

# 2.

## **Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis**

Graça Simões de Carvalho

### **Resumo**

Nos últimos anos tem havido um grande debate sobre as diversas formas de abordagem da Educação para a Saúde e da Promoção da Saúde. Estas perspectivas têm sido estruturadas em diversos "modelos" que se diferenciam entre si essencialmente pelos objectivos e pelos métodos de trabalho utilizados. É neste contexto que nos surge uma questão crucial: dever-se-á dar ênfase à persuasão para que as pessoas alterem os seus comportamentos e estilos de vida para uma vida mais saudável, ou dever-se-á dar ênfase à alteração do ambiente físico e socio-económico naturalmente conducente a uma vida mais saudável? A tradicional Educação para a Saúde tem-se preocupado essencialmente com a alteração dos estilos de vida, ou seja, tem vindo a persuadir as pessoas a alterarem os seus hábitos para se "encaixarem" no ambiente em que vivem. Este modelo de educação para a saúde tem como objectivo que as pessoas cumpram o programa/proposta que lhes é apresentado, conduzindo à "culpabilização da vítima" quando o indivíduo insiste em *não* alterar o seu comportamento, por opção e vontade própria ou não. São diversas as alternativas a este modelo tradicional que se podem sintetizar em duas perspectivas diferentes e complementares de educação e promoção da saúde: por um lado, o desenvolvimento de opção informada das pessoas para que possam optar conscientemente e por escolha própria, e por outro, a criação de ambientes infra-estruturais (físicos e sócio-económicos) favoráveis à promoção de estilos de vida saudáveis.

Nesta comunicação discutem-se diversos modelos de educação e promoção da saúde, dando especial ênfase não só à importância da opção informada e do "empowerment" dos indivíduos e das populações para assumirem atitudes conscientes e responsáveis quanto à sua saúde mas também à importância da criação de ambientes estruturais favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis.

### **1. Saúde e as dimensões de saúde**

A **saúde** pode ser vista e interpretada numa perspectiva individual, social e cultural. Se bem que individualmente possamos experienciar situações de saúde e de doença, a noção de saúde não deixa de ser construída no âmbito de influências de carácter cultural e social como o género, a idade e o contexto cultural. Não é por acaso que, em geral, o jovem define saúde em termos de vitalidade, força, elegância, enfatizando os

aspectos positivos de saúde e o estilo de vida saudável, enquanto que o idoso normalmente considera a saúde como a capacidade de resistência e de lidar com as dificuldades do dia-a-dia (Blaxter, 1990; Katz e Peberdy, 1998). Também a transmissão pelos media de imagens de saúde contribui para a criação de um conceito social de saúde, que é determinado em função do momento histórico/social, conducente à criação de expectativas e “paradigmas” sociais de saúde.

A saúde pode ainda ser considerada de uma forma simplesmente técnica ou, pelo contrário, de uma forma mais global, como seja, sob o ponto de vista filosófico. Na linguagem comum, o termo saúde é aplicado quer pela negativa quer pela positiva. Pela negativa refere-se à ausência de doença ou enfermidade, e constitui a visão tradicional dos últimos séculos do modelo médico de saúde (discutido mais abaixo). A definição pela positiva foi internacionalmente assumida em meados do século XX pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946:1), considerando que *"a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade"*. Já no último quartel do Século XX, a mesma organização internacional retoma a mesma definição de Saúde, acrescentando ainda na sua Carta de Ottawa (OMS, 1986:1)<sup>1</sup> que:

*"para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas"* (sublinhado nosso).

Esta última versão, bem mais enriquecida, do conceito de saúde, evidencia os seguintes aspectos, acima sublinhados:

- Realizar as suas aspirações: capacidade de conduzir ao desenvolvimento pessoal e social;
- Satisfazer as suas necessidades: capacidade de ir ao encontro das necessidades individuais básicas;

---

<sup>1</sup> Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, lançada aquando da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá de 17 a 21 de Novembro de 1986.

- Modificar ou adaptar-se ao meio: capacidade de adaptação às mudanças do meio ambiente;
- Recurso para a vida e não como uma finalidade de vida: um meio para atingir um fim, não um fim em si própria;
- Conceito positivo: não apenas "a mera ausência de doença ou enfermidade";
- Recursos sociais e pessoais [...] capacidades físicas: compreende um conceito holístico de saúde.

Neste conceito holístico podem identificar-se diversas **dimensões de saúde** (Naidoo e Wills, 1994; Ewles e Simnett, 1999) que, embora distintas, se encontram de uma forma geral interligadas, influenciando isolada ou interdependentemente a saúde individual:

- Saúde física: capacidade de funcionamento do corpo;
- Saúde mental: capacidade de pensar coerentemente e de julgar;
- Saúde emocional: capacidade de reconhecer os próprios estados emocionais e de reagir adequadamente;
- Saúde social: capacidade de se integrar na rede de relações sociais;
- Saúde espiritual: capacidade de reconhecer os próprios valores e credos (incluindo morais ou religiosos) e de, em conformidade, os pôr em prática;
- Saúde sexual: capacidade de reconhecer e aceitar a própria identidade sexual e de, em conformidade, a pôr em prática.

As dimensões de saúde individual podem representar-se como inscritas no interior dum círculo (Figura 1), o qual pode ser revestido sucessivamente por um círculo médio, expressando as dimensões de saúde influenciadas pelo meio físico e social próximo, e por um círculo externo, representando a influência que o meio físico, social ou político mais vasto tem na saúde individual. Deste modo, podem-se distinguir as dimensões de:

- Saúde societal: a influência do meio próximo na saúde individual, como por exemplo as condições reais de habitação, de higiene, de transportes, de discriminação social ou ainda de guerra;
- Saúde ambiental: a influência das decisões político-ambientais na saúde individual, como sejam as deliberações relativas ao meio

ambiente físico e social: legislação e regulamentação sobre a poluição ambiental, e sobre equidade ou discriminação quanto ao género, idade, etnias, ou outros grupos sociais.

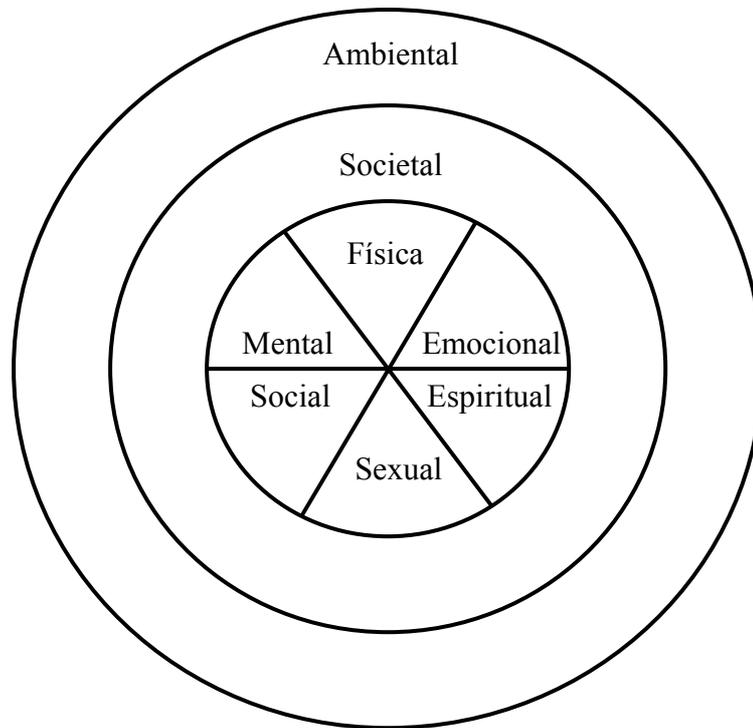


Fig.1. Dimensões de saúde<sup>2</sup>.

## 2. O modelo médico de saúde e o papel da medicina

Embora actualmente se assuma o conceito holístico de saúde, a verdade é que o mundo ocidental tem vindo a ser dominado pelo **modelo médico de saúde**. Este emergiu no século XVII na Europa Ocidental, aquando do iluminismo, com a hegemonia do racionalismo e da ciência como formas de conhecimento, impondo-se portanto à religião que anteriormente determinava o conhecimento e a compreensão do mundo e, em particular, a percepção sobre a doença e a saúde (Naidoo e Wills,1994). A época do racionalismo caracteriza-se, segundo Foucault<sup>3</sup>, por uma utilização despótica da ciência e da técnica que se vai tornando cada vez mais influente nas forças produtivas e nas decisões políticas, conduzindo por sua vez não só ao racionalismo de Estado que passa a impor complexas formas de governantação e de processos de controlo, mas também ao racionalismo do comportamento que determina as medidas normativas sociais e os desvios às mesmas. É assim que se vai estabelecendo a noção de "normal"

<sup>2</sup> Adaptado de Naidoo e Wills (1994) e Ewles e Simnett (1999).

<sup>3</sup> Referido em Revel (2002).

(*versus* "anormal") e se atribui ainda o valor moral de que "normal corresponde a bem" (*versus* "anormal corresponde a mal").

O modelo médico de saúde veio crescendo gradualmente, chegando a dominar quase por absoluto a saúde individual e das populações. Este modelo veio sistematicamente a alicerçar-se na ciência e na técnica, que foram evoluindo à medida que se desenvolvia o conhecimento do mundo biológico por meio da observação, classificação e cálculo bem como pela construção de instrumentos de apoio técnico cada vez mais elaborados e sofisticados. Neste contexto, em que se assumia que só o que provinha da aplicação correcta do método científico é que era válido, o corpo humano tornou-se um objecto chave para o desenvolvimento do conhecimento científico, biológico. Só o que podia ser visto, mensurado e catalogado podia ser reconhecido como "verdadeiro" num sentido objectivo e universal.

Na perspectiva do modelo médico, a saúde é assumida com as seguintes quatro características (Naidoo e Wills, 1994):

- Biomédica: a saúde é considerada como uma das propriedades dos seres vivos;
- Reduccionista: os estados de saúde e de doença podem ser atribuídos a unidades cada vez mais pequenas do corpo;
- Mecanicista: o corpo é assumido como uma máquina, sendo tratado como tal;
- Alopático: o corpo funciona num sistema de opostos, isto é, o tratamento consiste em aplicar uma força oposta que corrija o mal, como por exemplo, o medicamento.

A perspectiva mecânica da saúde, assumida no modelo médico de saúde, é enfatizada por Doyal e Doyal (1984) ao compararem o funcionamento do corpo humano com o de uma máquina, em cinco aspectos fundamentais:

- Todas as partes do corpo estão interligadas mas podem ser separadas e tratadas independentemente;
- Estar saudável corresponde a ter todas as partes do corpo a funcionarem bem;

- Estar doente corresponde a ter partes do corpo a funcionarem mal, e desde que mensurável;
- A doença é causada por processos internos, tais como a degenerescência devida à idade ou a falta de auto-regulação ou ainda por processos externos tais como a invasão do corpo por agentes patogénicos;
- O tratamento médico tem como finalidade restaurar o normal funcionamento, ou saúde, do corpo.

Se bem que o século XX tenha trazido uma redução muito significativa na mortalidade e um aumento progressivo da longevidade, nem todos os autores estão de acordo que tal melhoria no estado de saúde das populações se deva principalmente aos avanços técnicos da medicina. De facto, diversos especialistas das ciências sociais e humanas, entre os quais McKeown e Lowe (1974), concluíram que terá sido a significativa melhoria das condições de vida das populações – como uma melhor habitação, nutrição e higiene pessoal e social – que terá determinado a redução da mortalidade verificada no passado século. Por sua vez, a medicina terá tido também o seu papel na melhoria do estado de saúde das populações mas com uma eficácia bastante mais modesta do que a referida melhoria das condições de vida (Cochrane, 1972; McKeown e Lowe, 1974; Marmot e McDowall, 1986).

Por outro lado, a medicina tem vindo a ser vista como uma actividade intimamente ligada ao exercício do poder profissional (Stacey, 1988), uma vez que o controlo sobre a saúde e a doença tem vindo a ser cada vez mais exercido pelos profissionais de saúde em detrimento das próprias pessoas. É neste contexto que determinados aspectos da vida regular das pessoas, como a adolescência, a gravidez, a menopausa e o envelhecimento têm vindo a ser rotulados como pertencendo ao foro médico, transferindo o ónus da responsabilidade das próprias pessoas para a profissão médica (Ewles e Simnett, 1999). A medicina tem-se pois tornado num *"meio poderoso de controlo social em que as categorias de doença, de loucura ou de desvios [à "normalidade"] são usados para a manutenção do status quo da sociedade"* (Naidoo e Wills, 1994:12). Na concepção de Foucault<sup>4</sup> trata-se da gestão política da vida, ou *"biopolítica"*, que tem como objectivo *"gerir as populações*

---

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 18.

*pela institucionalização de verdadeiros programas de administração da saúde, da higiene, etc."*

A autoridade atribuída aos médicos para determinadas prescrições médicas, medicamentosa ou outras, que colidem com questões de ordem moral ou ética – como por exemplo a decisão sobre o aborto ou a eutanásia – tem vindo a ser posta em causa, pois este tipo de poder ultrapassa nitidamente as competências técnicas, acabando por se imiscuir no direito à autonomia das pessoas (Ilich, 1975). Para este autor, a saúde é entendida como uma tarefa pessoal, devendo, por isso, as pessoas sentirem-se livres para decidirem autonomamente. Consequentemente, os profissionais de saúde, ao puxarem a si as decisões que competiriam às próprias pessoas, podem prejudicar a saúde das mesmas se as decisões daqueles forem antagónicas às legítimas aspirações destas.

### **3. A abordagem "salutogénica" da saúde e o modelo social de saúde**

O modelo médico de saúde tem um cariz "*patogénico*" uma vez que a ênfase é dada ao agente etiológico da doença, ao tratamento e à prevenção da mesma. Neste modelo de saúde, o médico adquire inevitavelmente um papel dominante, por vezes paternalístico e autoritário, uma vez que ele é o técnico especialista, sabedor da patologia, e capaz de conduzir o doente ao tratamento e possivelmente à cura da doença.

Numa forma completamente oposta ao dominante modelo médico de saúde, Antonovsky (1987; 1993)<sup>5</sup> interessou-se, não pelas causas que levam à doença, mas antes pelas causas que conduzem a uma boa saúde, numa **abordagem "salutogénica"**. Neste quadro conceptual, a ênfase é dada às causas que permitem que as pessoas se mantenham saudáveis, considerando que os agentes de stresse e de perturbação podem ser evitáveis ou contornáveis, pelo que a relação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente torna-se extraordinariamente relevante. Neste sentido, é essencial que as pessoas criem recursos próprios e adquiram competências para se poderem debater permanentemente com tais agentes de

---

<sup>5</sup> Referido em Katz e Peberdy (1998).

perturbação, criando um "sentido de coerência" que é conseguida com a integração das seguintes três componentes, propostas por Antonovsky (1987)<sup>6</sup>:

- Compreensibilidade: os estímulos desencadeados pelo próprio meio interno ou pelo meio externo ao longo da vida são estruturados, previsíveis e explicáveis;
- Combatividade: cada um tem os seus recursos disponíveis para ir ao encontro das necessidades criadas por tais estímulos;
- Significação: tais necessidades são desafios merecedores de investimento e dedicação.

A combatividade depende não só dos recursos pessoais, mas também do relacionamento com os outros e do apoio social e ambiental. Assim, neste quadro salutogénico, é dada grande ênfase não só às próprias pessoas mas também ao suporte social e ambiental que lhes é proporcionado.

O paradigma salutogénico faz uma ponte interessante entre o modelo médico e o chamado **modelo social de saúde**. Este baseou-se no clássico Relatório de Lalonde (1974) (discutido mais abaixo), dando ênfase à interação entre as pessoas e o seu meio ambiente. Adota pois, a lógica das teorias multicausais de saúde e considera a saúde fortemente influenciada, para além dos factores biológicos, pelos factores políticos, económicos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais (Naidoo e Wills, 1994; Katz e Peberdy, 1998; Ewles e Simnett, 1999). O modelo social de saúde não dispensa a aplicação da medicina, mas considera que o modelo médico não é mais do que uma pequena parte de um todo mais abrangente que afecta a saúde. Propõe ainda que para melhorar a saúde das pessoas e das populações é necessário dar atenção às causas mais a montante – como factores socio-económicos, de habitação, de nutrição e de higiene pessoal e social – que levam as pessoas e populações a caírem doentes.

O modelo social de saúde assume a perspectiva positiva da saúde e dá grande ênfase a estratégias de intervenção multifactoriais com vista à melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas e populações. Apela, por conseguinte, às autoridades de saúde, governos, organizações

---

<sup>6</sup> *Ibidem.*

não-governamentais e voluntárias para trabalharem organizadamente de forma coerente por forma a atingirem o objectivo que lhes é comum: melhoria da qualidade de saúde das pessoas.

#### 4. Determinantes de saúde

Em 1974, o Ministro da Saúde do Canadá, M. Lalonde, produziu um relatório em que apresentou o modelo sobre **determinantes de saúde** que, pela sua importância, se tornou clássico no âmbito da Saúde Pública (Sanmartí, 1985). Nesse relatório (Lalonde, 1974) eram então especificados quatro campos que poderiam contribuir para a promoção da saúde:

- A biologia humana: património genético e envelhecimento;
- Os estilos de vida: comportamentos saudáveis;
- O meio ambiente: qualidade do ambiente físico e do meio social;
- O sistema de saúde: meios disponíveis e acessibilidade aos mesmos.

E o mesmo autor evidenciava ainda que:

*"o sistema de saúde [...] é apenas uma das formas de manter e melhorar a saúde, e, para as ameaças ambientais e comportamentais à saúde, o sistema de saúde pouco mais pode fazer do que servir como malha receptora das vítimas"* (Lalonde, 1974:5).

Da análise epidemiológica dos problemas de saúde prevalentes no Canadá, Lalonde (1974) apresenta a contribuição relativa de cada um dos quatro determinantes de saúde para os níveis de saúde pública (Figura 2A) e, simultaneamente, apresenta também a distribuição da despesa pública do Canadá no âmbito dos mesmos quatro sectores (Figura 2B). Verifica-se claramente uma enorme desproporção entre a contribuição relativa de cada sector e os respectivos gastos públicos:

- os estilos de vida e o meio ambiente que contribuem no total com aproximadamente 75% (Figura 2A) , sendo as despesas correspondentes muito mais modestas, no total de cerca de 15% (Figura 2B);
- pelo contrário, a contribuição relativa do sistema de saúde pelos estudos epidemiológicos não ultrapassa os 20%, no entanto a despesa pública deste sector atinge o enorme valor de 70%.

Esta desproporção foi confirmada também noutros países industrializados que procederam a cálculos idênticos (Sanmartí, 1985), reconhecendo-se a existência de uma colossal despesa do erário público no sistema de saúde, em detrimento dos outros sectores que poderiam servir como alternativa menos dispendiosa para a melhoria da saúde pública.

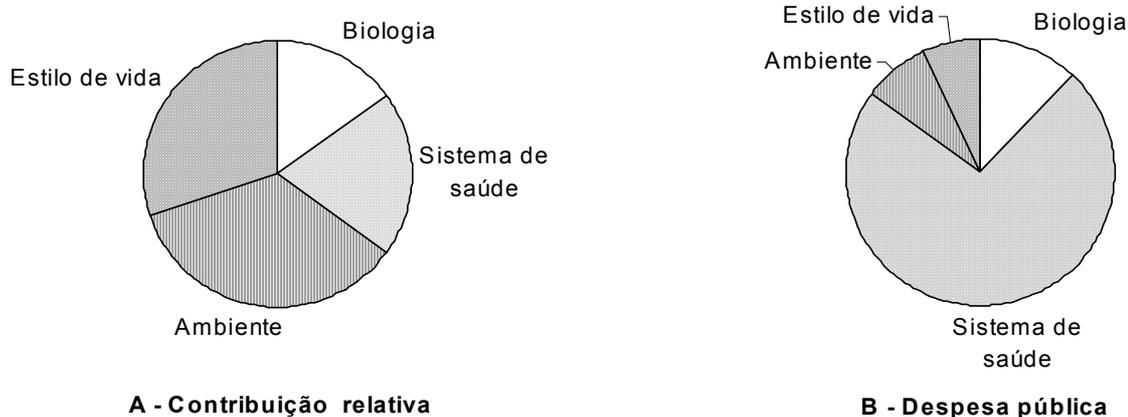


Fig.2. Contribuição relativa dos determinantes de saúde na Saúde Pública e proporções relativas da despesa pública<sup>7</sup>.

Foi por esta razão que nos anos 70 se passou a dar grande ênfase à necessidade de mudança de comportamentos individuais para estilos de vida mais saudáveis, como por exemplo, a dieta mais equilibrada, a prática de exercício físico, o controlo do peso corporal, o planeamento familiar, a redução do consumo do tabaco e do álcool, etc. Foi precisamente neste período que a "Educação para a Saúde" teve um grande impulso com vista a informar as pessoas da necessidade de mudança de comportamentos para aquisição de estilos de vida mais saudáveis.

No entanto a exagerada focalização nas mudanças de comportamento para estilos de vida mais saudáveis teve um efeito pernicioso na medida em que se caiu no extremo oposto de se vir a "culpabilizar a vítima" ("*victim-blaming*") pela sua própria falta de saúde (Crawford, 1977; Rodmell e Watt, 1986), como por exemplo, pessoas com problemas cardio-vasculares serem culpabilizadas por terem excesso de peso ou por fumarem, acusando-as de não terem mudado para estilos de vida mais saudáveis, como seja, respectivamente, uma dieta cuidada ou deixarem de fumar.

<sup>7</sup> Adaptado de Lalonde (1974) e Sanmartí (1985).

## 5. Mudar o comportamento e estilos de vida das pessoas ou mudar o ambiente físico e sócio-económico?

Como acima referimos, a Educação para a Saúde teve como objectivo contribuir para a **mudança de comportamento** dos indivíduos com vista à aquisição de estilos de vida mais saudáveis. Poder-se-á dizer, por outras palavras, que se propunha às pessoas que alterassem o seu comportamento para melhor se encaixarem no ambiente existente. Desta forma, pouca importância se dava à promoção da **mudança do ambiente** para que este desse melhor qualidade de vida às pessoas. Esta é uma leitura que se pode fazer directamente a partir da já mencionada Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (OMS, 1986:1):

*"Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio" (sublinhado nosso).*

Os grandes defensores da abordagem da mudança do comportamento para estilos de vida mais saudáveis consideram que:

- Quem detém os conhecimentos são os médicos e outros profissionais de saúde;
- Por isso, são eles quem sabe o que é melhor para os seus doentes/clientes (ou público em geral);
- É da sua responsabilidade persuadir as pessoas a adoptarem estilos de vida mais saudáveis;
- Tal persuasão não é necessariamente contra a vontade dos doentes/clientes;
- Por vezes os doentes/clientes não estão em condições de assumir as responsabilidades pela sua saúde - por serem muito novos, por estarem muito doentes, por terem dificuldades de aprendizagem, etc.

Há no entanto outros autores (revisto por Ewles e Simnett, 1999) que contradizem aquelas perspectivas, considerando haver outros aspectos tão ou mais importantes a ter em conta:

- Não podemos assumir que as pessoas acreditam que os “especialistas” sabem sempre mais (ou melhor) — a população apercebe-se que os

“especialistas” estão constantemente a mudar de ideias (o que ontem era bom para a saúde, hoje é assumido como perigoso);

- Há o perigo de imposição de valores estranhos ao cliente — valores de classe média (ex: dieta para emagrecimento/elegância) em pessoas do meio rural (cujos hábitos alimentares são diferentes e que assumem que “gordura é formosura”); desta forma, o educador de saúde pode ser visto como estar a fazer juízos de valor (ou julgar moralmente) a falha de mudança de comportamento do doente/cliente;
- Insistir na abordagem da mudança de estilo de vida pode induzir sentimentos negativos e ser contra-producente — sentimento de repúdio por ter de ouvir instruções do que deve ou não fazer, ou sentimento de culpa por não ter cumprido o aconselhamento;
- Não se pode assumir que o comportamento individual é a principal causa de falta de saúde. Esta é uma visão limitada (ver Determinantes de Saúde), pois ao se focalizar no indivíduo pode-se esquecer os outros Determinantes de Saúde (politicamente sensíveis) que são tão ou mais importantes — pobreza, habitação, emprego, racismo, etc.;
- Não se pode assumir que os indivíduos têm verdadeira liberdade para escolher estilos de vida saudáveis. A liberdade é por vezes limitada, por razões económicas, de acessibilidade, profissionais, sociais, — alimentos frescos são geralmente mais caros e podem não estar disponíveis em todo o país; a fuga ao stresse do ambiente de trabalho é quase impossível; tempo e dinheiro para frequentar centros de lazer/exercício físico nem sempre é possível.

Como acima referimos, a mudança de comportamentos pessoais para estilos de vida mais saudáveis, quando levada ao seu extremo, pode conduzir a "culpabilizar a vítima", o que representa um problema de ordem ética que deve ser tomado em conta. Um exemplo paradigmático é o “Dia Europeu Sem Carros” que tem como objectivo sensibilizar as pessoas para deixarem de usar o seu automóvel em favor do uso dos transportes públicos, por forma a reduzir a poluição nas cidades e a permitir criar espaços de melhor qualidade ambiental. Ora, principalmente nas nossas grandes

idades – onde os transportes públicos não primam pela celeridade, pontualidade, coordenação de ligações e conforto – é o condutor de viatura particular que é visado como infractor, como culpado do caos diário do trânsito citadino. Sem se efectuar qualquer mudança estrutural da rede pública de transportes, este Dia Europeu torna-se caótico para quem sente obstrução ao acesso ao trabalho ou aos serviços de atendimento público. Embora sendo supostamente um dia de sensibilização para o não uso do automóvel, esta iniciativa revela-se, para estas pessoas, num sentido antagónico pois acabam por reforçar a ideia de que *o seu* automóvel se torna de facto imprescindível para a sua regular movimentação na grande cidade.

Este exemplo não constitui de forma alguma um argumento para apoiar que só o ambiente físico e social é que deve ser mudado, pelo contrário, somos de opinião que as pessoas podem fazer sempre alguma coisa para melhorar a sua saúde, e que devem mesmo querer assumir essa responsabilidade. É neste sentido que a Educação para a Saúde deve ser vista: deve promover a auto-estima e auto-confiança nas pessoas, por forma a capacitá-las ("*empowering*") a terem mais controlo sobre a sua própria saúde.

Tem, de facto, crescido alguma tensão entre os que defendem afincadamente a abordagem da mudança de comportamentos para estilos de vida mais saudáveis e os que defendem calorosamente a mudança do ambiente físico e sócio-económico para a melhoria da saúde das pessoas. Tal como Lalonde (1974) inicialmente evidenciou sobre a necessidade de incrementar os dois determinantes de saúde – Estilos de vida e Meio ambiente –, também assumimos que ambas as perspectivas têm a sua razão de ser, e que ambas estão de alguma forma interligadas, já que para haver mudança de comportamento das pessoas é também necessário fornecer as condições ambientais propícias a essa mudança de comportamento. Por exemplo, para que uma pessoa de vida sedentária passe a praticar exercício físico com regularidade, necessitará de ter não só condições de ambiente social propício para o poder fazer (tempo disponível para além do trabalho profissional e doméstico) mas também condições de ambiente físico (ginásio, piscina, espaço ao ar livre para correr, etc.) para poder praticar essa actividade física.

Podemos mesmo pôr a questão de forma inversa: mudem-se os ambientes físicos e sociais, tornando-os mais propícios a estilos de vida mais saudáveis, que as pessoas mais facilmente tenderão a mudar os seus comportamentos, adquirindo então hábitos e estilos de vida mais saudáveis. Para que a primeira premissa ocorra, será contudo sempre necessário que as pessoas contribuam para influenciar as decisões políticas e sociais neste sentido de melhoria das condições de ambientes mais saudáveis.

## **6. Persuadir a mudança de comportamento e estilos de vida das pessoas ou contribuir para uma opção informada?**

Um outro aspecto chave que legitimamente se pode questionar é se com a Educação para a Saúde se pretende assegurar que a pessoa (doente/cliente) altere o seu comportamento, cumprindo o programa que lhe é apresentado num misto de educação e de **persuasão**. Ou se, por outro lado, a Educação para a Saúde deve ser entendida como colaborar com a pessoa (doente/cliente) por forma a adquirir competências e confiança para tomar uma **opção informada**, qualquer que ela seja, e a ponha em prática.

Tomemos o exemplo de uma pessoa que tem um comportamento sexual de risco, isto é, que tem fortes possibilidades de vir a contrair doenças sexualmente transmissíveis. O educador para a saúde poderá tomar duas atitudes distintas, a persuasão ou a escola informada para a mudança de comportamento:

- persuadir a pessoa a alterar o comportamento sexual (ex: usar o preservativo), enfatizando o risco a que está sujeito e as consequências que poderão advir da não mudança de comportamento;

A acção de educação para a saúde será tida como um sucesso se a pessoa alterar o seu comportamento, usando o preservativo, neste exemplo.

- informar a pessoa sobre o risco a que está sujeito e as consequências que poderão advir da não mudança de comportamento, tentando ficar com a certeza que a pessoa compreendeu os factos e os riscos envolvidos, esforçando-se ainda por respeitar (e apoiar) a escolha feita

pelo cliente, mesmo que esta não corresponda à alteração de comportamento pretendida pelo educador para a saúde;

A acção de educação para a saúde será tida como um sucesso se a pessoa tiver sido bem informado e tiver assumido a atitude de risco de saúde de forma consciente.

O sucesso de uma campanha alargada poderá, no primeiro caso, ser avaliada em termos da efectiva mudança de comportamentos das pessoas. No segundo caso, a avaliação do sucesso de uma campanha é mais difícil, pois é necessário saber se a não mudança de comportamento foi resultado, ou não, de uma opção informada.

De uma forma geral, os educadores para a saúde acreditam que a acção que estão a pôr em prática é a que melhor serve os interesses dos indivíduos e da sociedade em geral, e por isso não vêem grandes objecções em utilizar a persuasão para a mudança de comportamento em vez da escolha informada. Mas isto faz-nos levantar uma questão de ordem ética, especialmente quando se trabalha com adultos: até onde devemos nós impor as nossas próprias opiniões, valores e ideias daquilo que consideramos *Bom* ou *Mau*; *Correcto* ou *Errado*?

Nos anos 70 a ênfase educacional das campanhas de Educação para a Saúde era geralmente posta na transmissão da informação - ou conhecimento - e baseava-se numa forma muito simplista de ver a relação entre comunicação e mudança de comportamentos. Com o tempo foi-se reconhecendo que estas campanhas - ou programas educacionais - focalizados apenas na transmissão de informação, sem ter em conta as circunstâncias sociais e económicas dos indivíduos, não atingiam os resultados esperados em termos de impacte nos comportamentos de saúde (Scriven 1996).

Nos anos 80, e como imperativo à prevenção de doenças, em particular às sexualmente transmitidas, a Educação para a Saúde passou a assumir um papel de relevo graças ao desenvolvimento de uma nova geração de intervenções mais sofisticadas, baseadas em teorias de mudança de atitudes e comportamentos. Assim, os programas de Educação para a Saúde começaram a preocupar-se não só com o contexto social conducente a uma maior facilidade para as pessoas mudarem os seus comportamentos,

mas também em ajudar as pessoas a desenvolverem competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis (Jones e Naidoo, 1997; Ewles e Simnett, 1999).

## **7. Fases do ciclo da mudança de comportamento para estilos de vida saudáveis**

O forte impacto desta área de intervenção social levou ao surgimento de diversas tentativas para se definir “Educação para a Saúde”, sendo a conceptualização proposta por Keith Tones e Sylvia Tilford (1994:11) a mais bem aceite actualmente:

*“Educação para a Saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], que produz mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.”* (sublinhado nosso).

É interessante realçar nesta definição, por um lado, a frase categórica de que a Educação para a Saúde *“produz mudança no conhecimento e compreensão na forma de pensar”* e, por outro, as quatro frases dúbias, entre as quais, de que *“pode [ou não] ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”*. Por outras palavras, esta definição incorpora implícita e explicitamente muitos dos factores que influenciam as tomadas de decisão: o conhecimento é importante, mas para haver mudanças para comportamentos mais saudáveis, é necessário ter em conta os contextos específicos das pessoas e das suas próprias competências para serem capazes, se assim o desejarem, de mudar para estilos de vida mais saudáveis.

Diversas teorias de ordem psicológica sobre a mudança de comportamentos foram desenvolvidas nos anos 80, ajudando, por um lado, a identificar e explicar as relações complexas entre conhecimento, convicções e normas sociais, e por outro lado a fornecer orientação prática para os conteúdos dos programas educacionais para a promoção da mudança de comportamentos em situações circunstancialmente bem definidas. Um bom

exemplo é o clássico modelo de Prochaska e DiClemente (1986)<sup>8</sup> que identifica diversas fases por onde pode passar a pessoa no seu processo de mudança de comportamento para estilos de vida mais saudáveis (Figura 3). O modelo assume uma abordagem holística, integrando um conjunto de factores como sejam, não só a responsabilização e as escolhas pessoais, mas também o impacto social e as forças ambientais que determinam, de facto, limites reais à potencial mudança individual.

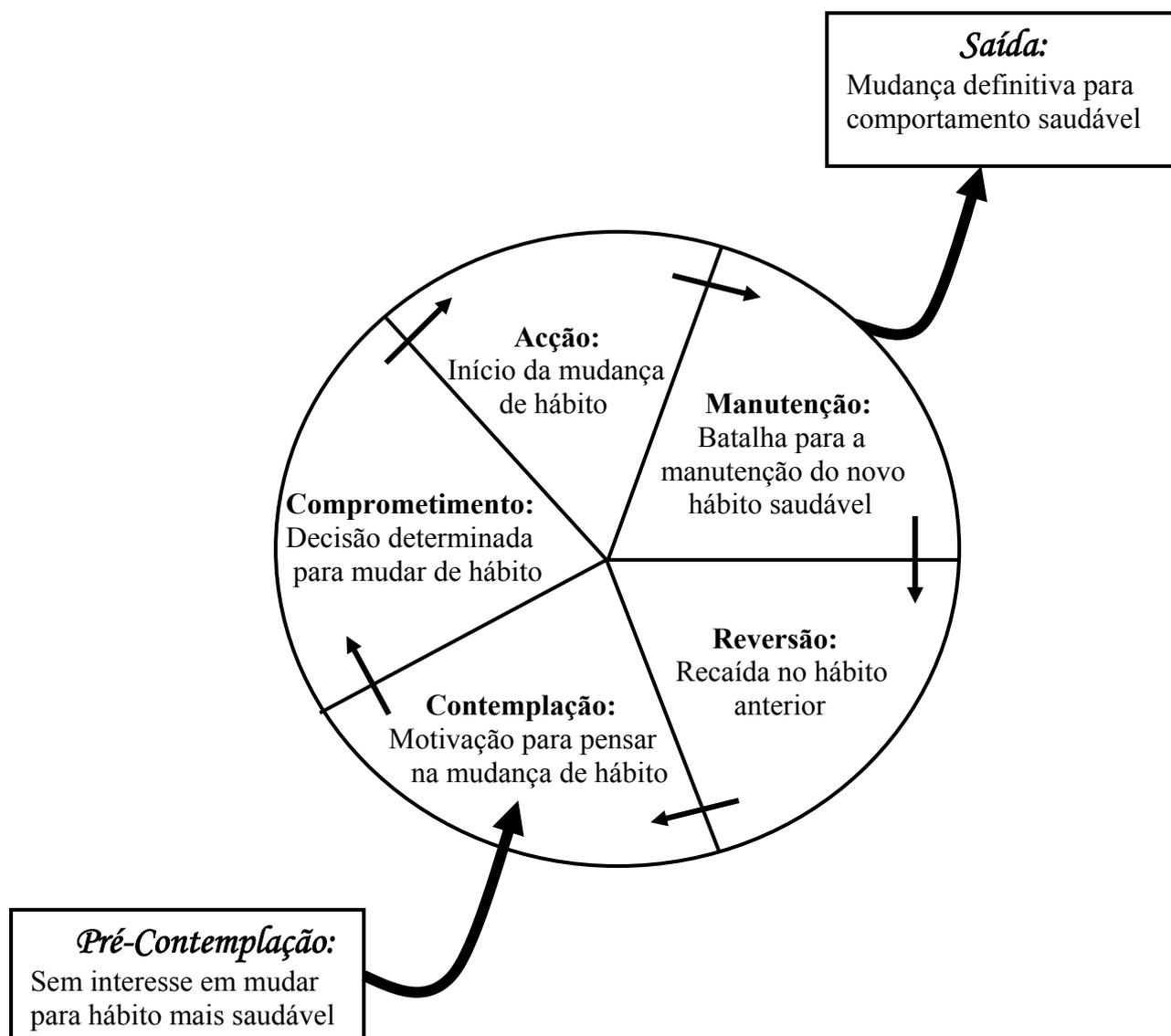


Fig.3. Fases do ciclo da mudança de comportamento<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Referido em Ewles e Simnett (1999).

<sup>9</sup> Adaptado, *Ibidem*.

O modelo pode ser aplicado a qualquer intenção de mudança para comportamentos mais saudáveis, como por exemplo, deixar de fumar, de abusar do álcool ou de outras drogas, passar a fazer exercício físico, etc. Tomemos o exemplo de um fumador que pretenda mudar o seu comportamento de dependência do tabaco para passar a ter uma vida mais saudável, ou mais simplesmente: um fumador que queira deixar de fumar.

- Fase de pré-contemplação: antecede a entrada no ciclo de mudança – a pessoa não tem consciência para a necessidade de mudança, ou não a aceita, e por isso não tem motivação para deixar de fumar;
- Fase de contemplação: entrada no ciclo de mudança - a pessoa adquiriu a motivação necessária para contemplar seriamente a possibilidade de deixar de fumar;
- Fase de comprometimento: a pessoa, determinadamente, toma a decisão de deixar de fumar;
- Fase de acção: a pessoa inicia, activamente, a mudança de hábito, isto é, começa a deixar de fumar;
- Fase de manutenção: a pessoa batalha para se manter sem fumar, utilizando as mais diversas estratégias que considere úteis;
- Fase de reversão: Embora a pessoa tenha sentido grande satisfação pela mudança de estilo de vida mais saudável por um período mais ou menos longo, pode não conseguir manter a nova situação e, volta a recair no hábito anterior, isto é, volta a fumar – o importante, contudo, é que a pessoa saiba voltar à Fase de Contemplação e reiniciar o ciclo;
- Fase de saída: a pessoa modificou definitivamente o seu comportamento para um estilo de vida mais saudável, isto é, deixou definitivamente de fumar.

É necessário admitir que algumas pessoas, para determinadas mudanças de comportamento, poderão nunca ser capazes de sair do ciclo, ou seja, nunca conseguirem atingir a mudança definitiva de comportamento. Mas o aspecto realmente interessante é que o ciclo pode ser percorrido por diversas vezes até a pessoa emergir na fase de completa mudança. Por exemplo, no caso do fumador, Prochashka e DiClemente<sup>10</sup> verificaram que

---

<sup>10</sup>  
*Ibidem.*

aquele necessita de percorrer o ciclo de mudança numa média de três vezes até mudar definitivamente de comportamento.

## 8. *Empowerment* e Literacia para a Saúde

Para além dos benefícios naturais de bem-estar resultantes da mudança para um estilo de vida mais saudável, há outros aspectos que também emergem como resultado dessa mudança, em especial, o aumento da auto-estima pela sensação de controlo activo sobre uma componente da própria vida da pessoa. Por outras palavras, poder-se-á dizer que a realização de opções de saúde positivas pode tornar-se num processo de ***empowerment*** (ou "capacitação"). O conceito de *empowerment* é tanto complexo quanto difícil, se não impossível, de traduzir para português, entendendo-se como um aumento da consciencialização da pessoa por forma a desenvolver as suas competências pessoais e sociais, permitindo desta forma tomar decisões que dêem resposta às suas necessidades de saúde.

Existem, na literatura, diferentes interpretações do conceito de *empowerment*, sendo o mais dominante o que se refere ao processo pela qual a pessoa, individualmente, ou os grupos ou populações se tornam mais envolvidas no seu bem-estar, sendo capazes de tomar as decisões apropriadas à melhoria da saúde individual ou colectiva. Esta noção de *empowerment* coincide com a interpretação da Organização Mundial de Saúde sobre Promoção da Saúde, expressa na já referida Carta de Ottawa, onde se pode ler logo no seu primeiro parágrafo (OMS, 1986:1):

*"A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio"* (sublinhado nosso).

Com vista a aplicar o conceito de *empowerment* em situações práticas, diversos autores têm vindo a tentar identificar os requisitos pessoais que influenciam o *empowerment* pessoal bem como os aspectos que caracterizam uma pessoa "*empowered*". Algumas interpretações são demasiado restritivas, outras demasiado abrangentes e por tal motivo, quer num caso quer noutro, tornam-se limitadas na sua capacidade de definição. Recentemente, Scriven e Stiddard (2003) identificaram três aspectos

específicos fundamentais para os requisitos e competências pessoais que caracterizam o *empowerment* pessoal:

- Aquisição de competências: pensamento crítico e crítica tomada de decisão;
- Auto-confiança e competências inter-pessoais: conhecimento cognitivo, incluindo a compreensão sobre a informação relacionada com saúde e aumento da consciência crítica;
- Percepção psicológica: incluindo auto-estima, auto-eficiência e percepção de controlo.

Estas áreas, em termos educacionais, são geralmente referidas como competências pessoais, conhecimento e atitudes. E, se se considerar que o *empowerment* está relacionado com a capacidade da pessoa fazer opções informadas sobre a sua saúde (Kemmer e Close, 1995; Naidoo e Wills, 1997, MacDonald, 1998) então, para além do desenvolvimento de aspectos psicológicos positivos, é necessário desenvolver também os aspectos cognitivos sobre saúde por forma a ser possível proceder a uma tomada de decisão informada ou, por outras palavras, torna-se necessário o desenvolvimento da **Literacia para a Saúde** (Carvalho, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (Nutbeam, 1998) refere-se ao conceito de "*Literacia para a Saúde*" da seguinte forma:

*"Literacia para a Saúde representa as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos conseguirem o acesso, a compreensão e o uso da informação de forma a que promovam e mantenham uma boa saúde."*

Claramente, este conceito da Organização Mundial de Saúde apresenta profundas implicações nos métodos de Educação para a Saúde, desafiando a interacção, a participação e a análise crítica. É pois uma visão que se aproxima muito da Educação para "consciência crítica" proposta e desenvolvida por Paulo Freire (1970).

Inicialmente, a Literacia para a Saúde era um termo aplicado no âmbito do *Modelo Médico de Saúde* e era usado para descrever e explicar a relação entre os níveis de literacia do doente e a sua capacidade de cumprir os regimes terapêuticos prescritos pelo médico (Ad Hoc Committee on Health

Literacy)<sup>11</sup>. Esta perspectiva, se bem que relevante, é de alguma forma redutora, uma vez que deixa de fora o sentido mais profundo e significativo de literacia do ponto de vista da pessoa em si. São muitos e diversos os factores que intervêm para a conceptualização do termo Literacia para a Saúde, sendo talvez o “grupo de interesse” o factor mais determinante para a interpretação deste conceito. O “grupo de interesse” corresponde a diferentes categorias de profissionais que trabalham na área de Educação para a Saúde, mas que têm a sua própria perspectiva de Educação para a Saúde e por conseguinte de Literacia para a Saúde. À semelhança do conceito de Literacia Científica (Laugksch, 2000) podemos considerar quatro grandes grupos de interesse:

- Profissionais de saúde: como a capacidade do doente/cliente cumprir rigorosamente os regimes terapêuticos que lhe são prescritos;
- Professores e educadores: como o nível de competências cognitivas e sociais que os seus educandos adquirem com vista à mudança de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis;
- Sociólogos da saúde: como a capacidade que as comunidades têm ao acesso dos bens de saúde, de os membros da comunidade entenderem a informação relacionada com os dados de saúde, de julgar tais dados, sendo capazes de distinguir entre o consenso social e as tomadas de decisão específicas em situações particulares;
- Divulgadores de saúde: como a capacidade do público em geral de compreender as mensagens de saúde e de educação para a saúde que lhes transmitem em jornais, revistas e livros.

O campo de estudos da literacia encontra-se ainda em grande debate no que diz respeito aos tipos de literacias e das suas aplicações práticas no dia-a-dia, havendo, no entanto, algum consenso de que estas classificações tão somente identificam tipos de literacia, não como medidas de capacidade de leitura e de escrita, mas mais em termos do que a literacia nos permite fazer ou resolver no nosso quotidiano. De uma forma geral tem-se vindo a assumir três níveis de literacia (Nutbeam, 2000):

---

<sup>11</sup> Referido em Nutbeam (2000).

- Literacia básica ou funcional, em que a pessoa tem competências básicas para a leitura e escrita, de forma a poder funcionar eficientemente nas situações do dia-a-dia;
- Literacia comunicativa ou interactiva, em que a pessoa tem competências cognitivas e de literacia mais avançada, que em conjunto com competências sociais, lhe permite (i) participar activamente nas actividades do dia-a-dia, (ii) seleccionar informação e dar-lhe significado e (iii) aplicar nova informação para a mudança de situações;
- Literacia crítica, em que a pessoa tem competências cognitivas e de literacia ainda mais avançadas, e que em conjunto com competências sociais, é capaz de analisar criticamente a informação que recebe, e usar esta informação para exercer maior controlo sobre os mais variados acontecimentos nas diversas situações de vida.

Desta classificação pode concluir-se que os níveis de literacia progressivamente mais elevados permitem também uma maior autonomia e *empowerment* pessoal. Esta progressão não será apenas dependente do desenvolvimento cognitivo da pessoa, já que a componente de exposição à informação ou comunicação, bem como a resposta a estas é importante e mediada pelas competências pessoais e sociais do indivíduo.

Neste sentido, o desenvolvimento da Literacia para a Saúde revela-se como uma importante componente para o *empowerment* pessoal e social, uma vez que contribui decididamente para que as pessoas se tornem capazes de identificar e de tomar consciência das suas próprias necessidades de saúde, e saibam desenvolver as competências adequadas não só para promoverem as acções conducentes às mudanças para ambientes mais saudáveis, mas também para conduzirem as suas próprias mudanças de comportamento para adquirirem estilos de vida mais saudáveis.

### **Bibliografia**

Blaxter, M (1990) Health and Lifestyles. London: Tavistock/Routledge.

Carvalho, G.S. (2002) Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. *In* Saúde: As teias da discriminação social - Actas do Colóquio Internacional: Saúde e Discriminação Social (Org.:

M.E. Leandro, M.M.L. Araújo, M.S. Costa). Braga: Universidade do Minho, pp.119-135.

Cochrane, A.L. (1972) Effectiveness and Efficiency. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Crawford, R (1977) You are dangerous to your health; The politics and ideology of victim blaming. *International Journal of Health Services* 7, 663-680.

Doyal, L e Doyal, L. (1984) in L. Birk e J. Silvertown (Eds.) *More than the parts: Biology and Politics*. London: Pluto Press.

Ewles, L. & Simnett, I. (1999). *Promoting health - A practical guide*. London: Baillière Tindall.

Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum/Seabody.

Illich, I. (1975) *Medical Nemesis, Part 1*. London: Calder and Boyers.

Jones, L. & Naidoo, J. (1997). Theories and models in health promotion. In J. Katz & A. Peberdy (Eds.), *Promoting health - knowledge and practice* (pp. 75-88). London: Macmillan Press.

Katz, J. e Peberdy, A. (1998) *Promoting Health: Knowledge and Practice*. London: MacMillan.

Kemm, J. e Close, A. (1995) *Health Promotion Theory and Practice*. London: Macmillan.

Lalonde, M. (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Canadian Ministry of National Health and Welfare.

Laugksch, R.C. (2000) Scientific literacy: A conceptual overview, *Science education* 84:71-94.

Marmot, K.G. e McDowall, ME. (1986) Mortality decline and widening social inequalities. *The Lancet*, 2 August, 274.

MacDonald, T.H. (1998). *Rethinking health promotion - a global approach*. London: Routledge.

McKeown, T. e Lowe, C.R. (1974) *An Introduction to Social Medicine*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Naidoo, J. e Wills, J. (1994) *Health Promotion – Foundations for Practice*. London: Baillière Tindall.

Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary, *Health Promotion Inter.*, 13, 349-364.

Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century, *Health Promotion Inter.*, 15, 259-267.

OMS (1946)- Organização Mundial da Saúde. Constituição da OMS. Genebra, 1946.

OMS (1986)- Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.

Revel, J. (2002) *Le vocabulaire de Foucault*. Paris: Ellipses.

Rodmell, S. e Watt, A. (Eds.) (1986) *The Politics of Health Education*. London: Routledge and Kegan Paul.

Sanmartí, L.S. (1985) *Educacion Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.

Scriven, A. (1996). The impact of recent government policy on the provision of health education in schools. In A. Scriven & J. Orme (Eds.), *Health promotion - professional perspectives* (pp.119-128). London: Macmillan Press.

Scriven, A. e Stiddard, L. (2003) Empowering schools: translating health promotion principles into practice. *Health Education* 103, 110-118.

Stacey, M. (1988) *The Sociology of Health and Healing*. London: Unwin Hyman.

Tones, K. e Tilford, S. (1994). *Health education - effectiveness, efficiency and equity*. (4<sup>a</sup> Ed.) London: Chapman & Hall.