulta, fatores como falta de tempo, déficit de expertise do clínico, dificuldades logísticas, falta de interesse dos pacientes, outras preocupações urgentes, remuneração inadequada e preocupações dos pacientes em relação às intervenções podem desempenhar um papel.[29]

Análises políticas recentes identificam barreiras persistentes à prevenção causadas por: clareza limitada quanto ao seu significado na prática, congruência limitada com a entrega rotineira de políticas,

e capacidade limitada para sustentar mudanças importantes.[30] Desafios incluem curto-prazismo, pressões financeiras e operacionais, limites rotineiros à cooperação, ativos comunitários não aproveitados e oportunidades limitadas para aprendizagem entre pares.[30]

A capacidade institucional para promoção da saúde permanece limitada. Avaliações demonstram que a capacidade para desenvolver intervenções de promoção da saúde de longo prazo e sustentáveis é limitada em todos os níveis.[28] Há colaboração limitada entre níveis nacional e provincial de promoção da saúde, monitoramento limitado de indicadores de promoção da saúde no sistema de informação em saúde, e coordenação de esforços de promoção da saúde entre diferentes setores amplamente ausente.[28]

Finalmente, fatores comunitários incluem características sociais e culturais dos pacientes (religião, recursos financeiros, etc.), recursos locais de referência, mensagens da mídia de massa e campanhas da indústria farmacêutica.[26] A alfabetização em saúde é comum entre a população, mesmo em países desenvolvidos, representando barreira adicional à implementação efetiva de programas de promoção da saúde.[25]

5 PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS FUTURAS

A consolidação da transição para o paradigma da Promoção da Saúde depende da integração de políticas públicas robustas com tecnologias emergentes e novos modelos de cuidado. Diversas tendências promissoras estão emergindo que podem acelerar e sustentar esta transformação.

No âmbito das políticas públicas, a reafirmação dos princípios da Carta de Ottawa através da Declaração de Astana de 2018 redefine as três funções da atenção primária à saúde como: provisão de serviços, ações multissetoriais e empoderamento dos cidadãos.[25] Este framework reconhece explicitamente que os objetivos de desenvolvimento sustentável relacionados à saúde não podem ser alcançados apenas pela provisão de serviços de saúde, exigindo esforços conjuntos entre parceiros locais, nacionais e internacionais, e conscientização pública (alfabetização em saúde) sobre doenças preveníveis.[25]

A abordagem de "Saúde em Todas as Políticas" representa estratégia fundamental para institucionalizar a promoção da saúde além do setor saúde.[5][31] Esta perspectiva reconhece que todos os setores têm papel na promoção e coordenação de esforços para melhorar a saúde, abordando determinantes sociais, ambientais e econômicos.[8][31]

Modelos inovadores de cuidado estão emergindo para integrar prevenção e tratamento. O Modelo de Cuidado Integral à Pessoa (Two-Circle Model of Whole-Person Care), desenvolvido para o Departamento de Assuntos de Veteranos dos EUA, integra o atual modelo de tratamento focado em doenças e baseado em transações com um modelo centrado na pessoa, baseado em relacionamentos e focado em promoção da saúde e recuperação.[32] Este framework reequilibra a abordagem atual focada

em doenças com uma centrada na pessoa, baseada em relacionamentos e focada em recuperação, demonstrando melhorias nos resultados do Quadruple Aim em múltiplos sistemas.[32]

As tecnologias digitais emergentes apresentam potencial transformador para a promoção da saúde e medicina preventiva. A era da saúde digital futura será caracterizada pela mudança para medicina preditiva, preventiva, personalizada e participativa (P4), com ênfase na promoção da saúde sobre o tratamento de doenças.[33] Esta "mudança para a esquerda" em direção ao cuidado preventivo é antecipada para redefinir a saúde, enfatizando a promoção da saúde sobre o tratamento de doenças.[33]

Tecnologias específicas incluem: genômica para avaliação personalizada de risco; inteligência artificial para triagem, diagnóstico precoce e aconselhamento de saúde; bioengenharia e dispositivos vestíveis para monitoramento contínuo de parâmetros fisiológicos; e telemedicina para ampliar acesso a serviços de promoção da saúde.[33][34][35] Dispositivos vestíveis fornecem dados relacionados à saúde que cresceram em números e tipos de dados disponíveis nas últimas duas décadas, com aplicações em prevenção incluindo rastreadores de atividade para promover aptidão física (prevenção primária), dispositivos móveis de eletrocardiograma para detectar arritmias (prevenção secundária) e monitoramento contínuo de glicose para melhorar controle glicêmico no diabetes tipo 2 (prevenção terciária).[36]

A inteligência artificial está transformando a promoção da saúde e redução de doenças através de detecção precoce aprimorada, encorajamento de modificações de estilo de vida saudável e mitigação da pressão econômica sobre os sistemas de saúde.[34] Revisões recentes demonstram resultados positivos para desfechos de processo (aceitabilidade, engajamento), desfechos cognitivos e comportamentais (confiança, contagem de passos) e desfechos de saúde (glicemia, pressão arterial).[34]

Entretanto, desafios significativos permanecem. Riscos de segurança e privacidade de dados, inequidades em saúde amplificadas pela divisão digital e vieses de dispositivos, e limitações da inteligência artificial (reprodutibilidade, opacidade ou questões de "caixa-preta" e responsabilidade legal pouco clara) devem ser abordados.[35][37] O sucesso futuro depende de proteções robustas de privacidade, design inclusivo, validação diversificada no mundo real e frameworks regulatórios refinados para garantir implementação equitativa e sustentável.[35]

A transformação digital encontrará cada vez mais seu caminho nas várias fases de processo ao longo dos próximos cinco anos, com expectativa particular de tecnologias para mudança comportamental em formatos híbridos.[38] O uso de tecnologia no futuro pode levar a mais participação, parcerias, empoderamento e equidade em contextos, mas por outro lado também pode reforçar exclusão e injustiça se condições subjacentes adequadas não forem fornecidas.[38]

Finalmente, a integração de genômica, mudança comportamental e soluções de saúde digital representa abordagem promissora para transformar globalmente as abordagens de prevenção e manejo de doenças crônicas ao longo da vida.[39] A prevenção personalizada, utilizando ferramentas de

predição de risco poligênico e multifatorial, prevenção avançada e manejo de doenças crônicas baseados em mudança comportamental, e sistemas de saúde digital para apoiar maior eficiência em programas de prevenção e intervenção em saúde em escala populacional, oferece framework conceitual promissor, embora pesquisas adicionais sejam necessárias para investigar os efeitos de sua integração em nível populacional.[39][40]

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição do modelo hospitalocêntrico para o paradigma da Promoção da Saúde representa imperativo tanto epidemiológico quanto econômico para os sistemas de saúde contemporâneos. O modelo biomédico, apesar de seus sucessos históricos, demonstrou-se inadequado para responder à atual prevalência de doenças crônicas e aos complexos determinantes sociais, ambientais e comportamentais da saúde. Sua ênfase na fragmentação do cuidado, foco exclusivo em fatores biológicos e priorização do tratamento sobre a prevenção resultou em sistemas financeiramente insustentáveis e incapazes de melhorar significativamente os desfechos de saúde populacional.

Neste contexto, a Educação em Saúde emerge como estratégia central e motor de transformação. Fundamentada em bases teóricas sólidas, desde teorias de mudança comportamental até a pedagogia emancipatória de Paulo Freire a educação em saúde contemporânea transcende a simples transmissão de informações, constituindo-se como processo dialógico de construção de autonomia, consciência crítica e empoderamento individual e coletivo. Esta abordagem alinha-se perfeitamente com os princípios da Promoção da Saúde estabelecidos pela Carta de Ottawa: participação comunitária, equidade, ação intersetorial e foco nos determinantes sociais da saúde.

Entretanto, desafios significativos persistem em múltiplos níveis. A formação profissional permanece predominantemente focada no modelo biomédico; a resistência institucional manifesta-se na alocação inadequada de recursos para prevenção; barreiras sistêmicas incluem sobrecarga de trabalho, falta de tempo e predominância de incentivos voltados ao cuidado curativo; e fatores comunitários como baixa alfabetização em saúde e desigualdades sociais limitam o alcance e efetividade das intervenções.

As perspectivas futuras são, contudo, promissoras. A integração de políticas públicas robustas como a abordagem de Saúde em Todas as Políticas com tecnologias emergentes incluindo inteligência artificial, dispositivos vestíveis, telemedicina e genômica oferece oportunidades sem precedentes para consolidar a transição paradigmática. Modelos inovadores de cuidado integral à pessoa demonstram viabilidade e efetividade em integrar prevenção e tratamento, promoção da saúde e recuperação.

A sustentabilidade dos sistemas de saúde no século XXI depende fundamentalmente da capacidade de implementar esta transição paradigmática. A Educação em Saúde, em sua perspectiva emancipatória e dialógica, constitui-se não apenas como ferramenta técnica, mas como processo

ISSN: 2177-3246

político e social de transformação. Seu papel como motor de sustentabilidade da saúde pública reside precisamente em sua capacidade de desenvolver consciência crítica, autonomia e participação ativa de indivíduos e comunidades na construção de condições mais saudáveis e equitativas de vida.

Para que esta transição se concretize plenamente, são necessários esforços coordenados em múltiplas frentes: reformulação curricular na formação de profissionais de saúde; realocação de recursos financeiros priorizando prevenção e promoção; desenvolvimento de capacidade institucional para ações multissetoriais; fortalecimento da alfabetização em saúde populacional; e implementação ética e equitativa de tecnologias digitais. Somente através desta abordagem abrangente e integrada será possível realizar plenamente o potencial transformador da Educação em Saúde e consolidar sistemas de saúde verdadeiramente promotores de saúde, equitativos e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

1. A Revitalized Biopsychosocial Model: Core Theory, Research Paradigms, and Clinical Implications. Bolton D. Psychological Medicine. 2023;53(16):7504-7511. doi:10.1017/S0033291723002660.

2. Competencies for psychology practice in primary care. Sara Honn Qualls, Michele J. Karel, Annette Stanton, et al. American Psychological Association (2015).

3. Improving the Effectiveness of Healthcare: Diagnosis-Centered Care vs. Person-Centered Health Promotion, a Long Forgotten New Model. Martyushev-Poklad A, Yankevich D, Petrova M. Frontiers in Public Health. 2022;10:819096. doi:10.3389/fpubh.2022.819096.

4. The Biopsychosocial Model of Illness: A Model Whose Time Has Come. Wade DT, Halligan PW. Clinical Rehabilitation. 2017;31(8):995-1004. doi:10.1177/0269215517709890.

5. Learning Lessons From Past Mistakes: How Can Health in All Policies Fulfil Its Promises?. Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U, Zuazagoitia J. Journal of Epidemiology and Community Health. 2010;64(6):504-5. doi:10.1136/jech.2010.110437.

6. Twenty-Five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. Potvin L, Jones CM. Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique. 2011 Jul-Aug;102(4):244-8.

7. Health Status Measurement in the Evaluation of Health Promotion. Breslow L. Medical Care. 1989;27(3 Suppl):S205-16. doi:10.1097/00005650-198903001-00017.

8. Revisiting Alma-Ata: What Is the Role of Primary Health Care in Achieving the Sustainable Development Goals?. Hone T, Macinko J, Millett C. Lancet (London, England). 2018;392(10156):1461-1472. doi:10.1016/S0140-6736(18)31829-4.

9. Health Education: A Rogerian Concept Analysis. Pueyo-Garrigues M, Whitehead D, Pardavila-Belio MI, et al. International Journal of Nursing Studies. 2019;94:131-138. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.005.

10. Drivers of Poor Medical Care. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, et al. Lancet (London, England). 2017;390(10090):178-190. doi:10.1016/S0140-6736(16)30947-3.

11. A New Doctor in the House: Ethical Issues in Hospitalist Systems. Pantilat SZ, Alpers A, Wachter RM. JAMA. 1999;282(2):171-4. doi:10.1001/jama.282.2.171.

12. Outcomes of Care by Hospitalists, General Internists, and Family Physicians. Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, et al. The New England Journal of Medicine. 2007;357(25):2589-600. doi:10.1056/NEJMsa067735.

13. The Role of the Hospital in a Changing Environment. McKee M, Healy J. Bulletin of the World Health Organization. 2000;78(6):803-10.

14. Educational Interventions for Improving Primary Caregiver Complementary Feeding Practices for Children Aged 24 Months and Under. Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;5:CD011768. doi:10.1002/14651858.CD011768.pub2.

15. Interventions for Improving Health Literacy in Migrants. Baumeister A, Aldin A, Chakraverty D, et al. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023;11:CD013303. doi:10.1002/14651858.CD013303.pub2.

16. Theory-Based Interventions for Contraception. Lopez LM, Grey TW, Chen M, Tolley EE, Stockton LL. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;11:CD007249. doi:10.1002/14651858.CD007249.pub5.

17. Clinical Preventive Medicine in Primary Care: Background and Practice: 2. Delivering Primary Preventive Services. Hensrud DD. Mayo Clinic Proceedings. 2000;75(3):255-64. doi:10.4065/75.3.255.

18. Creating Critical Consciousness in Health: Applications of Freire's Philosophy and Methods to the Health Care Setting. Minkler M, Cox K. International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation. 1980;10(2):311-22. doi:10.2190/023K-58E7-6TM8-3RRM.

19. Popular Education for Health Promotion and Community Empowerment: A Review of the Literature. Wiggins N. Health Promotion International. 2012;27(3):356-71. doi:10.1093/heapro/dar046.

20. Reducing Inequities Through Participatory Research and Community Empowerment. Travers KD. Health Education & Behavior : The Official Publication of the Society for Public Health Education. 1997;24(3):344-56. doi:10.1177/109019819702400307.

21. What Should We Talk About? Contributions From Freirean Thematic Investigation in Health Education With Adolescents. Gontijo DT, Calheiros MNS, Jucá AL, Monteiro RJS. Health Promotion International. 2023;38(6):daad160. doi:10.1093/heapro/daad160.

22. The Emancipatory Perspective of Health Literacy in Brazil: Contributions From the Freirean Thought to Knowledge Translation Regarding a Global Concept. Peres F. Cadernos De Saude Publica. 2025;40(11):e00089824. doi:10.1590/0102-311XPT089824.

23. Emancipatory Promotion of Health: Contributions From Brazil in the Context of the Global South. Porto MF. Health Promotion International. 2019;34(Supplement_1):i56-i64. doi:10.1093/heapro/day086.

24. Freirian Praxis in Health Education: Research Results From an Adolescent Prevention Program. Wallerstein N, Sanchez-Merki V. Health Education Research. 1994;9(1):105-18. doi:10.1093/her/9.1.105.

25. Primary Health Care and Sustainable Development Goals. Chotchoungchatchai S, Marshall AI, Witthayapipopsakul W, et al. Bulletin of the World Health Organization. 2020;98(11):792-800. doi:10.2471/BLT.19.245613.

26. Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care: A Synthesis Through Meta-Ethnography. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, et al. PloS One. 2014;9(2):e89554. doi:10.1371/journal.pone.0089554.

27. Organizational Structure and Human Agency Within the South African Health System: A Qualitative Case Study of Health Promotion. Rwafa-Ponela T, Goudge J, Christofides N. Health Policy and Planning. 2021;36(Supplement_1):i46-i58. doi:10.1093/heapol/czab086.

28. Health Promotion Capacity and Institutional Systems: An Assessment of the South African Department of Health. Rwafa-Ponela T, Christofides N, Eyles J, Goudge J. Health Promotion International. 2021;36(3):784-795. doi:10.1093/heapro/daaa098.

29. Mobile Phone Messaging for Preventive Health Care. Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Gurol-Urganci I, Atun R, Car J. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;12:CD007457. doi:10.1002/14651858.CD007457.pub2.

30. New Political Science Analysis of the Renewed Push for Preventive Health: 'Can It Be Any Different This Time Around?'. Cairney P, Boswell J, Mahmood H, Bliss A. Social Science & Medicine (1982). 2025;384:118568. doi:10.1016/j.socscimed.2025.118568.

31. Collaboration Between Local Health and Local Government Agencies for Health Improvement. Hayes SL, Mann MK, Morgan FM, Kelly MJ, Weightman AL. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;10:CD007825. doi:10.1002/14651858.CD007825.pub6.

32. An Integrated Framework for Achieving National Health Goals. Jonas WB, Adibe B. JAMA Health Forum. 2022;3(5):e221109. doi:10.1001/jamahealthforum.2022.1109.

33. The Application of Preventive Medicine in the Future Digital Health Era. De la Torre K, Min S, Lee H, Kang D. Journal of Medical Internet Research. 2025;27:e59165. doi:10.2196/59165.

34. Artificial Intelligence in Health Promotion and Disease Reduction: Rapid Review. Yousefi F, Naye F, Ouellet S, et al. Journal of Medical Internet Research. 2025;27:e70381. doi:10.2196/70381.

35. Application of Emerging Information Technologies in the Prevention and Control of Chronic Diseases. Feng T, Li Y, Feng Y, Zeng C. Frontiers in Public Health. 2026;14:1755672. doi:10.3389/fpubh.2026.1755672.

36. Mobile Health and Preventive Medicine. Waalen J. The Medical Clinics of North America. 2023;107(6):1097-1108. doi:10.1016/j.mcna.2023.06.003.

37. Digital Health Promotion: Promise and Peril. Koh A, Swanepoel W, Ling A, et al. Health Promotion International. 2021;36(Supplement_1):i70-i80. doi:10.1093/heapro/daab134.

38. Future Trends and Possible Applications of Digital Technologies in Setting-Based Prevention and Health Promotion-A Delphi Survey. Stark AL, Albrecht J, Dongas E, Choroschun K, Dockweiler C. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2023;66(3):320-329. doi:10.1007/s00103-023-03669-5.

39. Transforming Global Approaches to Chronic Disease Prevention and Management Across the Lifespan: Integrating Genomics, Behavior Change, and Digital Health Solutions. Thomas SA, Browning CJ, Charchar FJ, et al. Frontiers in Public Health. 2023;11:1248254. doi:10.3389/fpubh.2023.1248254.

40. Components, Prospects and Challenges of Personalized Prevention. Jaskulski S, Nuszbaum C, Michels KB. Frontiers in Public Health. 2023;11:1075076. doi:10.3389/fpubh.2023.1075076.