

Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional (*)

MARGARIDA GASPAR DE MATOS (**)

INTRODUÇÃO

O estudo do comportamento humano em contextos da Saúde é actualmente uma das áreas promissoras da investigação e intervenção psicológicas, indo ao encontro das necessidades das pessoas em matéria da saúde e da doença, respondendo a problemas colocados pelos próprios técnicos e influenciando a própria organização dos serviços de saúde.

O presente trabalho pretende ser um contributo para o desenvolvimento do conhecimento da Psicologia no âmbito da Saúde Pública em questões relacionadas com a saúde a nível da investigação, da intervenção, da formação e da inovação do sistema.

A visão holística da saúde adoptada sobretudo a partir da Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) veio alertar os profissionais de saúde e os políticos para a importância de uma abordagem pluri-

disciplinar da problemática da saúde. Assim podem considerar-se:

- Uma dimensão demográfica – a descida da mortalidade infantil e o aumento de esperança de vida acarretam um aumento do impacte da doença crónica;
- Uma dimensão política – pelo menos nos países considerados desenvolvidos há agora a verbalização de um compromisso político de preocupação com a saúde e bem estar do cidadão, que acarreta um colapso dos serviços nacionais de saúde devido à pressão social e demográfica sobre o sistema;
- Uma dimensão técnico-científica – o aumento do conhecimento e da investigação nesta área sublinha a importância da prevenção, da protecção e da promoção na área da saúde, que acarreta uma mudança de um modelo exclusivamente “médico e curativo” para um modelo mais holístico, preventivo, participativo e pluridisciplinar;
- Uma dimensão social e cultural – pelo menos nos países considerados desenvolvidos há agora uma melhoria nas condições de vida que leva o cidadão a uma atitude mais exigente, crítica e preocupada face à sua saúde.

O relatório *Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável* (OMS, 2002) sublinha a importância da promoção dos comportamento liga-

(*) Agradecimentos: O estudo HBSC 2002 foi financiado pela FCT/MCES/POCT1 37486 / PSI / 2001 / FSE / FEDER. A autora agradece à equipa Aventura Social & Saúde.

(**) Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa e Centro da Malária e Outras Doenças Tropicais, Universidade Nova de Lisboa.

dos à saúde e a importância da identificação e prevenção de factores de risco. Neste relatório a OMS aponta dez factores evitáveis que contribuem para o risco na Saúde Global e que são responsáveis por um terço de mortes no mundo: (1) o sexo não protegido, (2) o consumo de tabaco, (3) o abuso do álcool, (4) a hipertensão, (5) a utilização de água não potável e falta de saneamento básico e de higiene, (6) a sub-alimentação, (7) a obesidade, (8) o fumo de combustíveis sólidos no interior das habitações, (9) a hipercolesterolemia e (9) a deficiência de ferro. A estes factores de risco poder-se-iam ainda acrescentar (1) os acidentes, (2) a violência (social e doméstica), (3) os abusos de carácter sexual (sobre pares e sobre menores), (4) o suicídio e outras agressões auto-inflingidas, (5) a alienação e o stress escolar, profissional e social.

Os problemas de saúde associados incluem (1) as doenças cardiovasculares, (2) as doenças cerebrovasculares, (3) o cancro do pulmão e outras doenças crónicas do pulmão, (4) a infecção pelo VIH/SIDA e (5) os problemas de saúde mental.

Estes problemas têm variações geográficas, por exemplo uma das causas de morte nos países chamados em desenvolvimento (PED) (a sub-nutrição), é no seu oposto uma das causas de morte nos países chamados desenvolvidos (a obesidade e doenças relacionadas). Nos países em desenvolvimento a transição demográfica acompanha-se ainda de uma “transição de risco” com coexistência das doenças infecciosas “tradicionais” com as doenças crónicas não transmissíveis mas de risco comportamental, ligadas à poluição, ao consumo de álcool, tabaco e drogas, à alimentação industrial e ao sedentarismo.

Desde o final dos anos 70 o alargamento do campo da Psicologia da Saúde, da Saúde Comportamental e da Medicina do Comportamento ajudou ao desenvolvimento e ao robustecimento do contributo da Psicologia para a prevenção da doença e para a promoção e a protecção da saúde, com especial foco em alguns dos comportamentos já citados como os consumos (álcool, tabaco e drogas), o sedentarismo e a alimentação associados como se referiu a doenças cardíacas e ao cancro. Posteriormente surgiu o interesse por comportamentos interpessoais relacionados com a violência, a sexualidade, as relações e o stress laboral e escolar, o estabelecimento de redes de

apoio interpessoal, o lazer, e suas possíveis associações com a promoção e protecção da saúde.

No seu conjunto, os resultados destes estudos aumentaram a compreensão da interacção de factores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e ambientais, associados ao desenvolvimento de várias condições de doença e saúde. Consequentemente novas áreas do conhecimento como a Economia da Saúde, a Sociologia, a Antropologia, as Ciências Políticas e o Direito assumiram uma relevância crescente para uma visão interdisciplinar da Saúde. Centrando-nos no campo da Psicologia o aprofundamento do conhecimento e o impacto das áreas da Psicologia da Saúde e Saúde Comportamental na Saúde Global, levam a um valor acrescentado em relação a ambas estas áreas. Assim:

Os contributos da Psicologia da Saúde trazem para a Saúde Pública:

- 1) A inclusão na “agenda” da Saúde Pública das temáticas emergentes relacionáveis com comportamentos modificáveis, p.e., a gestão do stress, a promoção de competências pessoais, a promoção da resiliência, a activação de redes sociais de apoio;
- 2) Uma visão desenvolvimental uma vez que, ao longo do desenvolvimento humano, vão variando as características e necessidades das populações em termos de saúde/bem estar;
- 3) Um conhecimento do comportamento humano nos seus aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais abertos (actos e palavras) como determinante de escolhas a nível da saúde, introduzindo conceitos como competência, participação, resiliência;
- 4) Uma perspectiva ecológica e sistémica em que a importância para a Saúde da interacção com grupos como a família, a escola, o trabalho e o apoio social, por exemplo são evidenciadas;
- 5) O estudo dos aspectos culturais e o seu impacto na saúde das populações;
- 6) A recolha de informação e avaliação de acções através da implementação de estratégias baseadas em metodologias qualitativas, e nas teorias da comunicação interpessoal e dinâmica de grupo;
- 7) A elaboração de parcerias promotoras de saúde baseadas na comunicação de massas.

- 8) O diálogo com o poder político na defesa da relevância dos factores atrás apontados.

Por seu lado, a Saúde Pública também contribui para a Psicologia da Saúde com:

- 1) Uma maior perspectiva das “populações”;
- 2) Um maior conhecimento de factores de ordem económica e seu impacte na saúde;
- 3) Um maior conhecimento do funcionamento dos recursos comunitários, nomeadamente da organização dos serviços de saúde e sua complexidade;
- 4) Uma maior incidência em intervenções preventivas universais, i.e., dirigidas a “populações”, com especial foco na modificação dos determinantes dos comportamentos lesivos da saúde;
- 5) A adaptação e a aplicação do conhecimento psicológico na intervenção em “populações” e condições diferentes das inicialmente estudadas (ex.: catástrofes naturais, novos migrantes, conflitos armados) ou do aparecimento de novas ameaças à saúde (ex.: VIH);
- 6) A aplicação do conhecimento psicológico, ao trabalho em sistemas cada vez mais complexos e extra-laboratoriais.

O objecto de estudo da Psicologia no âmbito das disciplinas de Saúde Pública é o estudo (1) dos determinantes dos comportamento dos indivíduos e das populações, (2) das alterações do comportamento, (3) do seu desenvolvimento nos indivíduos ao longo do ciclo da vida, (4) nas várias dimensões da sua dinâmica própria (comportamentos abertos, verbais e não verbais e comportamentos cobertos – cognições, emoções, afectos), e (5) em função dos vários cenários com que vão interagindo (família, pares, escola, trabalho, comunidade). O desenvolvimento psicossocial terá de ser cada vez mais um processo de optimização de capacidades de decisão e de realização, promotor de um estilo de vida saudável, e de um estado percebido pelos indivíduos como de qualidade de vida, de competência pessoal e de participação activa na comunidade.

A PRIMEIRA REVOLUÇÃO NA SAÚDE

O desenvolvimento do modelo biomédico está

no centro da Primeira Revolução da Saúde (a chamada teoria do “germe” – a cada agente infeccioso corresponde um “germe”, que urge “controlar/neutralizar”). A celeridade e eficácia técnica do atendimento médico baseado no “diagnóstico-prescrição de medicamentos ou cirurgia” levou, paradoxalmente, a uma falta de tempo e consequente esquecimento da fenomenologia humana e sua singularidade, da “consciência de si” e do “papel de doente” que pode, só por si, prolongar a doença.

No século XIX, nos tempos que se seguiram à Revolução Industrial, os países “a sul” mantinham cenários de guerra, fome e epidemias, mas os países “a norte”, tendo-os ultrapassado, apresentavam em vez, cenários generalizados de poluição e comportamentos individuais lesivos da saúde. Nos países “a norte” as medidas de saúde pública ultrapassavam já a visão sustentada pela “teoria do germe” da Primeira Revolução em Saúde, para incluir uma abordagem preventiva, para incluir recursos pessoais e ambientais na protecção e promoção da saúde embora com novos desafios, devidos à crescente alteração dos padrões de mortalidade e morbidade cada vez mais da responsabilidade dos comportamentos das pessoas, dos grupos e das comunidades. Deslocou-se desde então o foco da atenção da saúde pública da *doença* para a *saúde*. Esta mudança alertou para a necessidade de uma evolução a nível da identificação de problemas e soluções. Estas alterações implicaram uma nova concepção de saúde pública com consequências importantes para os sistemas de saúde tradicionais, e tiveram implicações fundamentais para a definição, para o trabalho e para a formação dos técnicos de saúde (Lancet, 1991).

A SEGUNDA REVOLUÇÃO NA SAÚDE

A mudança do paradigma biomédico num paradigma de saúde pública justificou-se pela observação de que (1) as doenças infecciosas têm custos altos e curas difíceis, (2) as doenças são contraídas em contactos com o meio físico e social e (3) as doenças apenas se disseminam nestes contactos se as condições são favoráveis aos agentes infecciosos, condições estas que podem ser de âmbito individual ou ambiental.

Numa primeira fase (a chamada “fase sanitá-

ria”), a Saúde Pública procurou determinantes das infecções e delineou intervenções preventivas a nível das “populações”, para evitar a propagação do “germe”, através de manipulações do meio ambiente e do contacto interpessoal.

Com o sucesso destas medidas, e das medidas de rastreio e vacinação, emergiu um novo padrão de morbidade e mortalidade, mais ligado a factores comportamentais, e outros desafios em saúde, mais ligados à longevidade, à sobrepopulação, à destruição ecológica, à degradação do meio ambiente, ao desequilíbrio económico e seu impacte na saúde. A Saúde Pública, agora em ligação com outros técnicos (oriundos de outras áreas do conhecimento), foi chamada para estes novos desafios e novos riscos, na sua maioria relacionados com situações evitáveis.

Na década de 70, o Relatório Richmond (Richmond, 1979) e a Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) iniciaram então a chamada Segunda Revolução da Saúde. O objecto de estudo e intervenção da saúde passou a ser, não apenas ausência de doenças, mas também um estado positivo de bem estar. A grande maioria dos agentes infecciosos já estava controlada pela ciência médica, a maioria das epidemias já estava controlada a nível das populações pela acção da nova saúde pública, através de processos de vacinação, mas também através de processos de controlo da água, de higiene e do contacto interpessoal. As alterações preventivas no ambiente físico e social possibilitaram a redução dos efeitos dos agentes (“germes”).

O comportamento dos indivíduos passou a ser o principal objecto de estudo, considerado a partir de então uma das principais causas de morbidade e mortalidade humana, mas, como referiu então Lalonde (1974), é mais fácil convencer alguém que sofre a consultar o médico, do que alguém que não sofre a mudar de hábitos nocivos, a pensar num futuro longínquo, até porque os hábitos se tornaram muitas vezes automáticos, inseridos num quotidiano e de difícil alteração. Antes da idade adulta é difícil apresentar como pretexto esse “futuro saudável”, p.e., quando se fala com crianças para as quais essa lógica temporal é demasiado abstracta, ou mesmo com adolescentes, para os quais a importância do futuro (longínquo) não é relevante, face à premência e à angústia do presente “aqui e agora”.

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) define como

prioridades para a saúde (1) uma política de saúde pública, (2) o desenvolvimento de competências sociais e pessoais, (3) uma acção comunitária, (4) um ambiente protegido e protector, (5) uma reorganização dos serviços de saúde de modo a torná-los mais eficazes na resposta a estes novos desafios.

A questão actual em termos de saúde é de que modo pode haver cidadãos que não fumam, não consomem drogas, não abusam de bebidas alcoólicas, não trabalham demasiado ou pelo menos não trabalham sob pressão exagerada, têm bons hábitos alimentares, são activos fisicamente, gerem o seu stress familiar e laboral/escolar, dormem bem, verificam a sua saúde e para além disto optam por este estilo de vida saudável, não apenas porque acreditam que assim terão mais saúde mas, e em especial, porque se sentem assim mais felizes consigo próprios, com os outros e com o ambiente. Enfim, como chegar a uma sociedade em que “o prazer na vida” se baseie no bem-estar e na qualidade de vida em vez de se basear na procura de comportamentos, substâncias ou situações lesivas da saúde.

De acordo com as conclusões do WDCPHP (Working Group Concepts and Priorities in Health Promotion, 1987, cit. in Ribeiro, 1998) a promoção da saúde: (1) abrange as populações no seu dia-a-dia e não só pessoas em risco, (2) visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade sobre a sua saúde, (3) visa os determinantes dos comportamentos e situações de risco e de protecção, (4) combina métodos multidisciplinares aos vários níveis de intervenção, (5) visa a participação pública no desenvolvimento de competências individuais e colectivas.

Curiosamente estas conclusões não apresentam uma evolução radical quando comparadas com a argumentação de Sigerist (1946, cit. in Ribeiro 1998), que, em meados do século passado defendia que a saúde se promove proporcionando às pessoas um padrão de vida “decente”, com boas condições de trabalho e recreio, possíveis de alcançar através de sinergias entre políticos, grupos económicos, técnicos de educação e de saúde.

Apesar de se caminhar desde então para esta filosofia, o modo com esta situação tarda a instalar-se na sociedade actual deve-se pelo menos parcialmente à persistência de uma perspectiva tradicional para a saúde, mantendo-se em alguns

sectores uma hegemonia do “poder exclusivo médico”, para além do poder dos grandes grupos económicos ligados, p.e., à indústria farmacêutica. Outra perspectiva inovadora nos processos, mas tradicional nos procedimentos, é a perspectiva tecnológica, que tem a seu favor grandes grupos económicos ligados, p.e., à modernização e sofisticação do equipamento hospitalar. Estas perspectivas podem tornar-se limitadoras de uma visão ecológica da saúde se se constituírem como prioridades únicas em termos orçamentais implicando um corte de verbas a outros níveis (Carta de Ottawa, OMS, 1986).

A Segunda Revolução da Saúde, durante os anos 70, fundamentou o trabalho interdisciplinar nas áreas da saúde e áreas limítrofes, nomeadamente a nível da Psicologia da Saúde. Do ponto de vista da Saúde Pública, o recurso à Psicologia da Saúde implicou este reconhecimento do potencial de morbilidade e mortalidade dos comportamentos (Lorion, 1991). Do ponto de vista da Psicologia tradicional, durante tantos anos limitada à Saúde Mental, implicou um reconhecimento da interacção entre factores bio-psico-sociais e ambientais, um reconhecimento da necessidade de intervenções preventivas e promocionais e um reconhecimento da relevância do trabalho com pessoas saudáveis e do trabalho com “populações” ao nível da comunidade.

Após a Segunda Revolução da Saúde, a emergência ecológica apontou o foco principal para a relação entre os organismos e o meio físico e socio-cultural, utilizando princípios da teoria dos sistemas. Assim, a saúde passou a ser equacionada como uma dinâmica complexa aos vários níveis: físico, psicológico, social, ambiental (Stokols, 1992).

Pensa-se hoje que a Saúde não tem a ver apenas com a restauração de processos homeostáticos (de manutenção de processos de equilíbrio), como pretendiam os filósofos/médicos/mestres gregos, mas também com a dinâmica de equilíbrios e desequilíbrios sucessivos (heterostasia) onde se pretende que o equilíbrio seja sempre restaurado, mas sempre a um nível mais complexo (Nichols & Gobble, 1990). A importância da intervenção em Saúde passa assim a ter mais a ver com a capacitação das populações para, no confronto com os riscos, conseguir um rápido restabelecimento de um novo equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo, com um mínimo de da-

nos causado pela exposição aos factores de risco. Esta perspectiva torna-se fundamental quando se fala de saúde comportamental uma vez que, sendo quase impossível evitar o confronto das pessoas com os riscos, se torna de importância fundamental esta perspectiva da promoção das competências pessoais e sociais para um restabelecimento rápido de novos equilíbrios, cada vez mais complexos.

Lalonde (1974), no seu relatório sobre a saúde dos canadianos, fala da poluição ambiente, da vida cidadina com stresse familiar e laboral e com anonimato social, com hábitos de sedentarismo, com anedonia, com abuso de álcool, tabaco e drogas e mudança nos padrões alimentares (“prazeres dos sentidos para além das necessidades do corpo”).

Alerta ainda para a necessidade de uma revisão da distribuição de prioridades e fundos a nível da reorganização dos serviços de saúde. Preconiza uma deslocação da intervenção e dos custos dos “cuidados de saúde” para o que chamou o “campo da saúde” que engloba os primeiros mas é mais lato incluindo toda a comunidade além hospital. Defende que os técnicos de saúde não podem continuar a perder tempo e custos a tratar doenças causadas por condições adversas, que resultam justamente da evolução económica, e que têm acarretado custos a nível do ambiente e do risco comportamental.

Todas estas asserções foram defendidas no Relatório Richmond (1979) e ratificadas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978).

Em meados do século XX, a nova “epidemiologia comportamental” reconhece que a maior taxa de doença e mortalidade prematura tem a ver com hábitos tabágicos, consumo de álcool e drogas, e riscos de acidentes, nomeadamente motorizados (Richmond, 1979) e aponta que 50% das mortes prematuras têm a ver com doenças do aparelho circulatório e 20% com cancro, que associa potencialmente a estes comportamentos. Este facto leva Richmond (1979) a acusar a população de “forçar” a morte ao manter factores evitáveis tais como hábitos descuidados, poluição do ambiente e más condições sociais com pobreza, fome e ignorância.

Richmond (1979) aponta as 10 principais causas de morte prematura nos EUA, (1) 50% devidas a comportamentos e estilos de vida lesivos da saúde; (2) 20% a factores ambientais, (3) 20%

a factores relacionados com a biologia humana e (4) 10% a cuidados de saúde inadequados. Para Richmond, que retoma aqui a visão de Lalonde (1974) estes dados têm que ter repercussões fundamentais na distribuição do orçamentos para a saúde.

Lalonde (1974) falava já então da necessidade de novas políticas nacionais de saúde, com verbas distribuídas em quatro áreas: (1) estilo de vida, (2) meio ambiente, (3) biologia humana e (4) organização de cuidados de saúde; distribuição esta que coincide com as principais causas de morte apresentadas por Richmond (1979).

Ramos (1988), argumenta, que os novos desafios da saúde no século XX estão no envelhecimento da população, nas novas dinâmicas familiares, nas novas migrações, numa maior e mais cara intervenção a nível da “doença”, numa política de aproximação dos serviços à comunidade (com uma aceitação cada vez maior de políticas de desinstitucionalização), um maior poder do consumidor (mais exigente, crítico e participativo) e uma maior preocupação dos políticos pela opinião pública, que ganha mais força após a revolução da informação.

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) tece considerações no sentido da protecção do ambiente e da sua repercussão na saúde das populações. No entanto, a percepção da deterioração do ambiente não é partilhada por outros cientistas (Lomborg, 2001, cit. in Buesco, 2003) que após consulta de várias fontes oficiais conclui e defende, suscitando alguma polémica, que o planeta não está em perigo e que os problemas mais urgentes são a fome (pela sua distribuição desigual pelo planeta) e a pobreza. Neste contexto os decisores da política mundial têm que reflectir sobre as prioridades globais de intervenção.

A promoção da saúde envolve um vasto conjunto de factores que incluem adaptações ambientais e comportamentais conseguidas através de estratégias educacionais, motivacionais, organizacionais, económicas, reguladoras e tecnológicas, mantendo como foco a acção sobre as pessoas, os grupos e a população (Egger et al., 1999). As intervenções no âmbito promoção da saúde têm vindo a sofrer alterações desde os anos 80, associadas a mudanças sociais mais vastas, nomeadamente no que diz respeito: (1) à redefinição do papel da mulher (no trabalho e no casal), (2) à mudança do conceito de família (famílias

com um só progenitor ou pelo contrário muito numerosas), (3) às grandes migrações populacionais, (4) aos conflitos armados, (5) à inequidade económica e no acesso à saúde e à educação, (6) à alteração do padrão de vida das populações nas sociedades do mundo global (com grandes superfícies anónimas em vez da loja de bairro), (7) ao acesso ao crédito, (8) à ausência de padrões de interacção familiar (p.e., sem refeições “em família”) e ainda (9) ao aumento da consciência ambiental e da própria saúde.

Como comenta Ribeiro (1998) novos desafios multifacetados se colocam para a saúde/bem estar, incluindo entre outros: (1) aspectos de pressão social relacionados com o estilo de vida (somos pressionados a “ter”, a “parecer”, a esconder sentimentos; o pós-modernismo é sem dúvida um tempo de excesso, de abundância e de desperdício, em simultâneo com a privação noutras zonas do planeta), (2) as condições de vida (pobreza, ignorância, desigualdade de acesso aos serviços de educação, saúde e justiça, habitação, trabalho, stresse laboral, familiar e ambiental, migração, isolamento, exclusão social, qualidade do ar, oferta a nível de lazer, agentes infecciosos), (3) os estilos de vida relacionados com a saúde (alimentação ou bebida em excesso, consumo de drogas, alimentação pouco cuidada, excessiva ou fome, sedentarismo, lazer, stresse no dia-a-dia, violência doméstica, social, sobre menores ou nacional/internacional), (4) as redes sociais de apoio socio-cultural (família, vizinhos, amigos, grupos na escola ou emprego, capital social, igreja, clubes, serviços de saúde, estado de saúde, vacinação, competências pessoais e sociais). Voltamos aqui, mas a um outro nível de complexidade e de competência, ao conceito de saúde holística dos filósofos/médicos/mestres gregos, conceito este em que a saúde das pessoas, ainda que de modo algo incipiente, se procurava sempre no equilíbrio das várias “vidas” do homem e no equilíbrio deste com a natureza.

Apesar de se caminhar no sentido de um modelo ecológico da saúde, ainda existe um longo caminho a percorrer até ao reconhecimento que: (1) a promoção e protecção da saúde e a prevenção e tratamento da doença são partes diversas da mesma realidade, (2) a educação e o bem estar económico são os principais factores de risco para a saúde, (3) o meio ambiente, rural ou urbano, tem fortes ressonâncias na saúde, (4) os

indivíduos, a comunidade e os governos têm responsabilidades na saúde das populações.

A OMS (WHO, 2001) defende: (1) programas preventivos e promocionais, que promovam as capacidades das pessoas, actuando de preferência antes que os sintomas se instalem, (2) uma acção que inclua estratégias para diminuição do estigma, da discriminação, da exclusão social e da desigualdade de oportunidades, (3) preconiza a partilha de “boas práticas”, após avaliação, de modo a criar programas baseados nas experiências avaliadas. Ainda neste relatório (“Nova compreensão, nova esperança”), sugerem-se (1) intervenções com jovens, com especial atenção para a questão das necessidades e tarefas ligadas ao desenvolvimento e sua repercussão na saúde, (2) intervenções que envolvam os contextos sociais, (3) intervenções que ajam precocemente e (4) intervenções que promovam a participação e a competência das populações-alvo. Na sequência deste relatório são estabelecidas metas diferenciando três grupos de países em função da sua situação económica, prevendo mais tempo para os países com maiores dificuldades.

Uma “nova compreensão”, um “novo entendimento” de que a saúde mental, física e social são condições vitais e profundamente interdependentes e de que, à medida que cresça a nossa compreensão sobre esta interdependência, mais óbvio se tornará que a saúde mental é crucial para o bem estar de todos os indivíduos, sociedades e países (WHO, 2001).

Refere-se ainda este documento a intervenções preferencialmente na comunidade (“envolvimento o menos restritivo possível e tratamento o menos restritivo e menos intrusivo possível”), embora chame a atenção para o facto de que a desinstitucionalização e a intervenção na comunidade necessitam de condições para ser implementadas. Preconiza dez recomendações: (1) disponibilização de tratamento no âmbito dos cuidados de saúde primários, (2) disponibilização de medicação adequada, (3) prestação de cuidados na comunidade, (4) educação da opinião pública, (5) envolvimento da comunidade, da família, dos consumidores, (6) estabelecimento de políticas nacionais, programas, legislação, (7) desenvolvimento de recursos humanos, (8) estabelecimento de laços inter-sectoriais, (9) monitorização da saúde mental da comunidade, (10) apoio à investigação.

«Uma velha história conta que Moreno falando um dia com Freud, lhe disse: tu vês os doentes no consultório, eu vejo as pessoas no seu dia-a-dia; tu analisas os sonhos dos teus doentes, eu ajudo as pessoas a tornar os seus sonhos realidade.» (autor desconhecido)

A TERCEIRA REVOLUÇÃO EM SAÚDE

Alguns referem-se agora a uma Terceira Revolução da Saúde que tem a ver com a racionalização dos custos, com uma avaliação dos desperdícios e uma avaliação dos resultados de modo a se providenciar a acção mínima eficaz, intervenções sustentáveis e criação de recursos (“Low cost, high impact”).

Embora a racionalização dos custos seja inevitável, espera-se que se traduza em medidas de capacitação e co-responsabilização do cidadão de modo a que lhe seja proporcionado o melhor serviço com vista à promoção e protecção da sua saúde, no entanto alguns vêm nesta medida apenas um meio de restrição de custos, responsabilizando e culpabilizando o cidadão pela sua doença. A participação do cidadão preconizada na Carta de Ottawa (OMS, 1986) implica necessariamente uma resposta organizada do sistema e a vontade política de aumento da participação do cidadão na protecção e promoção da sua saúde. Implica a mediação desta participação como uma real acessibilidade, implica não uma redução de custos mas uma transferência de recursos. Capacitar o cidadão implica meios e oportunidades, implica transferência de recursos (conhecimentos, técnicas, poder e dinheiro) para a comunidade. Restringindo a análise à questão económica, mesmo já sem falar de questões éticas e humanas ligadas à igualdade de oportunidades, a saúde tem vantagens económicas directas (menos gastos com a doença) e indirectas (menos absentismo e maior produtividade).

Durenberger e Foote (1993), como já anteriormente Richmond (1979) e Lalonde (1974) defendem de uma redistribuição dos custos, distinguindo uma medicina de “cuidados urgentes” e de “cuidados de saúde a longo prazo” (necessitando sobretudo de cuidados de hotelaria e autonomia e apoio social) como é o caso das doenças crónicas, deficiências e processos de envelhecimento e longevidade. A grande maioria de recur-

tos em matéria de saúde, tanto a nível económico como científico continua a reverter para os cuidados médicos, apesar de ser agora amplamente reconhecido que o que determina a vida e a saúde das pessoas são factores fora do âmbito da medicina e mais bem resolvidos com medidas de saúde pública, de promoção e protecção da saúde, prevenção da doença, ambientes despoluídos, segurança no trabalho, segurança física em ambientes familiares, sociais e ambientais, hábitos alimentares e redução dos consumos.

Em Portugal (DGS, 2002) o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) declara a educação e a promoção da saúde como um investimento em saúde (e não um custo) e o quadro comunitário de apoio, no período de 2000 a 2006 (Saúde XXI), inclui um vasto número de iniciativas de promoção da saúde, desde as mais clássicas de prevenção de doenças transmissíveis (tuberculose, SIDA, p.e.) e da protecção materno-infantil (vacinações, planeamento familiar e protecção contra a violência), até outras mais recentes como a segurança alimentar, a prevenção de doenças do coração e dos cancros, a prevenção do sedentarismo, a promoção de uma sexualidade saudável, a prevenção do tabagismo, do alcoolismo, da toxicod dependência e a promoção da saúde na escola e no local de trabalho. As metas quantificadas para estas medidas foram também divulgadas no documento “Saúde: um compromisso (1998-2000)” (DGS, 1999).

A nível da Europa, como defende Campos (1995), a instabilidade económica e social tem vindo a agravar as desigualdades em termos de saúde. Algumas causas de doença crónica e morte (doenças cardio-vasculares, insuficiência renal crónica e perturbações mentais) não têm regredido. Para além disso, defende, os programas de saúde pública destinados à modificação de comportamentos tendem por sua vez a ser mais bem assimilados pelos mais instruídos e favorecidos, e este facto ainda mais agrava o fosso e as desigualdades em saúde.

Esta perspectiva sublinha a importância da definição de metas, avaliação de resultados e redefinição de novas metas em função da avaliação, como exemplo deste processo McGinnis (1991) apresenta as metas para a Saúde 2000, na sequência da avaliação e reformulação das metas para a Saúde 1990. Estas metas situam-se nas

áreas de: (1) actividade física, (2) nutrição, (3) consumo do tabaco, álcool e drogas, (4) planeamento familiar, (5) saúde mental, (6) violência, (7) abuso físico e sexual, (8) programas comunitários, (9) lesões, (10) segurança ocupacional, (11) saúde ambiental, (12) segurança alimentar e drogas/medicamentos, (13) saúde oral, (14) saúde materno-infantil, (15) doenças da circulação, (16) cancro, (17) diabetes e outras doenças crónicas, (18) VIH/SIDA, (19) DSTs, (20) vacinação e (21) doenças infecciosas.

A SAÚDE NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO (PED)

O relatório da Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) debruça-se sobre os países em desenvolvimento (PED) e reflecte sobre a necessidade de uma visão abrangente dos técnicos admitidos nas equipas de intervenção em saúde, considerando imprescindível a participação dos indivíduos que nessas culturas realizam intervenções na área da saúde, (1) tanto como forma de capacitação da população, de obtenção da sua confiança e optimização da sua participação, (2) como enquanto forma de compreensão e contextualização de problemáticas e sintomas e ainda (3) enquanto forma de visar a saúde/bem estar integral das pessoas, que passará sem dúvida pela proximidade daquelas em que culturalmente se confia, e finalmente (4) pela recuperação de um ambiente de apoio social. Nas recomendações deste relatório defende-se (WHO, 1978) que os serviços de saúde, nomeadamente os que estão ligados a intervenções transculturais, não podem obstinar-se num desenvolvimento impessoal e pretender depois ir ao encontro da intimidade das populações em questões como a vida, a morte, o amor, a felicidade, a doença.

Esta estrada onde moro entre duas voltas do caminho interessa mais do que uma avenida urbana.

Nas cidades todas as pessoas se parecem.

Todo o mundo é igual.

Todo o mundo é toda a gente.

Aqui não: sente-se bem que cada um traz a sua alma.

Cada criatura é única.

(Manuel Bandeira, *A estrada*, 1921, in *Rondó das mulheres do sabonete Araxá*, Colares ed., 1995)

Constata-se que muitos aspectos da vida do quotidiano, das relações entre as pessoas e das pessoas com o ambiente são relevantes para a sua saúde. A generalização abusiva de estratégias de organização de cuidados de saúde a contextos, culturas e religiões diferentes de onde primeiro se implementaram, é efectivamente prática de graves custos com contornos de “condescendência e etnocentrismo” entreculturas.

O progresso económico, a nível dos países, não se identifica totalmente com uma melhor situação em matéria de saúde. Os progressos nos cuidados de saúde são prejudicados por alguns factores nefastos ligados ao progresso económico. Esta “transição em saúde” tem implicações sérias em termos de cuidados e serviços de saúde que começámos por referir.

Nos países em desenvolvimento (PED), constata-se que a falta de água potável, a falta de condições sanitárias, as deficiências de vacinação e da saúde materno-infantil são ainda condições salientes, mas acumulam desde há anos com as questões prementes a nível da saúde nos países mais desenvolvidos: consumos, excessos, deficiente alimentação, doenças sexualmente transmissíveis entre as quais o VIH/SIDA, a obesidade e os diabetes, a violência e os acidentes, as carências a nível de saúde mental com alienação/desraizamento/isolamento/exclusão social.

Nos países com graves indicadores de pobreza, higiene e salubridade, deficientes cuidados de saúde e educação, o equilíbrio homem-agentes patológicos tem ainda situações de ruptura, provocando epidemias. Nestas situações são cada vez mais medidas de saúde pública as responsáveis pelo restabelecimento de ambientes saudáveis.

Numa perspectiva mundial, o custo da globalização leva a que aqueles países tenham um contacto precoce com o melhor e o pior dos países industrializados. Saliente-se em particular, para falar apenas de riscos para a saúde, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, alimentação sem qualidade e rica em gorduras, consumo de drogas, forte apelo ao consumo e ao “consumismo” com um potencial efeito secundário em termos de criminalidade para os mais desfavorecidos, o sedentarismo, os acidentes (nomeadamente sob o efeito de álcool e drogas), os comportamentos sexuais de risco (nomeadamente sob o consumo de álcool e drogas).

Considerando a promoção e protecção da saúde, quer a nível das pessoas quer a nível das populações, ter-se-á em consideração a pirâmide de motivações (Maslow, 1968), especialmente quando se trabalha com populações em grande privação económica ou de segurança. Como refere Maslow (1968) é difícil pensar na sua saúde e no mundo de amanhã, quando está em causa a sobrevivência hoje. É difícil pensar em realização pessoal quando se tem fome, febre, dores ou medo.

PSICOLOGIA DA SAÚDE, SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE INTERNACIONAL

Com a evolução dos sistemas da saúde, o desenvolvimento farmacológico e das ciências do comportamento e o abandono dos modelos institucionais (hospitais, prisões, asilos), os psicólogos, que habitualmente lidavam com a doença mental, foram chamados a intervir com pessoas sem doença mental, no apoio à adaptação à doença e na adaptação às sequelas da doença (Ribeiro, 1999). Em seguida, a sua acção foi-se estendendo à promoção e protecção da saúde das pessoas, e mais tarde à promoção e protecção da saúde das populações nas suas comunidades habituais ou nas comunidades de acolhimento (caso dos migrantes). Esta nova visão implica uma nova dinâmica tanto para a Psicologia como para a Saúde Pública, introduzindo do ponto de vista dos prestadores de cuidados de saúde uma dimensão de trabalho em equipa multidisciplinar com inclusão para além de psicólogos e especialistas em saúde pública, de outros técnicos de áreas como o direito, a economia da saúde, a sociologia, as ciências políticas e a antropologia. Nos dias de hoje, paradigmas emergentes apontam para conceitos como “empowerment/capacitação”, “activação de recursos comunitários”, “intervenções preventivas”, “intervenções promocionais”, “qualidade de vida”, “participação”, “acessibilidade”, “igualdade de oportunidades”, “parcerias”, entre outros. Tal implica um novo processo de trabalho, com repercussões claras a nível da própria formação dos técnicos de saúde, com novos conceitos chave (1) trabalho em equipa interdisciplinar, (2) linguagem comum, (3) articulação de projectos, (4) gestão de poder e recursos, (5) gestão de relações interpessoais e di-

nâmica de grupos, (6) promoção e protecção da saúde, (7) dinâmicas comunitárias. Assiste-se também, em consequência, a uma mudança do papel do profissional de saúde que passa a aparecer mais como um “catalizador do desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos”, assumindo-se mais como um “membro da equipa utente/profissional” do que como um “tratador” munido de “técnicas e saberes absolutos”.

A teoria da acção social (Ewart, 1991) dá um enquadramento teórico à aplicação da Psicologia à Saúde Pública. A teoria da acção social define que há estados da acção (o que fazemos), que muitas vezes realizamos sem mesmo nos apercebermos, dentro das nossas rotinas e em certos contextos (fumar, praticar actividade física, ingerir bebidas e/ou comer). Ewart (1991) defende que é preciso estudar os mecanismos de mudança, que perspectivem as mudanças individuais enquadradas em mudanças favoráveis no sistema ambiental, isto é introduzir bons hábitos nas rotinas das pessoas e promover a auto-protecção a partir da vida de todos os dias (alteração de leis, mudança de ambientes, modificação de populações). Este processo, continua Ewart (1991) implica interdependência social e auto-regulação.

Coie et al. (1993) defendem que a intervenção da Psicologia na área da Saúde deve centrar-se nos determinantes, nos mediatizadores e nas consequências dos comportamentos dos indivíduos, com ênfase na transacção entre a pessoa e o ambiente, tendo em consideração a idade de desenvolvimento da população, i.e., adicionando à perspectiva ecológica uma orientação desenvolvimental. Referem ainda estes autores que os factores de risco têm um efeito cumulativo, dão origem a vários problemas e são neutralizados por factores de protecção. Defendem portanto (1) uma intervenção preferencial sobre os factores de protecção (resiliência, vantagem social, competências pessoais), (2) uma actuação sobre factores indicativos precoces, e (3) a conjugação de intervenções universais com intervenções mais selectivas.

Coie et al. (1993) defendem ainda uma ligação próxima da intervenção à investigação como modo de avaliação de acções. Identificam factores de risco para a saúde (1) de ordem familiar (baixo estatuto económico, conflito familiar, doença mental, desorganização, comunicação difícil, dimensão da família); (2) de ordem emocio-

nal (abuso, apatia, imaturidade, stresse, baixa autoestima, descontrolo); (3) ligados à escola/emprego (fracasso, desmotivação, desinteresse, isolamento, provocação (bullying), sobre ou sub-expectativas); (4) problemas interpessoais (rejeição de pares, alienação, isolamento); (5) “handicaps” pessoais (originados por deficiência sensorial, física ou mental); (6) factores ecológicos (vizinhança, desemprego, pobreza extrema); injustiça racial ou outra forma de discriminação); (7) atraso de desenvolvimento (competências sociais fracas, fraca atenção, défice de leitura, competências laborais reduzidas ou hábitos de trabalho não estabelecidos, fraco potencial cognitivo).

Em síntese, a sinergia entre a Psicologia da Saúde e a Saúde Pública na área da promoção e protecção da saúde dos indivíduos e das populações desenvolveu-se a partir de vários factores: (1) da insuficiência do modelo biomédico, depois da Medicina e da Saúde Pública terem conseguido neutralizar os principais agentes infecciosos, virais, tóxicos e bacteriológicos, (2) da preocupação com a prevenção das doenças e a qualidade de vida, (3) da mudança da preocupação das doenças infecciosas para as doenças crónicas, com os progressos da Medicina e consequente aumento da esperança média de vida, (4) da aceitação do papel que têm para a saúde o estilo de vida e os comportamentos de protecção e risco, (5) da evolução da investigação nas ciências do comportamento, (6) dos aumentos dos custos em saúde e procura de alternativas aos cuidados de saúde tradicionais.

Numa tentativa de integração e síntese das ideias expressas, propõe-se uma rápida retrospectiva histórica pelo conhecimento, investigação e intervenção na área da promoção de comportamentos ligados à saúde, na comunidade:

- A passagem de um modelo mais “clínico” a um modelo promocional. Actualmente o foco é posto na promoção de competências pessoais e sociais. Esta abordagem implica que o indivíduo é apoiado nos seus esforços de autonomia e participação, de tomada de decisões, de concretização e persistência;
- A passagem de uma intervenção mais centrada nos indivíduos e nas suas patologias (consumos, sedentarismo, alimentação deficiente, sintomas físicos e psicológicos), para uma intervenção centrada na relação

do indivíduo com os cenários e actores relevantes do seu quotidiano, e na competência dos indivíduos para se tornar agentes activos dessa interacção e capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário;

- A relativização da importância atribuída à prevenção (muitas vezes não é possível afastar os indivíduos do contacto com factores de risco) e o equilíbrio entre estratégias preventivas e estratégias de promoção de competências pessoais e sociais que permitam aos indivíduos, em certos casos, o convívio com factores de risco sem que se deixem prejudicar a nível individual. Tal implica a identificação de factores ligados à protecção, a nível pessoal, social e comunitário;
- A evolução do conhecimento que leva à necessidade de maior precisão, complexidade e profundidade na compreensão dos processos e mecanismos através dos quais actuam factores, contextos e actores implicando um aumento da complexidade, precisão e profundidade nos estudos empíricos;
- O modo como se passou a considerar a prevenção do risco e promoção da protecção como holística e integradora dos vários aspectos da vida dos indivíduos. Assim, num paralelo com outras áreas de conhecimento e intervenção, cada vez se fala menos de programas de intervenção para a prevenção do tabagismo, do alcoolismo, do consumo de drogas, da depressão, do suicídio, das perturbações alimentares, da delinquência, do sedentarismo, etc. O que verdadeiramente se pretende é identificar e promover alternativas e permitir e facilitar a promoção de competências de vida;
- A utilização de metodologias qualitativas (Matos & Gaspar, 2003; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003), tais como métodos de observação, entrevistas individuais e colectivas e grupos focais (“focus group”), para uma maior compreensão, contextualização e aprofundamento dos resultados de dados qualitativos. Este procedimento aumenta assim a participação das populações-alvo na definição de problemáticas relacionadas com as suas vidas;
- A consequente importância de uma visão

multi e interdisciplinar onde disciplinas como a medicina, psicologia, economia, antropologia, sociologia, direito, ciências políticas entre outras, interajam na compreensão da saúde das populações.

PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O conceito de promoção da saúde inclui a ideia de que a saúde pode desenvolver-se ao longo do ciclo da vida e que esta evolução é qualitativa. Inclui ainda a ideia de que a saúde é um processo (e não um estado) que tem a ver com a interacção do organismo com o seu ambiente físico e social. Neste registo, o homem passa a ser visto como um sistema auto-organizado e auto-construído, que inclui funções biológicas (estado dos órgãos, p.e.), de gestão (identificação de problemas, decisão, controlo), de manutenção (alimentação e bebida, p.e.) e excitatórias (atenção, emoção, motivação, p.e.) (Ford, 1990), cuja compreensão é inseparável do ambiente físico e social por onde transita.

A promoção da saúde é um processo que visa dar às pessoas informações e conhecimentos das suas capacidades pessoais (genéticas, físicas e psíquicas) que lhes permitam rentabilizar o seu capital próprio numa perspectiva de aumentar o seu controlo sobre os determinantes da sua saúde e assim melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida. A qualidade de vida é, neste contexto, a percepção por parte dos indivíduos de que (1) participam na gestão das suas vidas e da sua saúde, (2) as suas necessidades estão a ser satisfeitas e (3) não lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar felicidade e satisfação, não obstante o estado físico de saúde, ou condições sociais e económicas. A participação dos indivíduos é essencial neste processo (OMS, 1986).

Um comportamento de saúde é qualquer actividade desenvolvida por um indivíduo, qualquer que seja o seu estado de saúde real ou percebido, com o objectivo de promoção, protecção ou manutenção da saúde, quer esse comportamento seja ou não objectivamente eficiente para o fim (OMS, 1986). Comportamentos de risco são formas específicas de comportamento associadas ao aumento de susceptibilidade a uma doença específica ou à «doença-saúde» (OMS, 1986). Os comportamentos de risco são usualmente definidos

como “perigosos” com base em dados epidemiológicos e dados psico-sociais. Consideram-se comportamentos de protecção aqueles que têm um efeito minimizador de situações de risco. Estratégias de resposta para a alteração de comportamentos de risco incluem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, e a criação de mais envolvimento facilitadores da saúde (Matos, 1998; Matos, 2000; Matos et al., 2000; Matos, 2002; Matos et al., 2003; Matos, 2004) no sentido da promoção de comportamentos de protecção.

É possível argumentar que quase todos os comportamentos ou actividades de um indivíduo têm impacto no seu estado de saúde. Como comportamentos prejudiciais para a saúde temos como já vimos (Russell, 1986), p.e., tabagismo, uma alimentação rica em gorduras, ingestão de grandes quantidades de álcool, consumo de substâncias psicopáticas ilegais, ou fora de um contexto de vigilância médica. Como comportamentos de protecção da saúde temos, p.e., lavagem dos dentes, uso de cinto de segurança, prática de actividade física, procura de informação relacionada com a saúde, realização de exames médicos de rotina regulares, adequado número de horas de sono por noite.

O estudo dos comportamentos dos indivíduos ligados à saúde e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento com qualidade de políticas de educação para a saúde, para a promoção da saúde e para programas e intervenções nos indivíduos e nas comunidades. A promoção da saúde representa um amplo processo social e político, que inclui não só acções dirigidas ao fortalecimento das competências pessoais e sociais dos indivíduos, mas também acções dirigidas à alteração das condições sociais, ambientais e económicas, mas também dirigidas a minorar o seu impacto na saúde pública e individual. A promoção da saúde tem a ver com a tomada de medidas no dia-a-dia, quer a nível individual quer a nível colectivo. Estas medidas para além de participadas e concretizáveis, têm ainda e cada vez mais, de tornar a adopção estilos de vida saudáveis numa opção fácil e prestigiosa do ponto de vista do reconhecimento social, bem como uma fonte de prazer e de felicidade pessoal (Csikszentmihalyi, 1990a, 1990b). Este facto é sobretudo importante na adolescência onde, por vezes, a adopção de estilos de vida saudáveis é vista como “cinzenta, aborrecida,

desprestigiante e desinteressante”, ao passo que os consumos de substâncias, as velocidades, a não utilização de cinto de segurança, o envolvimento em lutas, a não utilização de capacete e em geral a transgressão são vistos como excitantes e como fonte de prestígio social. É pois preciso reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultam a escolha de comportamentos protectores da saúde. É também necessário incluir o indivíduo como parte deste processo de controlo e responsabilização sobre a sua saúde e a saúde da comunidade.

Como já se referiu, o envolvimento e a participação e responsabilização dos indivíduos não pode pretender “desculpabilizar” os serviços de saúde com consequentes “cortes orçamentais” para o sector, trata-se sim de uma redistribuição de financiamentos, como também já aqui se defendeu.

Na Carta de Ottawa (OMS, 1986), uma acção de promoção da saúde significa: (1) construção de uma política de saúde pública; (2) criação de envolvimento que sustentem a saúde; (3) fortalecimento da acção da comunidade para a saúde; (4) desenvolvimento de competências pessoais; (5) re-orientação dos serviços de saúde. Os estilos de vida estão ligados aos valores, às motivações, às oportunidades e a questões específicas ligadas a aspectos culturais, sociais e económicos (OMS, 1986). Não há um mas sim vários tipos de estilos de vida “saudáveis”, e a variedade estabelece-se em função do grupo onde o indivíduo está inserido e das suas próprias características individuais.

Argyle (1997) defende que a felicidade, o humor e a saúde se inter-influenciam. Apresenta um conjunto de factores de ordem pessoal e social que influenciam a saúde, quer directamente quer pela influência sobre a felicidade e o humor. Estes factores incluem as relações interpessoais, o ambiente laboral e a motivação com o trabalho, a classe social, e a actividade física e o lazer. Aspectos como a nutrição, a actividade física, o tabagismo, o consumo de álcool, o consumo de drogas, a exclusão/isolamento social e o stress laboral ou escolar, a violência, estão na base da definição de um estilo de vida com efeitos nocivos para a saúde. De salientar no entanto (Tobal, 2004) que em relação à quase totalidade destes comportamentos um estilo de vida saudável não tem uma relação linear com a existência, intensidade ou frequência destes comportamen-

tos, registando-se em relação a alguns destes uma relação tipo “U invertido”, onde a ocorrência de valores médios dos comportamentos é considerado um melhor indicador de um estilo de vida saudável. Os exemplos mais paradigmáticos desta corrente de pensamento são a actividade física e os cuidados relacionados com a nutrição, mas outros poderiam ser considerados como o consumo de álcool e as relações interpessoais (entre o isolamento e a dependência). Como se vem argumentando, as acções educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, para que sejam os próprios indivíduos quem toma decisões e se responsabiliza pela sua saúde; para que estes se sintam competentes para adoptar estilos de vida saudáveis e ainda para que o seu envolvimento físico e social seja favorável à escolha e manutenção de estilos de vida saudáveis, permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura.

É cada vez mais sublinhada a importância da participação e da acessibilidade, por parte dos indivíduos, na adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis.

A educação para a saúde é um processo de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos que conisa potenciar a percepção individual de competência, felicidade pessoal e valor próprio, quando a escolha é adoptar e manter estilos de vida saudáveis. A educação para a saúde não se pode limitar a adoptar uma abordagem específica da doença, nem privilegiar apenas a sua informação ou as suas características instrumentais. Implica uma resposta organizada do sistema no sentido de permitir que esta educação para a saúde tenha repercussão na vida dos jovens, no seu quotidiano, nomeadamente tornando acessíveis cenários e contextos promotores de saúde. Numa perspectiva de educação para a saúde, considerando vários comportamentos associados à saúde (cuidados de saúde primários, alimentação, prevenção de consumos, prevenção de comportamentos sexuais de risco, prevenção do sedentarismo, promoção da competência pessoal, promoção de relações interpessoais gratificantes), a eficácia na modificação de comportamentos no sentido da adopção de um estilo de vida saudável passa por (1) compreensão da história “natural” dos comportamentos visados; (2) identificação de determinantes pessoais, sociais, situacionais, ambientais e políticas

modificáveis; (3) desenvolvimento de estratégias para a modificação destes comportamentos, quer através de mudanças no indivíduo (cognitivas, emocionais, motivacionais, comportamentais), quer através de mudanças no envolvimento físico e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health?. *Psychology and Health*, 12, 769-781.
- Buesco, J. (2003). *Da falsificação de euros aos pequenos Mundos*. Lisboa: Gradiva.
- Campos, A. C. (1995). Normativismo e Incentivos: Contributo da economia para a Administração da saúde. In S. Piola, & S. Vianna (Eds.), *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a gestão da saúde* (pp. 69-98). Brasília: IPEA.
- Coie, J., Watt, N., West, S., Hawkin, D., Asernow, D., Makmer, H., Remey, S., Shure, M., & Long, B. (1993). The Science of prevention. *American Psychologist*, 10, 1013-1022.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper & Row Publishers.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Finding Flow: the Psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Books.
- DGS (1999). *Saúde um compromisso: as estratégias da saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: DGS, Ministério da Saúde.
- DGS (2002). *Relatório de Primavera do OPSS*. Lisboa: DGS, Ministério da Saúde.
- Durenberger, D., & Foote, S. (1993). Beyond Incrementalism. *American Psychologist*, 48 (3), 277-282.
- Egger, G., Spark, R., Lawson, J., & Donovan, R. (1999). *Health promotion strategies and methods*. Sydney: McGraw-Hill.
- Ewart, C. (1991). Social Action theory for public health Psychology. *American Psychologist*, 46 (9), 931-944.
- Ford, D. (1990). Positive health and living systems framework. *American Psychologist*, 45 (8), 980-981.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
- Lancet (1991). What's new in public health?, Lancet editorial, 337 (8), 1381-1383.
- Lorion, R. (1991). Prevention and Public health. *American Psychologist*, 46 (5), 516-519.
- Maslow (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- Maslow (1968). *Towards a Psychology of Being* (2nd ed.). New York: UN.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH.

- Matos, M. (2000). La promotion de compétences chez des mineurs délinquants. *International Conference on Probation*, CEJ, Lisboa.
- Matos, M. (2002). Prevenir o mal-estar pessoal e o desajustamento pessoal. *Cidade Solidária*, 8 (5), 38-45.
- Matos, M. (2004). Social adventure in the community. In *Reducing inequities in health*, European meeting, Copenhaga.
- Matos, M. et al. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois)*. Lisboa: FCT/CNLCSDA/FMH/IHMT.
- Matos, M., Gaspar, T., Vitoria, P., & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e raparigas*. Lisboa: FMH, CPT, Ministério da Saúde.
- Matos, M., & Gaspar, T. (2002). Gender and smoking in young people in Portugal. In M. Lambert, A. Hublet, P. Verduyck, L. Maes, & S. Broucke (Eds.), *Gender differences in smoking in young people* (pp. 107-120). Brussels: Flemish Institute for Health Promotion, ENYPAT, ECC.
- Matos, M., Simões, C., & Carvalhosa, S. (2000). *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social*. Lisboa: FMH/IRS-MJ.
- McGinnis, J. (1991). Health objectives for the nation. *American Psychologist*, 46 (5), 520-524.
- Nichols, D., & Gobble, D. (1990). On the importance of disregulatory processes in the models of health. *American Psychologist*, 45 (8), 981-982.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- OMS (2002). *Rapport sur la santé dans le monde "Réduire les risques et promouvoir une vie saine"*. Genève: OMS.
- Ramos, V. (1988). Prever a medicina das próximas décadas: que implicações para o planeamento de educação médica. *Acta Médica Portuguesa*, 2, 171-179.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*, (doc. 017 001-0041602) USA Dept of health. Education and welfare. Washington DC: US Gov Printing Office.
- Russell, L. (1986). *Is prevention better than cure?* Washington: The Brooking Institute.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments towards a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47 (1), 6-22.
- Tobal, J. J. M. (2004). Lifestyle, psychological factors and health. In *The future of Mind and behaviour Sciences*, Torre do Tombo, Lisboa.
- WHO (1978). *Primary health care. Report of the International Conference of primary health care*. Alma-Ata: USSR; Geneve: WHO.
- WHO (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneve: WHO.

RESUMO

A Psicologia da Saúde é um campo da Psicologia cada vez mais valorizado no campo da Saúde em áreas como a relação das pessoas, no dia a dia, com a Saúde e com a Doença, a comunicação e cooperação com os restantes técnicos de Saúde e a investigação e inovação no Sistema de Saúde. Este facto tem a ver com a evolução histórica do conhecimento, da intervenção e da investigação nesta área, que ocasionou uma convergência "histórica", entre o âmbito da Psicologia da Saúde, o âmbito da Saúde Pública e ainda o âmbito da emergente Saúde Internacional, com benefícios para essas três áreas.

Uma outra consequência foi o aumento da formação específica na área da Psicologia da Saúde por parte da maior parte das Escolas Superiores de Psicologia, com inclusão de conteúdos ligados à Saúde Pública e Saúde Internacional, o mesmo acontecendo na formação nas áreas da Saúde Pública e Saúde Internacional, que em geral passam a incluir conteúdos ligados à Psicologia da Saúde. Durante este trabalho serão revistas estas mudanças históricas bem como a sua repercussão na formulação de questões relativas à promoção da saúde/bem-estar dos indivíduos e da comunidade.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Saúde Pública, Saúde Internacional.

ABSTRACT

The relevance of Health Psychology in the health field is increasing, including areas such as daily relationship of people with health and disease, communication and cooperation with other health professionals and research and innovation in the Health System.

This fact has to do with an historical evolution of knowledge and research in this area whose consequence was an "historical" convergence among Health Psychology, Public Health and the more recent International Health, and had important benefits for those three areas.

Another consequence had to do with academic training. Most of Superior Psychology Schools include now a specific training in Health Psychology, with contents in Public Health and International Health, and in the same way, most Public Health Schools and International Health Schools include now contents in Health Psychology.

This work will review these historical changes and their consequences on this new understanding about health/well-being promotion in individuals and in the community.

Key words: Health Psychology, Public Health, International Health.