

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS: RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL OU RESPONSABILIDADE SOCIAL

*Rosane Carrion Jacinto Pereira**

PEREIRA, R. C. J. Promoção da saúde e prevenção de doenças: responsabilidade individual ou responsabilidade social. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v. 26, n. 3, p. — , dez., 1992.

No presente artigo aborda-se alguns pressupostos teóricos que têm norteado a promoção da saúde. Alguns questionamentos são apontados quanto as intervenções profissionais que precognizam a promoção da saúde como responsabilidade individual. Sugere-se o enfoque em que as mudanças sociais sejam alcançadas através da conscientização profissional quanto aos aspectos sociais, políticos, econômicos e comportamentais que exercem influência na saúde da população e a incorporação dos mesmos na interação enfermeira(o)-cliente.

UNITERMOS: *Promoção da saúde, prevenção de doenças, responsabilidade individual, responsabilidade social.*

Usando uma visão retrospectiva, verifica-se que os currículos de enfermagem foram estruturados de acordo com o modelo médico, o qual enfatiza a doença e, por conseguinte, as experiências de aprendizagem se restringem a área hospitalar.

Na década de 1960 a profissão de enfermagem avançou em direção à sua independência, através do desenvolvimento das teorias de enfermagem e pesquisa. Nos anos de 1970 houve um movimento curricular na tentativa de ser desenvolvido um ensino onde a ênfase fosse em enfermagem e não mais na área médica. Atualmente há uma tendência no desenvolvimento de modelos curriculares integrados (PENNINGTON, 1986). De acordo com TORRE e STANTON (1982), o modelo curricular integrado fundamenta-se em enfermagem e é baseado em teorias de enfermagem, sendo a prática profissional alicerçada na visão holística do ser humano.

O desenvolvimento da enfermagem foi influenciado pela educação e pela prática profissional, surgindo, no decorrer dos anos, o reconhecimento quanto a necessidade de que os conteúdos relativos a promoção da saúde e prevenção de doenças fossem incorporados a formação da(o) enfermeira(o) generalista (PENNINGTON, 1986).

Utilizando-se uma visão ampla há dois diferentes modelos teóricos a serem aplicados na educação à saúde. Um deles tem como objetivo primordial a

* Professor adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da UFRGS. Mestre em Enfermagem. Doutora em Educação, Teachers College/Columbia University.

mudança de comportamento do indivíduo; o outro visa desenvolver a conscientização da(o) profissional e da população quanto aos fatores externos que exercem influência no nível de saúde da comunidade. Fatores estes, que não são controlados pelos indivíduos por estarem relacionados à política de saúde, contexto sócio-econômico-cultural os quais exigem mudanças sociais.

ALLEGIANTE (1984) corroborou com estas idéias ao enfatizar que as práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças têm enfatizado apenas o comportamento individual como fator que precipita doenças, mas que os demais fatores extrínsecos que favorecem o surgimento de estados mórbidos têm sido ignorados.

Se o enfoque aos estados mórbidos se restringir apenas as manifestações de comportamento, os determinantes políticos e econômicos que precipitam estas situações continuarão sem serem considerados e combatidos. É injusto impor a responsabilidade pela proteção à saúde apenas no indivíduo, o que força a pessoa a se acomodar as causas de doenças, sendo que a prevenção primária passa ser um objetivo ingênuo, já que não é vinculado ao contexto social, restringindo-se apenas ao contexto individual.

Educação em direção à saúde através de mudanças sociais tem o enfoque nas múltiplas causas de doenças tais como, condições sociais, econômicas, políticas, ambientais e comportamentais. Tomando esta dimensão os problemas de saúde estão imersos num contexto maior que inclui o indivíduo, a comunidade e a sociedade.

As (os) profissionais de saúde devem questionar se as teorias psicológicas e sociais vigentes focalizam a realidade vivida pelas classes menos privilegiadas da sociedade. De acordo com WILLIAMS (1989) a promoção à saúde vem sendo baseada nos pressupostos da teoria liberal clássica. Teoria esta que baseia-se em três idéias principais, sobre a natureza humana, que são: individualismo, razão e motivação humana.

O individualismo abstrato concebe que os seres humanos são essencialmente solitários, auto-suficientes e autodeterminados, os quais teoricamente podem viver independentemente, não sendo levado em consideração as relações sociais. O racionalismo é considerado como capacidade mental pura, dissociado dos aspectos biológicos e emocionais inerentes aos seres humanos e ao contexto social. A racionalidade constitui o alicerce para o exercício dos direitos políticos levando à igualdade e liberdade. O potencial para a racionalidade é considerado como uma tendência universal humana, o que leva o indivíduo a alcançar suas escolhas e assumir as conseqüências das mesmas.

As motivações que influenciam as escolhas individuais são o enfoque do terceiro pressuposto teórico, que é o egoísmo. Segundo este pressuposto cada pessoa busca seus próprios interesses. A seleção dos objetivos individuais é vista como um reflexo dos valores e racionalização do indivíduo. Os fatos da vida social são vistos pelos liberais como uma escolha individual e não como uma necessidade humana (WILLIAMS, 1989).

Jaggar e Rothemberg (1984), citados por WILLIAMS (1989), teceram críticas à teoria do liberalismo clássico. Segundos os autores apesar dos liberais clamarem por igualdade como um direito humano, a realização deste ideal permite desigualdades. Os adeptos da teoria aceitam desigualdades sócio-políticas, uma vez que as mesmas são assumidas como sendo escolhas feitas pelos indivíduos.

Entretanto, é importante não culpar a vítima pelos infortúnios de sua situação, usando a expressão adotada por RYAN (1976) quando referiu-se às situações adversas enfrentadas pelas camadas menos privilegiadas da sociedade. A teoria liberal clássica ao preconizar que as pessoas são livres ao optarem por um dado comportamento, exclui a vida política e socio-econômica, ignorando ou oferecendo excusas aos efeitos estruturais do contexto social sobre o indivíduo.

Tomando como premissa a teoria referida, cabe a pergunta de como as pessoas menos privilegiadas socialmente têm acesso a situações de vida que favoreçam suas condições de saúde. Baseado no princípio do auto-interesse e livre escolha preconizado pela teoria, o que resta aos menos privilegiados cujas realidades são pontilhadas por privações, discriminação e carência de recursos para agirem em prol de seus próprios interesses e sem poder sócio-político capaz de reverter suas realidades? A distribuição de oportunidades, recursos e possibilidades de escolha, refletem a estrutura socio-econômica-política e cultural da sociedade.

Promoção da saúde baseada na responsabilidade individual

A literatura quanto a promoção da saúde aponta que a abordagem que tem sido adotada baseia-se no modelo de crenças de saúde, o qual, por sua vez, fundamenta-se na teoria liberal clássica.

O referido modelo foi desenvolvido na década de 1950, por um grupo de pesquisadores da área da psicologia social, os quais trabalhavam para o serviço de saúde pública americano. O interesse primordial era desenvolver conceitos teóricos que explicassem o comportamento de saúde preventiva, bem como os motivos que impediam que as pessoas seguissem comportamentos considerados adequados pelo governo.

O modelo de crenças de saúde é composto pelas seguintes premissas: susceptibilidade percebida, refere-se ao fato de que as pessoas variam em suas percepções de vulnerabilidade a uma dada condição; severidade percebida refere-se aos sentimentos do indivíduo em relação a possibilidade de contrair uma determinada patologia; benefício percebido diz respeito as crenças do indivíduo quanto a sua susceptibilidade a uma dada condição e a eficiência das ações disponíveis quanto a redução na possibilidade de contrair uma dada patologia. A percepção de barreiras refere-se ao fato de que a pessoa pode ater-se aos aspectos negativos de uma dada ação de saúde, o que a impedirá de assumir o comportamento considerado adequado em direção a própria saúde (JANZ e BECKER, 1984).

O modelo enfatiza a intervenção profissional como modificadora do comportamento da clientela, o qual é concebido apenas em sua dimensão psicológica, cabendo a(ao) profissional modificar as percepções da clientela quanto aos benefícios e barreiras aos comportamentos de saúde. O resultado esperado é que o indivíduo aceite o aconselhamento e que a(o) profissional altere o sistema de crenças de saúde da população, o que não parece ser a intervenção adequada. Há barreiras que não podem ser controladas pela própria clientela, bem como, as crenças de saúde têm suas origens dentro da própria estrutura social.

Em um estudo realizado por OLIVIERI e OVELLETTE (1986) o qual envolveu 266 programas de enfermagem, foi constatado que os conteúdos de pro-

moção da saúde e prevenção de doenças estavam alicerçados nos pressupostos teóricos do modelo de crenças de saúde. Os fatores sociais, políticos e econômicos que exercem influência nos comportamentos de saúde não eram abordados.

A influência dos pressupostos do modelo se faz sentir presente na educação e prática de enfermagem, bem como nos programas de saúde em geral. Os fatores que exercem influência na saúde da população são concebidos como relacionados ao estilo de vida, comportamentos e hábitos individuais. Fatores estes considerados como assumidos e escolhidos pela população, onde é enfatizada como responsabilidade individual a manutenção da saúde.

Conforme WILLIAMS (1989) o autocuidado é reconhecido como uma escolha individual, sendo esperada a modificação do comportamento da clientela, após a mesma ser provida de informações quanto à saúde. Esta prática também favorece desigualdades, já que há segmentos da população que não possuem recursos para desenvolverem práticas adequadas de saúde.

Cabe questionar se o acesso aos recursos de saúde estão distribuídos igualmente ou se estão relacionados a raça e ao *status* socioeconômico da população. Se estão sendo combatidos os fatores ambientais que favorecem o surgimento de doenças. Se os comportamentos que precipitam doenças estão sendo correlacionados ao contexto social da população.

A clientela que não busca os recursos de saúde é considerada relapsa, ignorante ou não preocupada com seu bem-estar. Entretanto, na grande maioria dos casos trata-se de clientela que convive diariamente com situações adversas, difíceis de serem revertidas pela própria população sem auxílio da coletividade e do poder público.

Promoção da saúde baseada na responsabilidade social

O nível de saúde de uma população é o resultado de inúmeros e complexos fatores. Os déficits de saúde não podem ser visualizados através de uma micro perspectiva que enfatize apenas a escolha individual.

O alcance de maior longevidade e o decréscimo na morbidade da população têm sido atribuídos aos avanços no campo da medicina. Entretanto, tomando uma perspectiva histórica, somente 10% na melhora dos índices de mortalidade podem ser atribuídos a intervenções médicas. As demais melhoras de saúde foram alcançadas devido aos esforços da saúde pública, tais como, melhoria do nível nutricional da população, do saneamento e combate às doenças infecciosas, resultando em melhoras nas condições de vida (ALLAN e HALL, 1988).

Evidencia-se que a melhora nas condições de saúde dependem de fatores, os quais não estão relacionados apenas ao indivíduo, mas sim à própria estrutura da sociedade.

O ensino e as teorias de enfermagem têm enfatizado o conceito quanto ao ambiente na interação enfermeira(o)-cliente como fator preponderante para que haja uma adequada interação, levando a clientela ao entendimento dos comportamentos de saúde. Entretanto, os fatores externos, não relacionados à interação profissional-clientela exercem profunda influência no nível de saúde da população, ou seja, os fatores sociais têm sido colocados na periferia e não tratados como relevantes à situação de saúde da clientela.

A escassa conscientização profissional em relação ao ambiente, entendido

aqui em sua dimensão ampla, contribui para que as(os) enfermeiras(os) não exerçam papel de destaque nas mudanças necessárias quanto ao âmbito social, econômico e político da população.

As desigualdades que se fazem presentes nas experiências de vida da população devem ser examinadas, entendidas e buscadas soluções através de mudanças sociais e institucionais, o que poderia ser favorecido mediante uma abordagem crítica por parte das(os) enfermeiras(os). Cabe à (ao) profissional refletir quanto as forças sociais que limitam as condutas de saúde da população. Através do entendimento crítico quanto ao contexto social, a(o) enfermeira(o) manterá sua atuação não mais focalizada em uma micro perspectiva, mas favorecerá o envolvimento profissional em questionamentos mais abrangentes e soluções alternativas poderão ser alcançadas.

Os padrões de comportamento de saúde da população não devem ser considerados apenas como escolhas individuais dissociados do contexto pessoal e social. O estilo de vida deve ser visto como uma alternativa assumida de acordo com as circunstâncias sócio-econômico-político vigentes.

Enquanto as(os) enfermeiras(os) estiverem enfatizando apenas a relação interpessoal em seus encontros com a clientela, a possibilidade de modificação do ambiente social permanecerá intacta. O questionamento quanto as desigualdades da população a nível de saúde e incorporação desta abordagem aos aspectos interpessoais preconizados pela profissão, favorecerá a atuação profissional com vistas a mudanças sociais.

PEREIRA, R.C.J. Health promotion and disease prevention: individual's responsibility or social responsibility. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 26, n. 3, p. — , dec., 1992.

This article is about some theoretical assumptions that have guided health promotion and disease prevention strategies. Some questions are raised in relation to the professional's interventions that consider health promotion as an individual responsibility. It is suggested that the focus should be on social changes through the professionals' consciousness in social, political, behavioral and economic aspects that exert influences over the population's health. These ideas ought to be incorporated to the nurse-client interaction.

UNITERMS: *Health promotion, disease prevention, individual's responsibility, social responsibility.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLAN, J.D.; HALL, B.A. Challenging the focus on technology: a critique of the medical model in a changing health care system. *ANS Adv. Nurs. Sci.*, v. 10, nº 3, p. 33-4, 1988.

ALLEGGRANTE, J. Potential uses and misuses of education in health promotion and disease prevention. *Educ. Health Promotion*, v. 86, nº2, p.359-73, 1984.

JANZ, N. K.; BECKER, M. H. The health belief model: a decade later. *Health Educ. Q.*, v. 11, nº 1, p. 1-47, 1984.

OLIVIERI, R; OVELLETE, F. The role of baccalaureate nursing education in the teaching of primary prevention and health promotion. *Health Values*, v. 10, nº 2, p. 23-32, 1986.

- PENNINGTON, E. (ed.) *Curriculum revisited: an update of curriculum design*. New York., National league for Nursing, 1986. (Publ. 15-2165)
- RYAN, W. *Blaming the victim*. New York, Vintage Books, 1976.
- TORRES, G; STANTON, M. *Curriculum process in nursing: a guide to curriculum development*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1982.
- WILLIAMS, D. M. Political theory and individualistic health promotion. *ANS Adv. Nurs. Sci*, v. 12, nº 1, p. 14-25, 1989.