

# Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia?

MARIA DO ROSÁRIO DIAS (\*)  
ALEXANDRA FRECHES DUQUE (\*)  
MARGARIDA GUERREIRO SILVA (\*)  
ESTRELLA DURÁ (\*\*)

## 1. SOBRE OS ANCESTRAIS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Posicionamentos diversos oriundos das ciências sociais e comportamentais têm-se conjugado para oferecer uma compreensão mais integrada e holística da experiencição da doença, configurada no que Engel (1977) denominou de modelo bio-psico-social. A característica essencial deste modelo é a rejeição do pensamento reducionista e dualista na abordagem dos processos de saúde e doença, conceptualizando-os como resultado da intervenção de factores tanto biomédicos como psicológicos e sociais, os quais devem ser tomados em linha de conta aquando da análise dos determinantes etiológicos de uma doença e respectivo tratamento (Dias, 1997; Durá, 1997; Durá & Dias, 1997).

A Psicologia da Saúde na década de 70, teve como marco teórico aquela que foi considerada a

Segunda Revolução da Saúde, que conceptualizava o “comportamento” como a grande epidemia do século XX. Este paradigma teórico, veio a centrar-se na saúde ao invés das doenças e preconizava o retorno a uma perspectiva ecológica (Ogden, 1998; Pais Ribeiro, 1994, 2000). Esta revolução introduziu conceitos teóricos marcantes e inovadores para os países desenvolvidos, onde os benefícios da Primeira Revolução da Saúde, centrados na prevenção, já eram visíveis. Destacam-se, assim, com a Segunda Revolução da Saúde, dois conceitos centrais, específicos e renovadores: a Promoção da Saúde e o Estilo de Vida.

As preocupações com um estilo de vida salutogénico, controlo do comportamento, protecção contra os acidentes, prevenção de doenças específicas ou adopção de estilos de vida que visem aumentar a energia disponível para a vida do quotidiano, continuarão a dominar num futuro próximo (Pais Ribeiro, 1994; Marin, 1995; Bennett & Murphy, 1999) os determinantes e os organizadores sociais dos países desenvolvidos.

Tal como o comportamento em geral, os comportamentos de saúde poderão ser influenciados por atitudes, hábitos, valores, sentimentos, crenças e, até mesmo, por modas, que caracterizam e definem o estilo de vida de cada pessoa, o qual é, em grande parte, responsável pelo sentimento de

---

(\*) Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul, Egas Moniz Cooperativa de Ensino Superior.

(\*\*) Faculdade de Psicologia da Universidade de Valência, Universidade de Valência.

bem-estar biopsicossocial do indivíduo (Ribeiro da Silva, 2002). Alguns destes conceitos, como sejam as atitudes, as crenças e as emoções, desempenham um papel central em certos modelos teóricos, tais como o modelo de crenças de saúde e a teoria da acção racional (Ajzen & Fishbein, 1980), a teoria da motivação protectora (Rogers, 1983) e o modelo utilitário de expectativas subjectivas (Slovic, Fischh & Lichtenstein, 1987). Da articulação entre os vários modelos referidos pode concluir-se que o comportamento específico de um indivíduo, e a sua intenção para o realizar, resultam de uma combinação de atitudes, de onde derivam as crenças de saúde (Kirscht, 1974; Wardle & Steptoe, 1991; Steptoe & Wardle, 1992; Steptoe *et al.*, 1997).

A percepção que o indivíduo tem da probabilidade de contrair uma doença, bem como da gravidade e das consequências de adoecer, despoleta comportamentos de saúde associados a um determinado estilo de vida (Pais Ribeiro, 1998). Todavia, o comportamento do indivíduo está também sujeito a inúmeras influências externas. Daí que seja “algo limitada” a responsabilidade para tomar decisões comportamentais em relação ao estilo de vida adoptado. Haverá, pois, que centrar todos os esforços na mudança do comportamento humano, apesar das mudanças deste tipo serem de largo espectro e de uma grande complexidade, na medida em que, não basta informar acerca dos malefícios de determinados tipos de comportamento para que se verifique uma verdadeira mudança (Pais Ribeiro, 1994).

Com base no conhecimento gerado pela “epidemiologia comportamental” e pela investigação sobre condutas de saúde, os conceitos de promoção da saúde e de educação para a saúde surgem aliados à evidência de que a maioria dos factores de risco associados às doenças crónicas e agudas são de natureza comportamental e, como tal, esses factores de risco assim como as doenças que causam, podem ser reduzidos através de intervenções planeadas para o efeito.

A promoção da saúde tem vindo a ser definida de muitas formas e, ainda que todas as definições partilhem conteúdos similares, enfatizam alguns aspectos diferenciadores. Assim, algumas realçam que a promoção da saúde é basicamente um processo da medicina e da saúde pública. É o caso da definição reconhecida na Conferência Nacional sobre Medicina Preventiva nos Estados

Unidos da América, em 1975 (The John E. Fogarty International Center for Advanced Study in the Health Sciences and the American College of Preventive Medicine, 1976, citado por Kolbe *et al.*, 1986), que enfatiza o tratamento médico e sugere que a promoção da saúde inclui todas as actividades médicas e de saúde pública tradicionais. Segundo esta definição, o mais importante para a promoção da saúde é o conhecimento gerado pela investigação sobre condutas de saúde acerca de “como” e “porquê” as pessoas utilizam os serviços de saúde, como respondem aos regimes médicos estabelecidos e como interpretam os sinais e sintomas da doença, na medida em que, estas condutas estão relacionadas ou são determinadas por factores pessoais, familiares ou sociais.

Em franco contraste, outras definições põe em evidência a reforma social, tal como a definição sugerida pelo *European Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion* em 1984, em que a promoção da saúde implica o desenvolvimento de políticas de saúde pública, a criação de ambientes de suporte, a participação da comunidade, o desenvolvimento das capacidades pessoais e uma orientação dos serviços de saúde, para além da mera prestação de cuidados clínicos e curativos. De acordo com esta perspectiva, o conhecimento do modo como os factores comunitários institucionais e de política social determinam as actividades relacionadas com a saúde, torna-se o veículo central em promoção de saúde.

A diferença categórica entre estas duas definições, baseia-se na distinção entre os conceitos de prevenção da doença e promoção da saúde. Historicamente, os esforços desenvolvidos ao nível das políticas de saúde têm-se debruçado sobre o conceito de doença e a sua prevenção, através de três níveis de actuação – prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Ao nível da prevenção primária procura-se prevenir a morbilidade, através da diminuição dos factores de risco ou do aumento dos factores de protecção. Por outro lado, quando se actua ao nível da prevenção secundária, pretende-se detectar a doença tão precocemente quanto possível, de modo a maximizar as probabilidades de um tratamento eficaz ou de cura da doença. Por último, em prevenção terciária actua-se ao nível do controlo ou da cura de uma doença através da apli-

cação do tratamento oportuno logo após o seu diagnóstico.

Este enfoque preventivo tem revelado claras insuficiências perante o conceito actual de saúde que ultrapassa a mera ausência de doença. Conservar ou manter o estado de saúde, objectivos prioritários da prevenção, não parece estar em sintonia com uma visão positiva da saúde (Kickbuch, 2001). Hoje em dia, considera-se que a saúde é um conceito positivo que implica a potenciação das capacidades do indivíduo para se desenvolver e influenciar positivamente o meio em que se insere (Costa & Lopez, 1986). De acordo com esta perspectiva, podemos não só prevenir a doença como também promover a saúde.

Nesta linha de análise, enquanto que a prevenção é um conceito relacionado com a doença, a promoção é um conceito relacionado com a saúde e mais amplo que o da prevenção, na medida em que, implica não só a protecção e a manutenção da saúde mas também a promoção do óptimo estado vital, físico, mental e social da pessoa e da comunidade (Salleras, 1985; Maes, 1991). A promoção da saúde pressupõe, pois, a instauração e manutenção de comportamentos não só saudáveis, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas (Marin, 1995). Como tal, a promoção de saúde é dirigida, não só às pessoas doentes no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, mas a todos os indivíduos, de todos os estratos da população, quer na ausência quer na presença de doença (Paúl & Fonseca, 2001).

No seu relatório de 1984, a Organização Mundial de Saúde considera que a promoção de saúde se inscreve nos seguintes pontos categoriais: a) destina-se à população em geral no contexto da vida quotidiana e não só à população doente ou em risco; b) tem em vista acções relativas aos determinantes e/ou causas de saúde; c) actua através da combinação de métodos e perspectivas diversas; d) tem como objectivo o envolvimento directo da população alvo; e e) todos os profissionais de saúde têm um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença. Neste mesmo relatório a Organização Mundial de Saúde identifica, ainda, cinco áreas principais de intervenção em promoção de saúde. Assim, considera o acesso livre à saúde, excluindo qualquer fonte de desigualdade; o melhoramento do ambiente em que se insere a pessoa, quer fami-

liar, quer laboral; o fortalecimento das redes sociais de apoio; a promoção de estilos de vida saudáveis, através da aprendizagem de novos comportamentos e do desenvolvimento de estratégias de *coping*; e o aumento do conhecimento e informação sobre a saúde (OMS, 1984).

Um componente básico na promoção da saúde é a educação para a saúde, definida já em 1969 pela Organização Mundial da Saúde como “uma acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem” (OMS, 1969).

A educação para a saúde é, pois, uma estratégia da promoção da saúde. No entanto, ambos os conceitos têm sido utilizados frequentemente, de forma intercambiável. Contudo, é importante diferenciar entre a promoção da saúde como um conceito amplo, que inclui distintas estratégias de actuação, e a educação para a saúde como um instrumento ou uma estratégia concreta para a promoção da saúde.

Com o objectivo de clarificar esta dualidade de concepções, Costa e López (1996) definem a promoção da saúde como qualquer combinação de estratégias de educação para a saúde e apoios de tipo organizativo, legislativo ou normativo, económico e ambiental que facilitem as práticas de comportamentos saudáveis. A promoção da saúde é um processo amplo por meio do qual os indivíduos, os grupos e as comunidades melhoram o seu controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde. Paralelamente, a educação para a saúde constitui-se como um instrumento, para alcançar os objectivos da promoção da saúde, assumindo uma função vanguardista na estratégia global da promoção da saúde (Tones, 1988).

Tendo em conta a proliferação epistemológica que os conceitos de promoção de saúde, educação para a saúde e prevenção da doença alcançaram no final do século XX, pretende-se com este artigo (re)lançar um olhar reflexivo em torno do cruzamento das múltiplas racionalidades estratégicas em que os conceitos se organizam, bem como, abordar os paradoxos que se instalam, ao ní-

vel dos determinantes pessoais, sociais e políticos, na promoção de comportamentos salutogénicos.

## 2. O PAPEL DOS PROMOTORES DE SAÚDE

As sociedades modernas têm revelado uma preocupação crescente com o conceito emergente de “*risco*”, em particular aqueles que são causados pelos determinantes tecnológicos e pelos estilos de vida patogénicos. O termo “*risco*” adquiriu uma nova proeminência nas sociedades ocidentais, constituindo-se, hoje em dia, como um constructo cultural central (Douglas, 1990). O discurso do risco faz constantemente títulos na imprensa e constitui-se, cada vez mais, como objecto das campanhas de promoção de saúde (Rice & Atkin, 1989).

No âmbito da saúde pública, o “*discurso do risco*” pode ser considerado sob duas perspectivas específicas e peculiares. Uma delas percepção o risco como um perigo latente para a saúde das populações, derivado das questões ambientais, como sejam a poluição, os resíduos nucleares e os resíduos químicos tóxicos. Nesta conceptualização, o risco é visto como externo, em relação ao qual o indivíduo exerce pouco controlo. A segunda perspectiva, pelo contrário, focaliza o risco como sendo uma consequência das escolhas dos indivíduos relativamente aos estilos de vida, colocando a ênfase no auto-controlo pessoal. Neste sentido, o risco é percebido como internamente imposto, podendo ser considerado em função da capacidade de gestão cognitivo-emocional do *self* individual. Assim, os indivíduos seriam exortados pelas autoridades de promoção de saúde a avaliar o risco de sucumbir à doença e, nessa medida, alterar o seu comportamento no sentido de a evitar (Lupton, 1995). Uma terceira conceptualização, menos comum, refere-se mais especificamente a grupos sociais que a indivíduos, entendendo-se que, um determinado grupo está “em risco” quando não tem uma acessibilidade satisfatória aos cuidados de saúde. Nesta linha de análise, o risco é percebido como uma forma de desvantagem social.

Na verdade, nos domínios da saúde pública e da promoção da saúde, o termo “*risco*” é constantemente utilizado como sinónimo de perigo. Em resposta às previsões epidemiológicas do ris-

co, os textos de saúde pública e de promoção de saúde identificam, comumente, determinados grupos na população que requerem particular atenção da comunidade. O documento «Saúde em Portugal» ao tecer objectivos para a saúde em Portugal como «Uma estratégia para o virar do século», é um exemplo paradigmático, entre muitos outros, na medida em que nesse documento se estabelecem *metas* de acordo com as necessidades de cada um dos subgrupos específicos da população portuguesa considerados como estando “*em risco*” (Ministério da Saúde, 1999).

No seio do conceito de promoção de saúde, conforme tem sido referenciado, objectiva-se o desenho de intervenções que têm como alvo factores comportamentais de risco associados a comportamentos patogénicos dos indivíduos. Estas intervenções têm dois níveis básicos de actuação que consistem essencialmente em, por um lado, informar as pessoas sobre os meios de redução dos riscos comportamentais e, por outro promover mudanças sociais e ambientais na comunidade que facilitem essas mesmas mudanças (Kolbe, 1986).

As políticas de promoção da saúde envolvem a implementação estratégica de programas de educação para a saúde. Todavia, estes programas devem ter em conta a investigação básica sobre as condutas de saúde, sendo a sua eficácia incrementada quando se mobilizam os conhecimentos recolhidos no terreno da investigação básica sobre as condutas de saúde dos indivíduos. Assim, o conhecimento acerca do papel que jogam as crenças e atitudes pessoais, as normas e/ou as redes sociais, deve orientar intrinsecamente o desenvolvimento das políticas sociais que suportam a implementação desses mesmos programas.

Segundo Spacapan e Oskamp (1987), as estratégias de educação para a saúde podem desenvolver-se de acordo com distintos níveis de actuação individual, grupal ou comunitário e incluem, desde campanhas nos meios de comunicação social, até intervenções directas e pessoais.

No que respeita à eficácia destas intervenções, esta pode ser incrementada, segundo Kolbe (1986) de cinco formas: 1) desenvolvendo teorias e modelos que mobilizem intervenções eficazes; 2) focalizando as intervenções em condutas prioritárias, decidindo por aquelas com maior incidência sobre a saúde da população; 3) centrando-se em populações de alto risco; 4) analisando as

políticas que influenciam as condutas de saúde; e 5) combinando intervenções para obter efeitos complementares ou sinérgicos.

A concepção actual das campanhas de promoção de saúde induz, por vezes, a manipulação psicológica através do apelo às emoções, medos, ansiedades e sentimentos de culpabilidade, no sentido de persuadir o maior número de sujeitos na população-alvo. De notar que, frequentemente se focalizam na noção central de risco, em torno da qual são construídas imagens de inevitabilidade associadas ao recrutamento do medo, na consequência de uma atitude patogénica.

DeJong e Winsten, citados por Lupton (1995), referem que a vasta literatura disponível considera que, a elaboração de uma campanha se traduz nos seguintes princípios: (1) definir um problema de saúde como preocupação prioritária ao nível do público em geral; (2) incrementar o conhecimento e mudar crenças que impeçam a adopção de comportamentos e atitudes que visem a promoção da saúde; (3) motivar a mudança, demonstrando os benefícios pessoais e sociais do comportamento desejado; (4) ensinar novas capacidades ao nível do comportamento, demonstrando como as diversas barreiras poderão ser ultrapassadas ensinando técnicas de auto-gestão, de modo a alcançar uma mudança sustentada; e (5) fornecer apoios para a manutenção da mudança, incentivando a comunicação interpessoal.

Como tal, para que uma campanha seja considerada eficaz deverá persuadir e captar a atenção da população alvo, de tal forma que, toda a informação prestada seja compreendida de modo contínuo e sistemático, objectivando a curto e a longo prazo a mudança de comportamentos individuais sociais e comunitários (Piotrow, Kincaid, Rimon & Rinehart, 1997). A investigação que visa o incremento da eficácia dos programas de promoção para a saúde deve, por um lado, dirigir-se a populações de alto risco e grupos minoritários e, por outro, desenhar intervenções específicas que tenham em conta as necessidades e características culturais destas populações.

Uma estratégia chave na divulgação destas campanhas continua a ser a utilização dos *mass media* por abrangerem públicos-alvo alargados. Assim, são utilizados princípios e doutrinas da publicidade comercial para promover a preocupação com os riscos para a saúde e encorajar uma subsequente mudança de comportamentos. Uma campanha de

promoção de saúde através dos *mass media* é conceptualizada como uma sessão de educação para a saúde subjacente à premissa de que os promotores de saúde se encontram a “comunicar saúde”.

A adopção das técnicas de publicidade comercial pelos promotores da saúde, assenta essencialmente na crença de que publicitar nos *mass media* é um meio efectivo de propaganda, capaz de persuadir as audiências a adoptar comportamentos salutogénicos ou a abandonar práticas lesivas para a saúde. Os textos de promoção de saúde encontram-se repletos de asserções respeitantes à importância da adopção de uma linguagem apropriada e de estratégias de discurso que permitem atingir esse objectivo, sublinhando formas mais efectivas de atingir as campanhas de comunicação de saúde, através de uma cuidadosa definição dos públicos-alvo ou da segmentação das audiências. A ignorância, a apatia e ileteracia do público em geral, constituem, ainda, uma feroz barreira que tem que ser ultrapassada (Lupton, 1995; Rodgers, 1999).

Os *mass media* parecem, contudo, constituir importantes fontes de informação, percebidas pelos doentes como credíveis, actualizadas e valiosas. No entanto, a informação divulgada através dos meios de comunicação mais populares é normalmente considerada, tanto pelos profissionais de saúde como pela comunidade científica, como pouco credível, viciada e desajustada. Principalmente porque os documentos científicos são recrutados arbitrariamente e transformados, enviesando a realidade de acordo com as pressões editoriais competitivas.

Como tal, partilhando responsabilidades, os cientistas, os profissionais de saúde e os jornalistas, devem, colectiva e proactivamente, desempenhar um papel significativo como comunicadores de temáticas de saúde, modelando e reforçando o significado “leigo” da ciência e da medicina.

Para que se possam reforçar mudanças efectivas de estilos de vida saudáveis, a segmentos alargados da população, urge a necessidade de promover o diálogo entre a comunidade científica, os *mass media* e as Pessoas, com a finalidade de incrementar os benefícios deste “jogo a três mãos”, nos terrenos da saúde.

### 3. O PARADOXO DOS CONCEITOS E A UTOPIA DAS IDEOLOGIAS

A educação para a saúde tem um papel marcante como componente decisiva da estratégia global da promoção da saúde. Esta pode ser feita através da modificação dos estilos de vida, o que, directa ou indirectamente, implica lidar com variáveis psicológicas, tais como: motivação, avaliação das situações, expectativas pessoais, conhecimentos, tomada de decisões, comportamentos e hábitos (Barbosa, 1987; Pais Ribeiro, 1998). Por outro lado, facilmente concluiremos pela dificuldade de concretizar este tipo de mudanças, se não forem tidas em conta as características próprias do meio em que o sujeito se insere.

As práticas de educação para a saúde devem dedicar-se cada vez menos ao carácter preventivo de doenças específicas, apostando cada vez mais na promoção de uma abordagem globalizante. Esta deve levar o indivíduo a adoptar um estilo de vida saudável, capaz de desempenhar um papel apreciável na redução do risco de contrair doenças, proporcionando a adesão a sentimentos de bem-estar que acompanham esta mudança. Este tipo de educação para a saúde consiste, essencialmente, em facilitar o aumento da consciência da comunidade acerca do impacto negativo que alguns aspectos do ambiente têm na saúde e nas origens psicossociais da doença, permitindo alcançar um nível adequado de autonomia, ou seja, facilitar as tomadas de decisão baseadas na informação, quer a nível individual, quer a nível comunitário (Tones, 1988).

Neste âmbito, interessa, não só informar sobre o risco de contrair doenças, mas também saber até que ponto esse conteúdo informativo pode ser percebido e utilizado pelos indivíduos (Barbosa, 1987; Maibach & Parrott, 1996; Dias, 1997).

Barbosa, em 1987, num artigo intitulado “Educação para a Saúde: Determinação Individual ou Social?” é peremptório em afirmar que, as práticas de prevenção privilegiam a informação, assumindo ser possível modificar o comportamento individual pela comunicação de mensagens, privilegiando-se, normalmente, a informação de massas em detrimento de estratégias de contacto pessoal. Nesta perspectiva, qualquer que seja a estratégia recrutada, a sua eficácia requer que o sujeito “*portador do risco*” venha a modificar não

só o seu comportamento, mas também a sua própria cultura. Apesar de se reconhecer a imprescindibilidade das campanhas de informação, é necessário analisar as implicações reais dos objectivos da prevenção e o seu custo efectivo. Nesta linha de registo, Pais Ribeiro (2000) refere que muitos técnicos e dirigentes políticos acreditam que a educação para a saúde, normalmente considerada como fornecimento de informação, é a solução para esta nova *epidemia comportamental*. Contudo, a prestação de informação pública apesar de importante, não é de forma alguma, suficiente na batalha pela promoção da saúde e prevenção da doença (Pais Ribeiro, 2000).

Como refere Carvalho Teixeira (2000) “o que faz falta em relação à redução dos riscos para a saúde são mais programas de prevenção e menos campanhas de informação”, com recurso a tributos específicos das ciências sociais e comportamentais e a estratégias que combinem a intervenção comunitária com a intervenção individual e grupal, com acções contextualizadas nas escolas, locais de trabalho e comunidade (Trindade & Teixeira, 2002).

Ainda na óptica de Barbosa (1987), alguns estudos explicitam certos obstáculos que se levantam na Educação para a Saúde: a inexistência de uma política nacional e internacional de saúde coerente, as atitudes de resistência do corpo médico, a publicidade contra-informadora dos *mass media* e a dificuldade da população em vencer as resistências à mudança. Por outro lado, e não menos importante, as exigências do sector produtivo, as suas normas de produção e consumo, são muitas vezes contraditórias e até concorrenciais face aos objectivos de saúde pública.

O caso do consumo de tabaco parece poder assumir-se como um paradigma de interesses conflituais entre os determinantes económicos e a prevenção de doenças de iatrogenia comportamental. De facto, apesar de nas últimas três décadas os políticos e os agentes de saúde pública terem ao seu dispor provas conclusivas sobre as consequências do consumo nocivo do tabaco, a verdade é que este continua legal, acessível e aceitável em termos sociais, parecendo poder concluir-se que os defensores de saúde pública se têm mostrado incapazes de desenvolver uma mensagem consistente, regular e construtiva para combater a influência da indústria tabaqueira (Menasche & Siegler, 1998).

No ano de 2001 foi regulamentado um plano oncológico nacional que remetia para a concretização de medidas aplicáveis, entre outras, às áreas de educação e promoção da saúde do doente oncológico, cuja orientação estratégica assenta no documento “*Saúde. Um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século 1998-2002*” publicado pelo Ministério da Saúde em 1999. As áreas de intervenção eram sobreponíveis aos planos anteriores, reiterando uma vez mais, a indispensabilidade do desenvolvimento de estratégias de informação ao grande público através dos meios de comunicação social. De acordo com as recomendações da OMS adstritas a este plano, a diminuição do consumo de tabaco, assumia-se como uma das áreas de intervenção prioritária, passível de reduzir em 20% a taxa de incidência da doença oncológica até ao ano 2020. Contudo, esta problemática configura-se marcadamente polémica e o controlo das estratégias de intervenção requer uma análise cuidada cujos objectivos só são alcançáveis a longo prazo. Na verdade, a política do tabaco revela-se manifestamente complexa e conspirativa, pela diversidade de interesses que conjuga, na medida em que, as estratégias restritivas de consumo de tabaco podem conduzir ao colapso da economia de um país.

Apesar de todas as proibições normativas criadas contra a publicitação dos produtos da tabaqueira, os *mass media*, as séries televisivas e a indústria cinematográfica, continuam a assumir-se como um veículo subliminar e permissivo na propagação do “acto de fumar”. Se debruçarmos a nossa atenção sobre as produções de Hollywood, não será difícil encontrar “vinhetas cinéfilas”, com enorme sucesso de bilheteira, onde são ostentados cigarros e charutos nas mãos dos actores principais, focando, em primeiro plano, uma determinada marca. Contudo, se fizermos uma análise de todas as cenas seleccionadas, facilmente concluiremos pela ausência de qualquer referência às consequências nefastas do consumo de tabaco (Shields, Carol, Balbach & McGee, 1999). Como referem Mekemson e Glantz (2002), a indústria tabaqueira assume mesmo que os consumidores de filmes se configuram como um terreno fértil para a implementação de uma campanha bem arquitectada capaz de recrutar, inconscientemente, futuros “amantes do cigarro”. Segundo este autor, o objectivo primordial destas

manobras publicitárias é “infiltrar” no cigarro, um estatuto simbólico, associando-o à figura erotizada da mulher e a ambientes sociais de *glamour* e, para além disso, criar modelos de sucesso acoplados ao consumo de tabaco. Robert Richards, Presidente da Productions Inc. refere mesmo que “O cinema é melhor do que qualquer anúncio que passe na televisão ou seja publicado numa revista, porque a audiência está completamente inconsciente de qualquer intuito publicitário envolvido.” (citado por Mekemson & Glantz, 2002). Esta estratégia de “tráfico de comportamentos de risco” constitui-se como uma campanha deliberada e bem planeada, como pode ser comprovado por um memorando interno da Philip Morris Marketing Plan em 1989: “Acreditamos que a imagem mais forte e positiva passada acerca do tabaco é criada pelo cinema e pela televisão (...) É fácil e razoável pressupor que o cinema e as personalidades individuais têm muito mais influência nos consumidores que um póster estático com as letras de qualquer produto da B&H pendurado sob um céu escuro e de trovoadas.” (Mekemson & Glantz, 2002). Neste contexto, para a indústria tabaqueira, a imagem de uma estrela de Hollywood associada a uma marca específica de cigarros pode determinar a sua “*personalidade comercial*”. Na verdade, com o intuito de publicitar e promover os seus produtos, a indústria tabaqueira tem vindo a pagar avultadas e exorbitantes quantias para colocar os seus produtos no cinema e na televisão (Mekemson & Glantz, 2002). Desta forma, é a própria indústria que constrói e (re)cria representações mentais associadas ao consumo de tabaco, como a rebeldia, independência, sensualidade, riqueza, poder e celebração, consolidando, assim, a pregnância destes produtos nefastos na tela. O objectivo último parece ser mesmo o de transmitir à população jovem a mensagem de que o consumo de tabaco é um comportamento socialmente aceite e desejável (Mekemson & Glantz, 2002), corroborando, desta forma, a Teoria da Aprendizagem Social que sublinha a importância da influência do meio nas características do indivíduo (Tickle, Sargent, Dalton, Beach & Heatherton, 2001). Em última análise, a investigação denuncia que os esforços publicitários e promocionais que associam determinada marca de tabaco a imagens de autonomia, companheirismo, gosto pelo risco e aceitação social, tornam a marca mais atractiva

para os jovens (Cummings, Morley, Horan, Steger & Leavell, 2002).

Como resultado desta estratégia contra-informadora, Tickle, Sargent, Dalton, Beach e Heatherton (2001) referem que, existe uma clara relação entre o aumento da percentagem de fumadores adolescentes e o facto das suas estrelas de cinema favoritas consumirem tabaco no ecrã. A imagem passada por estes actores poderá fomentar, nos adolescentes, o conceito de que só o consumo de cigarros os poderá tornar “adultos”, “fixes”, desejáveis e atractivos, numa tentativa inconsciente de mimetizarem a identidade das suas estrelas de cinema favoritas. Desta forma, os autores, no seu estudo, são mesmo levados a concluir que existe uma associação entre o consumo de tabaco pelas estrelas de cinema e o aumento do número de fumadores adolescentes. Denotam ainda que, esta associação parece ser independente de todos os outros factores preditivos do consumo de tabaco, como seja a existência de fumadores entre os seus familiares e amigos (Tickle, Sargent, Dalton, Beach & Heatherton, 2001).

Na verdade, esta influência exercida, fundamentalmente, sobre os adolescentes, é perfeitamente aceite, consciente e desejada pela indústria tabaqueira, sendo mesmo referido, num memorando interno da Philip Morris, em 1981, que os “Os adolescentes de hoje são potenciais consumidores de amanhã, e a esmagadora maioria dos fumadores começam a fumar enquanto adolescentes. Uma grande parte do sucesso do Marlboro vermelho aquando do seu *boom comercial* deveu-se ao facto desta marca se ter tornado a eleita entre os adolescentes da época, em relação à qual se manteriam fiéis à medida que envelheciam.” (citado por Chapman & Davis, 1998).

Por outro lado, a utilização dos *mass media* para fins de promoção da saúde deveria constituir-se, essencialmente como uma actividade pedagógica (Lupton, 1995). Todavia, trata-se segundo a autora, de uma pedagogia politicamente conservadora, que geralmente aceita os seus objectivos de forma acrítica e é direccionada para injectar conhecimentos em audiências vistas como receptores vazios, ao invés de se constituir como uma pedagogia orientada para o encorajamento de um pensamento crítico e um desafiar do *status-quo*.

Ling (1989), na sua flexibilidade crítica, vai ao ponto de apelidar os *mass media* como “agen-

tes de contágio” dada à alegada influência exercida sobre o público na divulgação de representações positivas de estilos de vida não saudáveis. As audiências são frequentemente representadas como vulneráveis à manipulação dos *media*, nesta perspectiva vistos como não benéficos, absorvendo de forma passiva as mensagens “virais” por eles disseminadas, intencionalmente ou não, sendo assim educadas de forma errada.

A literatura de promoção de saúde parece, assim, ter uma relação de amor-ódio com os *media*. Estes são vistos como altamente influenciadores, capazes de manipular subtilmente as audiências no sentido de adoptarem comportamentos não saudáveis, embora o uso da manipulação no “bom sentido” seja aplaudido. A publicidade é, assim, vista como um bem social quando encoraja comportamentos sociais positivos e apoia as causas que são queridas à promoção da saúde, e, ao mesmo tempo, vista como uma fonte potencial de manipulação maléfica, criando falsas necessidades.

Os *mass media* são, por um lado, denunciados pelo facto de se constituírem como canais de propaganda, e, por outro, elogiados pelo seu potencial de persuasão de pessoas em grande escala, papel pelo qual são procurados pelos diversos promotores de saúde, sendo, neste caso, incentivada a cooperação a todos os níveis.

As discrepâncias entre os comportamentos adoptados pela generalidade dos sujeitos, nas nossas sociedades, e os defendidos pelas campanhas de educação para a saúde e prevenção da doença são clarividentes e constituem, na maiorias das vezes, perfeitos antagonismos que acabam por tornar a “*adopção de comportamentos saudáveis*” uma total utopia. Se olharmos à nossa volta, estas discrepância são óbvias.

Tal com afirma Ribeiro da Silva (2000), idealmente todos teríamos óptimas condições de vida, sem stresse exagerado para as nossas capacidades cognitivas, afectivas, emotivas e relacionais, e faríamos apenas opções saudáveis; contudo, não é isto que verdadeiramente acontece. Perante a tentativa de adopção de um comportamento salutogénico, proclamado pelos promotores de saúde, o sujeito vê-se confrontado com a necessidade primordial de dar resposta a uma sociedade competitiva e indutora de múltiplos comportamentos patogénicos. Em muitos casos, os comportamentos pouco saudáveis podem mesmo ser



reforçados pela própria sociedade, colocando os sujeitos em situações paradoxais. O comportamento marcado pela competitividade, trabalho excessivo, privação do sono e altos níveis de stresse e ansiedade, constitui um estilo de vida encorajado e determinado pela sociedade, em particular, pelo sector produtivo. Por outro lado, um estilo de vida mais saudável, estabilizado social e economicamente, poderá ser gerador de frustrações no emprego e dificuldades financeiras (Barbosa, 1987).

De igual modo, sem dúvida que deveríamos dispor de tempo útil para ingerirmos refeições de acordo com os modelos difundidos pelas campanhas de prevenção das doenças cárdio-vasculares, que defendem a necessidade de ingestão de alimentos com baixo teor de gordura. Paradoxalmente, no que se refere à alimentação, aquilo que observamos nas sociedades ocidentais é a proliferação de restaurantes de *fast-food* que, precisamente por serem “*fast*”, acabam por promover uma “moda” que privilegia a ingestão rápida e hipercalórica de alimentos. Mesmo os sujeitos mais resistentes a esta “moda” que recorrem, durante a sua hora de almoço, a restaurantes tradicionais, acabam por privilegiar a ingestão rápida de alimentos ricos em gordura, acompanhados por bebidas energéticas, muitas vezes de pé e num curto espaço de tempo, acabando por boicotar a implementação de um modelo ideal de “comportamentos alimentares saudáveis”.

Posto isto, constata-se que o ritmo de vida ditatorial imposto pela sociedade, aparentemente impossível de contrariar, torna utópicas as diretrizes proclamadas pelos conceitos de promoção da saúde, educação para a saúde e prevenção da doença.

A actual concepção de promoção de saúde e as estratégias que delineiam as suas múltiplas racionalidades ideológicas é adulterada por paradoxos que se instalam ao nível dos determinantes biopsicossociais dos comportamentos salutogénicos. A título conclusivo, enfatiza-se a necessidade de repensar as actuais políticas de saúde, visando o renascimento de uma ideologia de promoção da saúde, verdadeiramente contextualizada nas necessidades e exigências da realidade social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Barbosa, A. (1987). Educação para a saúde: determinação individual ou social?. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 169-184.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2000). O que faz falta na prevenção primária em saúde. In J. Ornelas, & S. Maria (Eds.), *Actas da 1.ª Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (pp. 71-78). Lisboa: ISPA.
- Chapman, S., & Davis, R. (1998). Play it again. *Tobacco Control*, 7, 301-309.
- Costa, M., & López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cummings, K. M., Morley, C. P., Horan, J. K., Steger, C., & Leavell, N.-R. (2002). Marketing to America's youth: evidence from corporate documents. *Tobacco Control*, 11 (suppl I), 115-117.
- Dias, M. (1997). *A Esmeralda Perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: ISPA.
- Douglas, M. (1990). The risk as a forensic resource. *Deadalus*, Fall, 1-16.
- Durá, E. (1997). Psicologia Oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Conferência apresentada no 2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Braga, Portugal.
- Durá, E., & Dias, M. R. (1997). Relação médico-doente em psicologia oncológica. Aspectos éticos, sociais e legais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 197-208.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16 (3), 289-297.
- Kirscht, J. (1974). Research related to the modification of health beliefs. In M. Becker (Ed.), *The Health Belief Model and Personal Health Behaviour* (pp. 128-142). New Jersey: Charles B. Black, Inc.
- Kolbe, L. J., Green, L., Foreyt, J., Darnell, L., Goodrick, K., Williams, H., Ward, D., Kortan, A. S., Karacan, I., Widmeyer, R., & Stainbrook, G. (1986). In N. A. Krasnegor, J. D. Arasteh, & M. F. Cataldo (Eds.), *Child Health Behavior: A behavioural pediatric perspective*. New York: John Wiley.
- Ling, J. C. (1989). New communicable diseases: a communication challenge. *Health Communication*, 1 (4), 253-260.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.
- Maes, S. (1991). Health promotion and disease prevention: A social psychological approach. *Revista de Psicologia Social Aplicada*, 1 (2/3), 5-28.

- Maibach, E., & Parrott, R. L. (1996). *Designing Health Messages. Approaches from Communication Theory and Public Health Practice*. London: Sage Publications.
- Marin, J. R. (1995). *Psicologia Social de la Salud*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Mekemson, C., & Glantz, S. A. (2002). How the tobacco industry built its relationship with Hollywood. *Tobacco Control, 11* (suppl 1), 181-191.
- Menasche, C. L., & Siegler, M. (1998). The power of a frame: an analysis of newspaper coverage of tobacco issues – United States, 1985-1996. *Journal of Health Communication, 3* (4), 307-325.
- Ministério da Saúde (1999). *Saúde. Um Compromisso. A Estratégia de Saúde Para o Virar do Século 1998-2002* (pp. 54-55). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ogden, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- OMS (1969). *Bulletin of the World Health Organization, 40*. Genève: OMS
- OMS (1984). *Bulletin of the World Health Organization, 62*. Genève: OMS
- Pais Ribeiro, J. L. (1994). Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. In T. M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Braga: APPORT.
- Pais Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Pais Ribeiro, J. L. (2000). A Saúde e as Doenças no Séc. XXI. In M. R. Dias, & A. Amorim (Eds.), *Clínica Dentária Integrada: contributos bio-psico-sociais*. Monte da Caparica: Egas Moniz Publicações.
- Piotrow, P., Kincaid, L., Rimon, J., & Rinehart, W. (1997). *Health Communication*. West Port, CT: John Hopkins School of Public Health.
- Paul, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rice, R., & Atkin, C. (1989). *Public Communication Campaigns*. Newbury Park: Sage.
- Ribeiro da Silva, P. (2000). A educação para a saúde: do ensino universitário à prática profissional. In M. R. Dias, & A. Amorim (Eds.), *Clínica Dentária Integrada: contributos bio-psico-sociais* (pp. 81-86). Caparica: Egas Moniz Publicações.
- Ribeiro da Silva, P. (2002). A educação para a saúde e o marketing social. In M. R. Dias, & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 190-211). Lisboa: Climepsi.
- Rogers, R. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitudes change: a revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo, & R. Pettr (Eds.), *Social Psychophysiology: a source book*. New York: Guilford.
- Rodgers, J. E. (1999). Introduction of Section: overarching considerations in risk communications: romancing the message. *The Journal of the National Cancer Institute Monographs, 25*, 21-22.
- Salleras, L. (1985). *Educación Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Shields, D. L., Carol, J., Balbach, E. D., & McGee, S. (1999). Hollywood on tobacco: how the entertainment industry understands tobacco portrayal. *Tobacco Control, 8*, 378-386.
- Slovic, P., Fischh, B., & Lichtenstein, S. (1987). Behavioral decision theory perspectives on protective behavior. In N. Weinstein (Ed.), *Taking Care: Understanding and Encouraging Self-Prospective Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Spacapan, S., & Oskamp, S. (1987). *The Social Psychology of Health*. Beverly Hills: Sage.
- Stepoe, A., Wardle, J., Fuller, R., Holte, A., Justo, J., Sanderman, R., et al. (1997). Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates and behavioral correlates among young Europeans from 21 Countries. *Preventive Medicine, 26*, 845-854.
- Stepoe, A., & Wardle, J. (1992). Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. *The British Journal of Clinical Psychology, 31*, 485-502.
- Tickle, J. J., Sargent, J. D., Dalton, M. A., Beach, M. L., & Heatherton, T. F. (2001). Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies, and its association with adolescent smoking. *Tobacco Control, 10*, 16-22.
- Tones, K. (1988). *Promover a Saúde: a contribuição da educação*. Lisboa: Ministério da Saúde, Divisão de Educação para a Saúde da D.G.C.S.P.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (2002). Abordagem psicológica do cancro nos cuidados de saúde primários. In M. R. Dias, & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 29-49). Lisboa: Climepsi.
- Wardle, J., & Stepoe, A. (1991). The European health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science & Medicine, 33*, 925-936.

## RESUMO

A concepção actual de promoção de saúde, educação para a saúde e prevenção da doença é suportada por ideologias algo adulteradas pela realidade social. Tendo em conta a proliferação epistemológica destes conceitos no final do século XX pretende-se, no presente artigo, elaborar uma reflexão crítica em torno das múltiplas racionalidades estratégicas em que os conceitos se organizam, bem como, abordar os paradoxos que se instalam ao nível dos determinantes biopsico-sociais dos comportamentos salutogénicos. Partilhando responsabilidades, os profissionais de saúde, devem, colectiva e proactivamente, desempenhar um papel significativo como promotores de saúde, modelando e reforçando o significado “leigo” dos comportamentos,

para que se possam incrementar mudanças efectivas em segmentos alargados da população.

*Palavras-chave:* Promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção da doença, paradoxos das ideologias, promotores de saúde, *mass media*.

#### ABSTRACT

The nowadays' notion of health promotion, health education and prevention is supported by ideologies, which are somehow changed by social reality. Bearing in mind the epistemological growth of these concepts occurred in the end of the XXth century, it is our pur-

pose, with the present article, to develop a critical reflection on the several strategical rationalities in which concepts are organised, as well as to broach the paradoxes, which establish themselves at the level of biopsychosocial determinants of health behaviours. Sharing responsibilities, the health care professionals must, collectively and proactively, play an important role as health promoters, as they shape and reinforce the "common" meaning of behaviours, so that effective changes may increase in large segments of the population.

*Key words:* Health promotion, health education, prevention, paradoxes of ideologies, health care promoters, mass media.