

Maria do Céu Antunes Martins – Professora-adjunta ESALD, Dezembro 2005

## A Promoção da saúde: percursos e paradigma

*"Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde"*

(Marilyn Frank- Stromborg *et al.*:37)

## Resumo

A saúde e a sua promoção parecem ter ocupado um lugar preponderante em múltiplos sectores da vida social, muito particularmente nos da educação e da saúde.

Este artigo versa sobre *promoção da saúde*. Baseia-se numa revisão de literatura sobre a temática e pretende ser apenas uma reflexão que sintetize as principais bases conceptuais que estão subjacentes ao tema. Assim, aborda-se o conceito de saúde numa perspectiva evolutiva, salientam-se os principais marcos históricos inerentes à promoção da saúde e reflecte-se sobre o paradigma que sustenta a promoção da saúde.

Palavras-Chave: homem, ambiente, saúde, promoção da saúde.

## Nota Introdutória

A introdução e desenvolvimento do espírito científico nas múltiplas áreas do conhecimento humano e a compreensão dos fenómenos sociais e sua influência no bem-estar das populações, veio determinar a evolução do conceito de saúde.

As actuais definições de saúde, valorizam o homem, não como um elemento isolado mas como um ser social que vive em sociedade, influenciando-a e fazendo parte dela ao mesmo tempo que dela recebe as suas influências e a ela se adapta. Actualmente a saúde é entendida como uma situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e sócio-ambiental. Mais do que prevenir a doença, importa hoje prevenir a saúde. A promoção da saúde é uma das chaves deste grande objectivo. Começou a ser equacionada com a Declaração da *Alma-Ata*, tendo o seu desenvolvimento na *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Esta carta, constituiu uma fonte de inspiração e de orientação para posteriores acções. Mais do que uma actividade, a promoção da saúde é considerada uma estratégia que urge incorporar em todas as dimensões da vida (individual, social e ambiental). Está inserida numa estratégia global de protecção à saúde que visa o desenvolvimento da saúde nos vários sectores: saúde ocupacional, saúde ambiental, saúde alimentar, saúde oral, entre outros.

O conceito de promoção da saúde assente, no paradigma salutogénico, valoriza os factores que interferem positivamente na saúde. A acção sobre aqueles factores, tem que ser multidireccional e multidimensional e deve fazer apelo ao contributo de diferentes disciplinas e sectores.

## 1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE SAÚDE

O homem primitivo atribuía o processo de saúde/doença à punição ou à recompensa de entidades sobrenaturais. Esta interpretação, limitada ao conceito teológico, ainda prevalece actualmente. Da interpretação sobrenatural evoluiu-se nas civilizações antigas (grega, romana, egípcia), para uma interpretação natural, isto é física. Nesta perspectiva as causas que determinam o processo de saúde/doença tem origem no corpo; daí que, a saúde seja definida por um bem-estar físico. Pertence a Hipócrates, 460 anos antes de Cristo, a primeira interpretação natural do binómio saúde/doença, substituindo a causalidade divina pela causalidade física. Hipócrates, explica as origens da doença a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Durante longo período de tempo e até meados de século XVI, dominaram estas duas interpretações.

Com o evoluir dos tempos, foram-se identificando factores ambientais como causa de doença. Surgiu a *teoria dos Miasmas*, a qual atribuía o aparecimento da doença ao efeito do meio ambiente. Esta teoria foi aceite pelos pensadores e cientistas da época e mais tarde confirmada, especialmente a partir do século XVII, devido ao aparecimento de meios que permitiram a identificação de microorganismos causadores de doença. Foi neste período, que se deu início ao conhecimento científico sobre a saúde. Passou a considerar-se que toda a doença corresponderia a uma causa, presumivelmente à acção de um organismo já conhecido ou a descobrir. Foi já no século XIX, com o desenvolvimento das ciências bacteriológicas, que se conheceu a natureza das doenças transmissíveis. No século XX o conceito de saúde modificou-se e com o passar dos anos foi adquirindo um significado mais amplo e completo. O conhecimento dos múltiplos factores que influenciam a saúde do homem trouxe-nos uma nova perspectiva de saúde. A medicina, foi analisando os fenómenos ligados ao mal-estar humano e determinando as suas causas o que permitiu o reconhecimento de múltiplos factores intervenientes no processo de saúde/doença. A par dos factores de natureza fisiológica e anatómica, estudados tradicionalmente, passaram também a considerar-se como causadores de doença, factores socioeconómicos, culturais e ecológicos.

É nos EUA que surge, em meados dos anos 60, um novo modelo etiológico ou teoria explicativa da saúde/doença, o *lifestyle-risk factor* (Human Population Laboratory, 1966; Belloc, 1972; Berkam, 1983), citado por (GRAÇA 1999: 135)

Trata-se de uma nova variante do paradigma epidemiológico segundo o qual certos comportamentos individuais ou *estilos de vida* constituem factores de risco (por ex., o tabagismo, o sedentarismo e os maus hábitos alimentares) e são decisivos para o desenvolvimento de doenças crónicas, de elevada mortalidade (por ex., cancro do pulmão, doenças cardiovasculares e diabetes ).

Os modernos pontos de vista sobre a saúde, começaram a considerar a pessoa como um todo e a relacionar os seus estados com as características da sociedade e o meio em que se integra. Na actual definição de saúde, reconhecida universalmente, que considera a *saúde um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade* (OMS), estão implícitos múltiplos factores que se interligam e que influenciam a saúde do homem. Nesta perspectiva, a saúde é entendida como pleno desenvolvimento das potencialidades físicas, mentais e sociais do homem, tendo em conta, como principais factores, a carga genética e a procura permanente do equilíbrio com o ambiente.

É pois à luz desta percepção positiva e multidimensional, que a saúde é entendida actualmente. O entendimento da saúde já não passa apenas pelos níveis prevenção primária (evitar os riscos profissionais, a doença e o acidente, ou seja, a incapacidade), secundária (tratar a doença ou reparar a incapacidade), e terciária (atenuar os seus efeitos). Vai mais além, colocando questões **como** é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e como responde positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) dum ambiente (laboral e extra-laboral) em constante mutação.

## 2. MARCOS HISTÓRICOS RELEVANTES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

**Após a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1945)**, a saúde passou a ser considerada “um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e sociais” e foi aceite o princípio da ajuda mútua entre os países.

Daqui para a frente, as preocupações com a saúde dos povos foram sendo cada vez mais sentidas, reunindo sucessivamente responsáveis pela saúde de vários países, no sentido de reflectirem sobre a saúde, os factores que a determinam e a forma de os controlar.

Uma das principais reuniões para a saúde, ocorreu em Alma-Ata (1977).

A **Declaração de Alma-Ata** constituiu um marco importante no movimento da "Saúde para Todos". Baseada no reconhecimento de que a saúde é um objectivo social de primeira importância, a Declaração instituiu uma nova orientação para a política de saúde, conferindo especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade, bem como à **criação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP)**.

A saúde passou a ser entendida num sentido positivo, como um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, devendo constituir um direito humano fundamental.

O espírito de Alma-Ata teve o seu desenvolvimento na **Carta de promoção da saúde**, que foi adoptada em **Ottawa**, em 1986. A carta lançou um desafio dirigido a uma nova saúde pública, afirmando a justiça social e a equidade, como pré-requisitos para a saúde, e a advocacia e a mediação, como processos para a atingir.

É a partir daqui que a promoção da saúde começou teoricamente a ser equacionada, debatida e verdadeiramente valorizada.

Os encontros e conferências internacionais, que se seguiram, permitiram precisar o sentido e a pertinência das principais estratégias enunciadas na Carta, nomeadamente:

- Estabelecer Políticas Públicas Saudáveis – **A Conferência de Adelaide**, na Austrália, em 1988;
- Criar Meios Favoráveis à Saúde - **A Conferência de Söndsvall**, na Suécia, em 1991.

Seguiu-se a **Declaração de Jacarta** sobre a Promoção da Saúde, em 1997, com vista a Responder aos desafios da Promoção da Saúde no século XXI e por último a 5ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde, subordinada ao tema: Rumo a uma Maior Equidade

realizada na Cidade do México, em 2000 donde resultou a **Declaração ministerial do México para a promoção da saúde.**

Das acções recomendadas destacam-se as seguintes:

- Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais;
- Assumir um papel de liderança para assegurar a participação activa de todos os sectores e da sociedade civil, na implementação das acções de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde;
- Apoiar a preparação de planos de acção nacionais para promoção da saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e dos seus parceiros nessa área. Esses planos variam de acordo com o contexto nacional, mas seguirão uma estrutura básica estabelecida de comum acordo durante a Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde, podendo, incluir, entre outros;
  - Identificação das prioridades de saúde e estabelecer políticas e programas públicos para as implantar.
  - Apoio a pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias.
- Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde.

De uma forma ou de outra as políticas governamentais dos países em geral, incluindo Portugal, têm sido norteadas pelos valores e princípios decorrentes destas conferências. Pelo menos teoricamente, tem-se procurado concretizar as recomendações que delas partem. Na prática, o conceito não parece totalmente assimilado, resumindo-se, quanto muito, quer para o público em geral e para os profissionais de saúde em particular a actividades pontuais e desligadas com vista à educação para a saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis. A promoção da saúde é muito mais do que isso. Mais do que uma actividade é uma **estratégia** bem definida que, através de **programas educacionais** visa a **“melhoria dos estilos de vida individuais, influenciando escolhas pessoais realizadas num contexto social”** (FRANK-STROMBORG, M et al: 1998). A promoção da saúde “é uma intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que em nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona” (GRAÇA, 2000: 77). Na verdade, esta ideia faz todo o sentido pois está provado, que a melhoria do estado de saúde das populações começou um século antes da medicina ter meios eficazes de intervenção no combate às doenças, sendo esse salto atribuído, em grande medida, aos progressos da envolvente socioeconómica (alimentação, habitação, saneamento básico, higiene

ambiental e pessoal, nível de instrução e de informação, serviços de saúde pública, etc.). Assim, torna-se uma evidência inquestionável que, para atingir o grau mais alto nível de saúde, têm que estar implicados, além do sector da saúde, todos os sectores e aspectos conexos do desenvolvimento nacional e comunitário (agricultura, alimentação, indústria, educação, habitação, obras públicas, comunicações) e requer os esforços coordenados de todos estes sectores. GREEN (1991) também corrobora esta ideia, ao afirmar que “a promoção da saúde consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais e acções e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os factores determinantes desta” (NUNES, 1997). Só levando à prática estas concepções, que apesar derivarem de diferentes teóricos, expressam uma ideia única, esta abrangente estratégia conseguirá alcançar o seu objectivo: permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os factores da sua própria saúde.

### 3. A SALUTOGÉNESE – O PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A preocupação com os problemas de saúde das populações, não é recente e está, naturalmente, relacionada com a evolução do conceito de saúde ao longo dos tempos.

Com virmos, esta preocupação, durante séculos, esteve centrada em torno da doença, e limitou-se a uma atitude de aceitação passiva, já que a saúde era encarada numa perspectiva teológica. As medidas implementadas para preservar a saúde limitaram-se durante séculos à repressão, segregação e abandono dos doentes.

O desconhecimento sobre a etiologia da doença humana conduziu durante longos anos à ausência de uma consciência colectiva da saúde e da doença. Como vimos atrás, só no século XX foi posta em evidência a etiologia multi-factorial das doenças crónicas, como o cancro, a diabetes, as doenças cardiovasculares etc, e a influência que neste tipo de doenças têm os factores ambientais e comportamentais e não apenas biológicos. Daqui decorreu um investimento na prevenção da doença.

Actualmente a saúde, é considerada o bem mais precioso, um capital humano que é preciso aprender a gerir e em que é necessário investir. Nesta altura já não há dúvidas, de que, tanto como prevenir a doença é igualmente importante **investir na saúde e valorizar positivamente os factores** que a determinam. Passou-se do investimento na prevenção da doença para o investimento na prevenção da saúde.

Ao modelo *patogénico* que valoriza a causa específica da doença ou lesão, e a *aculturação médica* vem-se a acrescentar o modelo *salutogénico* que valoriza a rede de factores que determinam positivamente a saúde e a *cultura do desenvolvimento individual e organizacional*. GRAÇA, 2000). A **promoção da saúde, tem origem no paradigma salutogénico**<sup>2</sup>.

Note-se, que a valorização da rede de factores que determinam positivamente a saúde, confinada ao paradigma *Salutogénico*, por oposição ao paradigma *patogénico*, biomédico, organicista, orientado para a causa específica da doença, não é, é uma construção intelectual dos nossos tempos. No século IV aC, Hipócrates evidenciava o papel da alimentação na protecção da saúde. Dele ficou conhecida a célebre frase, “deixa o teu alimento ser o teu medicamento”. Luís Graça, também refere que “Na Europa Ocidental, o modelo salutogénico tem pelo menos 2500 anos e está igualmente presente nos provérbios e outros lugares da vida portuguesa”(…).Entre muitos dos citados pelo autor, refiram-se os seguintes: "Mais que curar o

---

<sup>2</sup> O paradigma salutogénico foi desenvolvido por Antonovsky em 1987 (NUNES, 1997)



mal, a arte deve prevenir" (Escola de Salerno<sup>3</sup>); "Deitar cedo e cedo erguer dá saúde e faz crescer"; "Vinho, mulheres e tabaco põem o home fraco"; "Come para viver, pois não vives para comer" "Quem bem urina, escusa *medicina*", "*casa onde não entra o sol entra o médico*"(...) (GRAÇA, 2000: 77).

É interessante e oportuno apresentar as diferenças conceptuais entre a prevenção da doença e a promoção da saúde, evidenciadas por aquele autor.

**Quadro 1 — Diferenças conceptuais entre a prevenção da doença e a promoção da saúde**

	<b>Prevenir a Doença</b>	<b>Promover a Saúde</b>
<b>Paradigma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Patogénese</b> (a causa específica da doença ou lesão)</li> <li>■ Aculturação médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Salutogénese</b> (por ex., a rede de factores que determinam positivamente a saúde)</li> <li>■ Cultura do desenvolvimento individual e organizacional</li> </ul>
<b>Questão Principal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Como evitar os riscos (a doença e o acidente, ou seja, a incapacidade) (prevenção <i>primária</i> ou controlo da incidência)</li> <li>■ Como tratar a doença ou reparar a incapacidade (prevenção <i>secundária</i> ou controlo da duração da doença ou da gravidade do acidente, ou seja, controlo da prevalência)</li> <li>■ Como atenuar os seus efeitos (prevenção <i>terciária</i> ou controlo de futuras sequelas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) dum ambiente (laboral e extra-laboral) em constante mutação</li> </ul>
<b>Tipo de Informação Predominante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Quantitativa (<i>hard</i>) (por ex., dados clínicos e epidemiológicos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Qualitativa (<i>soft</i>) (por ex., conhecimentos, valores, atitudes, preferências, necessidades, comportamentos, políticas)</li> </ul>
<b>Tipo de Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ênfase nos resultados (imediatos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ênfase no processo e nas "boas práticas"</li> </ul>
<b>Estratégia de Acção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Unidireccional, baseada numa disciplina dominante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Multidireccional e multisectorial, fazendo apelo ao contributo de diferentes disciplinas e sectores</li> </ul>
<b>Actores / Protagonismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Profissionais de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Administração/Direcção</li> <li>■ Trabalhadores e seus representantes</li> <li>■ Profissionais de saúde</li> <li>■ Outros (por ex., agências públicas, consultores externos)</li> </ul>
<b>Papel Funcional Predominante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Especialista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Todos: Promotor, prestador, especialista, decisor, agente de mudança, participante</li> </ul>
<b>Conceito de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Negativo</li> <li>■ Redutor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Positivo</li> <li>■ Multidimensional</li> </ul>

<sup>3</sup> Escola médica, cuja origem remonta à Alta Idade Média (Séc. IX-X), que baseia o seu programa de saúde em estilos de vida saudáveis ("*Regime de Saúde da Escola de Salerno*")

<b>Modelo de Intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Primordialmente médico ou clínico</li> <li>■ Mais orientado para o indivíduo, do que para grupos e comunidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Participativo</li> <li>■ Orientado para o indivíduo, grupos e comunidade</li> </ul>
<b>Origem Etimológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prevenir: do latim, <i>prae-venire</i>, ir à frente de, chegar antes, antecipar-se a, preceder, evitar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promover: do latim, <i>pro-movere</i>, ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, propor, <i>fazer-por</i> (alguma coisa) mas também <i>fazer-com</i> (alguém) e <i>através-de</i> (o grupo, a organização)</li> </ul>
<b>População</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grupos de risco (por ex., trabalhadores expostos ao amianto, grávidas, menores)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Todos no contexto do seu dia-a-dia profissional e extra-profissional</li> </ul>
<b>Modelo de Decisão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Racionalista, sinóptico, centrado mais na(s) solução(ões) do que no(s) problema(s)</li> <li>■ Ênfase na informação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estratégico, sequencial, "passo a passo", centrado mais no(s) problema(s) do que na(s) solução(ões)</li> <li>■ Ênfase na negociação e obtenção de consensos</li> </ul>
<b>Resultados Esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eliminação ou redução do risco e/ou dos factores de risco específicos</li> <li>■ Imediata ou a curto prazo</li> <li>■ Cumprimento da legislação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mudanças operadas a nível do <i>indivíduo</i> (saúde, bem-estar, satisfação, conhecimentos, competências) e do seu <i>ambiente físico e psicossocial</i> de trabalho</li> <li>■ Longo prazo</li> <li>■ Análise de custo/benefício e custo/efectividade</li> </ul>

Fonte: GRAÇA, L. (1999) - Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional ? Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (C/A-Cadernos Avulsos; 1)

(Adaptado)

Como se verifica, cada um dos paradigmas evidencia, questões, abordagens, estratégias, acções e resultados diferentes. Cada um deles valoriza conceitos diferentes. Tal não significa que um modelo deva anular o outro. A aceitação do paradigma salutogénico não implica a rejeição ou abandono do patogénico. Os benefícios do modelo patogénico são visíveis e é importante que a investigação continue nesse sentido. Ambas as perspectivas contribuem para o seu crescimento recíproco, e, como duas faces da mesma moeda, complementam-se na compreensão do ser humano. A perspectiva salutogénica veio sim acrescentar mais um saber sobre a saúde num sentido positivo. Contudo, pelos motivos falados anteriormente, e como ficou salientado, os grandes *ganhos em saúde* conseguem-se essencialmente à custa da valorização deste modelo. A sua grande vantagem, em meu entender, parece-me ser a de o tornar praticável por todo o cidadão em geral. Não exige formação em saúde, especializada, mas tão somente práticas saudáveis em todos os domínios da nossa vida. Este é o grande trabalho dos profissionais de saúde, e o primeiro desafio dos enfermeiros.

## Bibliografia

FRANK-STROMBORG. M., Saúde, Doença e Cuidados de Saúde in BOLANDIER, Verolyn Era (1998) Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica, 1ª edição em Português, Lisboa: Lusodidata.

GRAÇA, L. (1999): A Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional, O Contexto Teórico e Societal Norte-Americano da PST in Textos sobre saúde e trabalho): 135

<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos135.html#2.6.2.%20O%20novo%20modelo%20etiologico%20de%20saude/doenca> Consultado em 18/02/2005

GRAÇA, L. (1999) - Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional ? Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (C/A- Cadernos Avulsos; 1)

GRAÇA, L. (2000) - Representações Sociais da Saúde, da Doença e dos Praticantes da Arte Médica nos Provérbios em Língua Portuguesa: 77 <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos77.html> (Consultado em 19/01/2005)

GRAÇA, L. (2000) - Estilos de vida e saúde nos Provérbios em Língua Portuguesa, in Textos sobre saúde e trabalho": 21 <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos21.html> (Consultado em 19/01/2005)

GRAÇA, L. (2000) "O Progresso das Ciências e Técnicas Biomédicas na II Metade do Séc. XIX in Textos sobre saúde e trabalho: 104. [www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos104.html](http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos104.html) (Consultado:21/02/05).

Green Laurence; Kreuter, Marshall W. Health Promotion planning. (1991) An educational and environmental approach, 2ª ed, Mayfield Publishing Company. Mountain View,.

NUNES, Luís Ângelo Saboga, (1997) - O sentido da coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. Apresentado no IV Congresso Português de Sociologia

<http://www.aps.pt/ivcong-actas/Acta199.PDF> 20/03/2005 e <http://www.angelfire.com/ok/soc/mono.html> (Consultado:21/02/05).

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanelf (1999) - Enfermagem de Saúde Comunitária, 4ª edição, Lisboa: Lusociência

<http://www.min-saude.pt>