

UMA ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL DA PRESCRIÇÃO SOCIAL PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR E REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE

João Miguel Alves Ferreira¹;

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), Coimbra, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-9905-0849>

Cristina Maria Moura de Sousa²;

Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA); Atlântica-Instituto Universitário, Oeiras; Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-UÉ) Évora, Portugal,

<https://orcid.org/0000-0002-2822-4853>

Sergii Tukaiev³;

National University of Ukraine on Physical Education and Sport, Research Institute, Kyiv, Ukraine; Università della Svizzera italiana, Faculty of Communication, Culture, and Society, Institute of Public Health and Institute of Communication and Public Policy, Lugano, Switzerland.

<https://orcid.org/0000-0002-6342-1879>

Sandra Meléndez-Labrador⁴;

Posdoctoral Granter, Orchid Program, Ministry of Science, Technology and Innovation of Colombia, Bogotá, Colombia; Latin American Observatory on Rare Diseases, Disability and Communication.

<https://orcid.org/0000-0002-6856-5361>

Raquel Pires Lopes⁵.

Insight: Centro de Investigação Piaget para o Desenvolvimento Humano e Ecológico, Escola Superior de Educação Jean Piaget de Almada, Almada, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-0499-4850>

RESUMO: Este artigo explora a prescrição social (PS) como uma abordagem multidimensional para promover o bem-estar e reduzir as desigualdades na saúde. A PS baseia-se no reconhecimento de que a saúde é influenciada não só por fatores biológicos, mas também por determinantes sociais, económicos e psicológicos. Esta estratégia une os pacientes a recursos e atividades comunitárias, com o intuito de promover a inclusão social, melhorar a saúde mental e física, e combater o isolamento social. Através de teorias sobre os determinantes sociais da saúde e do modelo biopsicossocial, a PS oferece uma resposta

holística aos desafios da saúde, integrando fatores sociais e comunitários nos cuidados de saúde. No entanto, a sua implementação enfrenta desafios como a falta de padronização, a integração limitada entre a saúde e as comunidades, a escassez de recursos financeiros e a formação insuficiente de profissionais. Estas barreiras dificultam a avaliação e replicação de programas de PS, limitando o seu impacto. O artigo conclui que, para superar estes desafios, são necessários esforços coordenados, melhor formação e apoio financeiro, de modo a tornar a PS uma ferramenta eficaz para reduzir disparidades e melhorar o bem-estar das populações vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: Determinantes Sociais da Saúde. Saúde Coletiva. Integração Comunitária.

A MULTIDIMENSIONAL APPROACH TO SOCIAL PRESCRIBING FOR THE PROMOTION OF WELL-BEING AND THE REDUCTION OF HEALTH INEQUALITIES

ABSTRACT: This article explores social prescribing (SP) as a multidimensional approach to promoting well-being and reducing health inequalities. SP is based on the recognition that health is influenced not only by biological factors but also by social, economic, and psychological determinants. This strategy connects patients to community resources and activities, aiming to promote social inclusion, improve mental and physical health, and combat social isolation. Drawing on theories of social determinants of health and the biopsychosocial model, SP provides a holistic response to health challenges by integrating social and community factors into healthcare. However, its implementation faces challenges such as a lack of standardisation, limited integration between health and communities, scarce financial resources, and insufficient training for professionals. These barriers hinder the evaluation and replication of SP programmes, limiting their impact. The article concludes that overcoming these challenges requires coordinated efforts, improved training, and financial support to make SP an effective tool for reducing disparities and enhancing the well-being of vulnerable populations.

KEYWORDS: Social Determinants of Health. Collective Health. Community Integration.

INTRODUÇÃO

Sabemos que a Prescrição social (PS) pode ser uma ferramenta integrativa para a promoção da saúde e o bem-estar coletivo tendo emergido como uma abordagem inovadora na promoção da saúde coletiva, interligando indivíduos a atividades e serviços comunitários que beneficiam a saúde e o bem-estar. A sua multidimensionalidade enfatiza o papel fundamental dos determinantes sociais e dos fatores biopsicossociais na determinação da saúde. No entanto, a implementação da PS depara-se com diversos desafios e limitações ao oferecer uma abordagem inovadora e inclusiva que vai para além do tratamento clínico

tradicional e promove o bem-estar populacional por meio da inclusão social e da promoção da equidade.

Estes desafios e obstáculos serão analisados neste capítulo, de forma a dar respostas mais contextualizadas com estudos e revisões teóricas, propondo soluções para a sua integração nos cuidados de saúde, para a promoção do bem-estar e para a redução das desigualdades em saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prescrição social (PS) está fundamentada em teorias que reconhecem a inter-relação entre saúde e fatores sociais, económicos e psicológicos. Uma das principais teorias que sustenta essa prática é a dos determinantes sociais da saúde, amplamente discutida por autores como MARMOT e ALLEN (2014). De acordo com essa teoria, a saúde das populações é determinada, não apenas por fatores biológicos, mas também por fatores sociais e ambientais, como a renda, a educação, as condições de habitação, o emprego e as redes sociais. Esses determinantes influenciam diretamente o bem-estar dos indivíduos, afetando tanto a prevenção quanto a progressão de doenças crónicas, saúde mental e outras condições de saúde. A prescrição social surge como uma ferramenta que visa encaminhar esses fatores, conectando os pacientes a serviços e atividades que podem melhorar a sua qualidade de vida por meio do fortalecimento de laços sociais e suporte comunitário.

A importância dos determinantes sociais na saúde foi amplamente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que defende as intervenções que vão além do tratamento médico tradicional e abordem as causas subjacentes da saúde precária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Segundo a OMS, as medidas que atuam nos determinantes sociais são essenciais para promover a equidade em saúde, especialmente em contextos onde as desigualdades estruturais e socioeconómicas são predominantes. Esta visão alinha-se diretamente com o conceito de prescrição social, que visa minimizar as barreiras de acesso a cuidados adequados e aumentar o envolvimento social dos pacientes.

Além disso, a PS apoia-se na abordagem biopsicossocial, um modelo que reconhece a saúde como resultado de interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este modelo, proposto por ENGEL (1977), contesta a visão reducionista da medicina, que tradicionalmente foca apenas no aspecto biológico das doenças. Segundo esta abordagem, fatores psicológicos, como o stress, a autoestima e o apoio emocional, e os fatores sociais, como a interação com a comunidade e o acesso a redes de suporte, desempenham papéis cruciais na prevenção e no tratamento de doenças. A PS, ao considerar estes fatores proporciona uma intervenção que não se limita à prescrição de medicamentos, mas que também envolve o encaminhamento de pacientes a atividades sociais, culturais e físicas, promovendo uma abordagem de cuidado mais holística.

No contexto da PS, o modelo biopsicossocial torna-se especialmente relevante ao reconhecer que muitos dos desafios de saúde enfrentados por populações vulneráveis são derivados de condições de vida adversas, como o isolamento social, a falta de apoio comunitário, o desemprego ou dificuldades económicas. Assim, ao integrar essas dimensões nos seus cuidados, a PS procura resolver não apenas os sintomas da doença, mas também as suas causas subjacentes, que muitas vezes estão enraizadas em questões sociais e estruturais.

A PS também se relaciona com a teorias de capital social e integração comunitária, que destacam o papel das redes sociais e do envolvimento comunitário na promoção da saúde. O capital social refere-se aos benefícios derivados das redes de relacionamento e da participação em atividades comunitárias, como o suporte emocional, a troca de informações e o acesso a recursos. Evidências sugerem que indivíduos com maior envolvimento social tendem a ter melhores resultados de saúde, com níveis mais baixos de stress e maior sensação de pertencimento (PUTNAM, 2000). Neste sentido, a PS visa aumentar o capital social dos indivíduos ao vinculá-los a atividades e serviços que os integram nas suas comunidades, promovendo redes de apoio que impactam positivamente a sua saúde mental e física.

Ao focar-se na conexão entre saúde e fatores sociais, a PS também está alinhada com as abordagens de saúde baseadas na comunidade. Essa perspectiva enfatiza a importância de soluções localmente orientadas que envolvem os pacientes nas suas comunidades, empoderando-os para desempenhar um papel mais ativo no seu próprio cuidado de saúde. O conceito de coprodução de saúde é um componente importante dessa abordagem, onde os pacientes são vistos como parceiros no processo de tratamento e não apenas como recetores passivos de cuidados médicos (BOVAIRD; LOEFFLER, 2012). A PS, ao fomentar essa coprodução por meio do envolvimento ativo dos pacientes em atividades comunitárias, permite que as pessoas tomem maior controlo sobre as suas próprias condições de saúde.

Por fim, a PS reflete um movimento mais amplo de saúde integrativa, que reconhece a necessidade de combinar intervenções biomédicas com abordagens que abordam fatores emocionais, sociais e espirituais da vida dos pacientes. Este movimento visa criar um sistema de saúde mais abrangente, que atenda tanto às necessidades físicas quanto às demandas emocionais e sociais, algo fundamental em contextos de saúde coletiva. Através da PS, é possível ampliar o alcance dos sistemas de saúde para além do consultório médico, promovendo intervenções baseadas na comunidade que incentivam o bem-estar holístico e reduzem as desigualdades estruturais que perpetuam a má saúde em certos grupos populacionais.

Em síntese, a PS está alicerçada numa sólida base teórica que reconhece o papel fundamental dos determinantes sociais e dos fatores biopsicossociais na determinação da saúde. Ao integrar essas perspectivas, a prescrição social oferece uma abordagem inovadora e inclusiva que vai além do tratamento clínico tradicional, procurando promover

o bem-estar populacional por meio da inclusão social e da promoção da equidade.

OBJETIVO

O principal objetivo deste trabalho é aprofundar o conhecimento sobre o conceito de prescrição social (PS), analisando as suas bases teóricas, os desafios na sua implementação, os benefícios para as populações vulneráveis, e propor soluções para a sua integração nos cuidados de saúde, visando a promoção do bem-estar e a redução das desigualdades em saúde.

METODOLOGIA

Este estudo tem uma abordagem qualitativa, com um objectivo descritivo e com um procedimento de pesquisa bibliográfica. Para a elaboração deste artigo, foi conduzida uma revisão sistemática narrativa da literatura, por meio de uma análise de literatura em bases de dados científicas, como PubMed, Scopus, Web of Science e Google Scholar, com o objetivo de identificar e sintetizar as principais evidências sobre a eficácia da PS em contextos de saúde coletiva e sua relação com os determinantes sociais da saúde e as desigualdades em saúde. A revisão seguiu os protocolos estabelecidos para revisões sistemáticas, procurando garantir a rigorosidade metodológica e a transparência do processo de seleção e análise dos estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desafios e limitações da prescrição social

Embora a PS tenha demonstrado ser uma abordagem promissora para a promoção da saúde e a redução das desigualdades, a sua implementação prática enfrenta uma série de desafios e limitações que dificultam a maximização do seu potencial. Estes obstáculos estão relacionados com a falta de padronização, a integração insuficiente entre os setores de saúde e comunitário, a limitação de recursos financeiros e a capacitação inadequada dos profissionais de saúde.

Falta de padronização

Uma das principais barreiras para a expansão e efetividade da PS é a falta de padronização nos programas implementados. APS é, por natureza, altamente individualizada e depende das necessidades específicas de cada paciente, o que torna difícil a criação de protocolos unificados e replicáveis. Essa variabilidade nos modelos de prescrição social em diferentes contextos e regiões torna a avaliação de resultados complexa e, muitas vezes, inconsistente (SKIVINGTON, et al., 2021). Sem uma padronização clara, é difícil medir o

impacto real da PS em termos de saúde pública, o que limita a capacidade de comparar e replicar as melhores práticas em diferentes locais.

Além disso, a ausência de métricas padronizadas dificulta a realização de pesquisas robustas, já que os estudos que avaliam a eficácia da PS podem variar significativamente em termos de metodologias, intervenções e indicadores de resultados. A falta de uniformidade também pode levar à subutilização de evidências sobre o que funciona e o que não funciona em determinados contextos, resultando em programas de PS que não exploram todo o seu potencial. Por isso, há uma necessidade urgente de desenvolver diretrizes estruturadas que possam orientar a implementação da PS de forma mais consistente, garantindo que as boas práticas sejam identificadas e replicadas em diferentes regiões e populações.

Integração entre saúde e serviços comunitários

Outro grande desafio é a integração insuficiente entre os sistemas de saúde e as organizações comunitárias que oferecem as atividades prescritas. A PS depende de uma rede de apoio colaborativa que inclui serviços sociais, organizações voluntárias e atividades comunitárias. No entanto, muitas vezes essa colaboração não é bem estabelecida ou formalizada, resultando em dificuldades de coordenação entre as partes envolvidas (DRINKWATER; WILDMAN; MOFFATT, 2019). A falta de comunicação e de estruturas formais de parceria pode prejudicar o sucesso das intervenções, já que os pacientes podem não receber o acompanhamento adequado ou os serviços prescritos podem não estar acessíveis ou disponíveis.

Um dos fatores que contribuem para essa lacuna de integração é a falta de financiamento e apoio institucional para criar e sustentar essas redes colaborativas. Sem um financiamento estável, muitas organizações comunitárias enfrentam dificuldades em manter os seus serviços ou em expandir as suas atividades para dar resposta à crescente procura gerada pela PS. Em muitos casos, essas organizações dependem de voluntários ou de recursos limitados, o que compromete a continuidade dos programas oferecidos. A sustentabilidade financeira dos serviços comunitários é, portanto, um desafio crítico para a plena implementação da PS como uma solução de saúde pública viável.

Falta de capacitação dos profissionais de saúde

Outro obstáculo importante é a falta de capacitação dos profissionais de saúde para implementar a PS de forma eficaz. Tradicionalmente, os médicos e outros profissionais de saúde são treinados para se focar em intervenções clínicas, como medicamentos ou tratamentos médicos, e muitos não possuem o conhecimento ou as habilidades necessárias para integrar os determinantes sociais da saúde no seu atendimento (FIXSEN, et al., 2020). A PS exige que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar as necessidades sociais dos pacientes, compreender os recursos disponíveis na comunidade e trabalhar em

colaboração com outros setores que vão além dos cuidados médicos tradicionais.

Essa mudança de paradigma exige formação específica e suporte contínuo para os profissionais que desejam adotar a PS na sua prática clínica. Além disso, é necessário um compromisso institucional para garantir que os sistemas de saúde oferecem o treinamento adequado e criam estruturas de apoio que permitam a integração efetiva da PS nas rotinas de atendimento. Sem essa formação, os profissionais de saúde podem sentir-se inseguros ao prescrever atividades sociais ou podem subutilizar a PS como ferramenta terapêutica, restringindo o alcance dos seus benefícios.

Barreiras sistêmicas e estruturais

Além da falta de padronização e capacitação, há desafios sistêmicos e estruturais que limitam a implementação da PS. Por exemplo, estruturas rígidas de financiamento nos sistemas de saúde pública podem dificultar o investimento em programas preventivos e comunitários. Muitas vezes, os recursos financeiros são direcionados para tratamentos médicos curativos, e a prevenção ou o suporte social recebem menos atenção e recursos. Isso limita a capacidade de as instituições de saúde adotarem a PS em larga escala, já que os serviços comunitários e de suporte social não são vistos como prioritários no modelo biomédico tradicional.

Outra barreira é a complexidade dos sistemas de saúde, que muitas vezes operam de forma fragmentada. A falta de integração entre as políticas de saúde e as políticas sociais cria uma divisão entre o atendimento clínico e os serviços comunitários, o que dificulta a implementação de uma abordagem realmente holística para a saúde. Para que a PS seja eficaz, é necessário um modelo de governo que promova colaboração intersectorial e uma abordagem coordenada ao bem-estar, o que ainda é um desafio em muitos contextos.

Acompanhamento e avaliação dos resultados

A avaliação contínua dos programas de PS também apresenta desafios. Como mencionado, a falta de padronização dificulta a avaliação dos impactos, e muitos programas de PS carecem de sistemas adequados de monitorização e avaliação que possam medir com precisão os resultados a longo prazo. Sem dados claros sobre a eficácia e a sustentabilidade das intervenções, torna-se difícil justificar o investimento em PS e promover a sua expansão.

Além disso, o acompanhamento dos pacientes após a participação em atividades comunitárias prescritas pode ser inadequado, o que pode comprometer a aderência e a continuidade das intervenções. Sem uma estrutura robusta de monitorização, pode ser difícil garantir que os pacientes beneficiem realmente das atividades prescritas ou identificar as áreas onde são necessários ajustes nas intervenções.

CONCLUSÃO

Embora a prescrição social tenha demonstrado um grande potencial para melhorar a saúde e reduzir as desigualdades, a sua implementação ainda enfrenta desafios significativos. A falta de padronização, a integração insuficiente entre serviços de saúde e comunitários, a escassez de recursos financeiros e a formação inadequada dos profissionais de saúde são barreiras críticas que precisam de ser ultrapassadas para que a PS atinja todo o seu potencial. Para isso, é necessário um esforço coordenado entre governos, instituições de saúde e comunidades para criar um ambiente favorável ao desenvolvimento e à sustentabilidade da PS, garantindo que os benefícios dessa abordagem sejam amplamente acessíveis a todas as populações.

A prescrição social (PS) surge como uma estratégia inovadora e promissora no campo da saúde coletiva, ao fornecer uma abordagem que vai além dos tratamentos médicos tradicionais, integrando aspectos sociais e comunitários que influenciam diretamente o bem-estar e a qualidade de vida das populações. Ao reconhecer que os determinantes sociais da saúde, como o isolamento social, as condições económicas desfavoráveis, e a falta de acesso a serviços comunitários, têm um papel crucial na saúde dos indivíduos, a PS oferece uma resposta multidimensional às necessidades que muitas vezes não são atendidas nos modelos biomédicos tradicionais.

Os benefícios da PS são especialmente evidentes em populações vulneráveis, como aqueles que enfrentam problemas de pobreza, exclusão social e barreiras de acesso aos serviços de saúde. A PS tem o potencial de reduzir as desigualdades na saúde, fornecendo intervenções que promovem não apenas a saúde física, mas também o bem-estar mental e social dos indivíduos. Deste modo, a PS possibilita que os pacientes se conectem com redes de apoio comunitário, aumentem o seu sentido de pertencimento e propósito, e melhorem a sua capacidade de gerenciar sua própria saúde de forma mais autónoma. Tais características tornam a PS uma ferramenta valiosa para promover a equidade na saúde, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

Contudo, apesar do seu potencial, a implementação da PS enfrenta desafios significativos. A falta de padronização nos programas de PS torna difícil avaliar e replicar boas práticas de forma ampla, enquanto a integração insuficiente entre os serviços de saúde e as organizações comunitárias limita a eficácia das intervenções. A falta de financiamento e o suporte institucional insuficiente são outros obstáculos que precisam de ser superados para garantir que as organizações comunitárias possam oferecer serviços sustentáveis e acessíveis aos pacientes encaminhados. Além disso, a capacitação dos profissionais de saúde é essencial, uma vez que muitos ainda não possuem a formação necessária para prescrever atividades sociais ou colaborar efetivamente com serviços comunitários.

Para maximizar o impacto da PS e consolidá-la como uma ferramenta central na promoção da saúde coletiva, é crucial que haja um compromisso institucional com o desenvolvimento de infraestruturas adequadas, recursos financeiros sustentáveis, e políticas

intersectoriais que apoiem a colaboração entre os setores de saúde e comunidade. Além disso, a formação contínua dos profissionais de saúde deve ser priorizada para garantir que a PS seja implementada de forma eficaz e integrada no atendimento quotidiano.

Por fim, a prescrição social apresenta-se como uma abordagem inovadora e transformadora, com o potencial de revolucionar a forma como entendemos e tratamos a saúde em contextos de vulnerabilidade. Ao integrar intervenções médicas com soluções sociais e comunitárias, a PS oferece uma resposta holística às necessidades de saúde da população, promovendo o bem-estar e a equidade na saúde. Para que os seus benefícios sejam amplamente alcançados, será necessário enfrentar os desafios existentes com uma abordagem coordenada e integrada entre todas as partes envolvidas.

REFERÊNCIAS

BOVAIRD, T., & LOEFFLER, E. **From Engagement to Co-production: The Contribution of Users and Communities to Outcomes and Public Value.** *Voluntas* 23, 1119–1138, 2012. <https://doi.org/10.1007/s11266-012-9309-6>

DRINKWATER, C., WILDMAN, J., & MOFFATT, S. **Social prescribing.** *BMJ (Clinical research ed.)*, 364, l1285, 2019. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1285>

ENGEL G. L. **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.** *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136, 1977. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

FIXSEN, A., SEERS, H., POLLEY, M., & ROBINS, J. **Applying critical systems thinking to social prescribing: a relational model of stakeholder “buy-in”.** *BMC health services research*, 20(1), 580, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05443-8>

MARMOT, M., & ALLEN, J. J. **Social determinants of health equity.** *American journal of public health*, 104 Suppl 4(Suppl 4), S517–S519, 2014. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>

PUTNAM, R. D. **Bowling alone: The collapse and revival of American community.** Touchstone Books/Simon & Schuster, 2000. <https://doi.org/10.1145/358916.361990>

SKIVINGTON, K., MATTHEWS, L., SIMPSON, S. A., CRAIG, P., BAIRD, J., BLAZEY, J. M., BOYD, K. A., CRAIG, N., FRENCH, D. P., MCINTOSH, E., PETTICREW, M., RYCROFT-MALONE, J., WHITE, M., & MOORE, L. **A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance.** *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, n2061, 2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, 2010. ISBN: 9789241500852. <https://www.afro.who.int>