

Promoção da Saúde: da investigação à prática

Promoção da saúde

Da Investigação à Prática

VOLUME I

Título: *Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática*

1ª Edição. Setembro 2015

ISBN: 978-989-98855-1-6

Capa: Nuno Vieira Carvalho

Composição: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, SPPS

Lisboa: SPPS, Editora, LDA

Ficha Técnica

Título: Promoção da saúde: Da investigação à prática

Coordenadores: Luísa Santos
Carina Parente
Jorge Ribeiro
Ângela Pontes

Formatação de texto:

Pedro Nuno Araújo

Edição de Imagem:

Nuno Vieira Carvalho

Revisão Bibliográfica:

Sandra Sousa

INDICE

PREFÁCIO	5
INTRODUÇÃO	6
CAPITULO 1 - PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	7
Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde	8
<i>Luís Graça</i>	
(Re)pensar a educação para a saúde: Educação para a Saúde ou para a vida?	15
<i>Maria de La Salette Calvinho & Cidália Amorim</i>	
Experimentar para conhecer	18
<i>Ângela Ferreira & António Cunha</i>	
Doença crónica: A importância da avaliação da Qualidade de Vida.....	22
<i>Maria Isabel Lajoso Amorim</i>	
CAPITULO 2 - ATIVIDADE FÍSICA E LAZER	28
Atividade física na definição dos estilos de vida saudáveis: Realidade, avaliação e recomendações.....	29
<i>Luís P. Rodrigues</i>	
Atividade física na terceira idade	32
<i>Pedro Bezerra</i>	
Pontes entre Saúde e Lazer: Um percurso diferenciador de perfis.....	36
<i>Luísa R. Santos, Salomé Ferreira & J.L. Pais-Ribeiro</i>	
O consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes.....	41
<i>Jorge M. Ribeiro, Susana Pereira & Luísa R. Santos</i>	
CAPÍTULO 3 - ALIMENTAÇÃO	ERRO! MARCADOR NÃO DEFINIDO.
Obesidade infantil: Dimensão do problema, perspetivas futuras e questões metodológicas. Erro! Marcador não definido.	
<i>Raquel Leitão, Luís P. Rodrigues, Luísa Neves & Graça S. Carvalho</i>	
A Obesidade Infantil no concelho de Viana do Castelo: Visão sobre a prevalência e o autoconceito.....	52
<i>Filipa Viana & J.L. Pais-Ribeiro</i>	
Conceito de sucesso de <i>aleitamento</i> materno na perspetiva das mulheres que amamentam.....	59
<i>Sara Rufo, Luís Graça & Cidália Amorim</i>	
CAPITULO 4 - EDUCAÇÃO PARA A CIDADANIA E INTERVENÇÃO NA VIOLÊNCIA.....	65
O conceito de cidadania e as suas contradições	66
<i>Filipe Martins</i>	
Educação, cidadania e desenvolvimento: Das práticas ao desafio da institucionalização.....	69
<i>Júlio G. dos Santos</i>	
Programa <i>Eu e os Outros</i> : Promoção sustentável de competências pessoais e sociais	74
<i>Paula Alexandra Brites Ferreira</i>	
Intervenção com vítimas: Trajetórias de mudança	81
<i>Leandra Rodrigues</i>	
Educação e saúde em sinergia: O caso da violência conjugal contra a mulher	86
<i>Maria de La Salette Calvinho</i>	
<i>Stalking</i> : Desenvolvimentos de uma “nova” forma de violência interpessoal	90

<i>Helena Grangeia, Rita Conde & Marlene Matos</i>	90
CAPITULO 5 - EDUCAÇÃO SEXUAL	96
Promover a saúde sexual com Arte	97
<i>Carina Parente</i>	
O Projeto FREI (A) na dimensão das relações intra e interpessoais	104
<i>Ana M. Sousa, Ilda M. Lima, & Sandra M. Gonçalves</i>	
Perceção dos pais sobre a implementação de um programa de educação sexual escolar.....	110
<i>Jorge M. Ribeiro & Luisa R. Santos</i>	
Os adolescentes e os conhecimentos sobre sexualidade.....	115
<i>Jorge M. Ribeiro, Ângela Pontes & Luisa R. Santos</i>	

Prefácio

A Promoção da Saúde foi um marcador importante na maneira de compreender a saúde e as doenças, do final do século passado até à atualidade.

A saúde foi, e ainda é com demasiada frequência, entendida como ausência de doença, quando desde o pós Segunda Grande Guerra a definição fundadora da Organização Mundial de Saúde dizia o óbvio: que a saúde era um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença. Ou seja, entenda-se, independente da doença.

Hoje a maioria da população dos países desenvolvidos vive com uma doença crónica ou com condições que, não sendo doença *de per se*, são fatores de risco para inúmeras doenças, tais como a pressão arterial ou colesterol elevados, ou o excesso de peso. De tal modo que, hoje, se deve falar de saúde em pessoas que vivem toda a sua vida com uma doença crónica (p.ex. diabetes tipo 1, epilepsia, esclerose múltipla, etc), doenças estas que, por definição, são doenças prolongadas ou sem cura. Estas pessoas podem viver uma vida igual à dos seus congéneres sem doença e morrer de velhice.

É na década de 70 do século passado, que um texto clássico de Marc Lalonde, então ministro da saúde e do bem-estar do Canadá, publicado em 1974, chamava a atenção da importância da intervenção a montante, antes das pessoas adoecerem, ou adquirirem fatores predisponentes para a doença, cunhando assim o conceito de promoção da saúde e de educação para a saúde. Cerca de 10 anos depois, também no Canadá cunha-se a Carta de Ottawa, o documento fundador para a promoção da saúde.

A saúde é mais facilmente vista como funcionalidade tal como expressa a “*The International Classification of Functioning, Disability and Health*”, conhecida pela sigla ICF, um referencial já deste século, que entende a funcionalidade como uma interação dinâmica entre as condições de saúde (ou de doença) de uma pessoa, os fatores do meio ambiente, e os fatores pessoais. Este manual é complementar da Classificação Internacional de Doenças, conhecido por ICD, que é um descritor universal das doenças existentes desenvolvido na sua primeira versão em 1900.

Sendo a vida acção, é esta acção, esta funcionalidade, que melhor exprime a saúde: diversas dimensões de funcionalidade podem ser definidas, tais como a funcionalidade física, o desempenho do papel social (no trabalho, família, lazer, etc.), o desempenho emocional, isto tudo com a vitalidade apropriada. Estas dimensões exprimem-se em diversos domínios, familiar, sexual, lazer, cidadania, etc.

O presente livro aborda a promoção da saúde e a educação para a saúde nestas diversas dimensões e domínios, da alimentação, à cidadania, passando pela sexualidade e pelo lazer, em todos os grupos de idade, e em todas as condições.

Trata-se de um documento de estudo e de trabalho útil para os profissionais de várias formações e de vários campos, que facilitará a sua intervenção nesta área de promoção da saúde, de educação para a saúde, que é estruturalmente multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

José Luis Pais Ribeiro
FPCE-Universidade do Porto

Introdução

No século XXI são inúmeras as questões levantadas relativamente à promoção da saúde e de estilos de vida que se entrecruzam com perspectivas diferentes ao nível da educação, podendo ser potenciadas pela diversidade social e cultural.

Numa sociedade ideal espera-se que os indivíduos sejam capazes de construir os seus projetos de vida e assumir a responsabilidade pela construção do seu bem-estar e pela gestão da sua saúde. Na prática, a sociedade atual criou condições favorecedoras da promoção da qualidade de vida, e assim, espera-se que as pessoas vivam mais anos, de uma forma produtiva e ativa, que valorizem a própria vida e se esforcem por minorar possíveis incapacidades. É neste cenário que a promoção da saúde ganha relevo.

Partindo do pressuposto que a saúde é um processo dinâmico que leva o indivíduo, numa atitude pessoal e coletiva, a otimizar as suas capacidades, a desenvolver e modificar o meio, com a finalidade de estabelecer um estado de harmonia e equilíbrio, no espaço europeu tem vindo a ser dada prioridade à intervenção na área de promoção para a saúde, particularmente em contexto escolar.

Desde sempre se vislumbrou um interesse dos professores e educadores de infância pelos saberes da área da saúde. Contudo, com o surgimento da obrigatoriedade da implementação da educação sexual em contexto escolar tornou-se evidente um crescendo da procura de uma formação especializada por estes profissionais.

Deste modo e em resposta às necessidades de formação que têm sido identificadas no sentido de capacitar agentes educativos, profissionais de saúde e da área social para a intervenção neste âmbito, surge o Mestrado de Promoção e Educação para a Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, conjugando o *know how* dos docentes das Escolas Superiores de Educação e Saúde. Neste âmbito surgiu, em 2011, o Grupo de Trabalho para a Saúde e Sexualidade (GTSSex) constituído por um pequeno núcleo de docentes, estudantes e técnicos da comunidade responsáveis por estudos e projetos de intervenção na saúde e na sexualidade em diferentes contextos.

As I Jornadas de Promoção e Educação para a Saúde, realizadas em novembro de 2012, tiveram como propósito *pôr a descoberto* trabalhos realizados em diferentes escolas/instituições, bem como promover o diálogo entre a educação e a saúde. É neste âmbito que surge a presente publicação que pretende mostrar a pertinência de um conjunto de temáticas.

Para este primeiro volume foram selecionadas problemáticas psicológicas e sociais que se revelam decisivas, no nosso entender, para uma reflexão crítica urgente na área.

Orientámos a nossa atenção essencialmente para cinco áreas fundamentais. Começando por uma aproximação teórica aos conceitos base – promoção e educação para a saúde. Prosseguindo para uma reflexão sobre atividade física, lazer e estilos de vida saudáveis em diferentes fases do desenvolvimento humano. Simultaneamente explorando-se a interface entre comportamentos de saúde e comportamentos de risco. Posteriormente olhando-se para a situação do aleitamento materno na perspetiva das mulheres que amamentam e para a obesidade infantil em Portugal. De seguida, analisando-se o conceito de cidadania e as suas contrariedades, com especial enfoque na problemática da violência de género. E por último dirigindo a nossa atenção para o tema da educação sexual em Portugal, nomeadamente para projetos de intervenção em meio escolar, com os seus diferentes intervenientes e nas suas diversas fases de implementação.

Em suma, este primeiro volume foi escrito com vários contributos científicos através de múltiplas abordagens teóricas e empíricas que nos remetem para o interface entre as diferentes áreas consideradas alicerçantes para a promoção da saúde.

Luísa Santos
Carina Parente

Junho 2014

Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde

Luís Graça

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Introdução

O termo promoção da saúde encontra-se ligado às primeiras definições de saúde pública. Ferreira (1982) refere que Winslow, em 1923 apresentou uma definição de saúde pública que considera o estudo e a implementação de medidas sanitárias, de medicina preventiva, curativa, de promoção de saúde e de melhoria do nível de vida.

A promoção da saúde tem no relatório de Lalonde uma referência, que preconiza a intervenção positiva sobre os determinantes de saúde. Parte do pressuposto que os comportamentos dos indivíduos se constituem como fatores de risco para a saúde, tornando-se necessário intervir sobre aqueles, no entanto são descuradas causas sociais da doença. O enfoque é comportamentalista. Das limitações desta abordagem emerge na década de 80 uma perspetiva socioambiental, que vai desencadear diversidade de dinâmicas e novos enfoques da saúde (Frias Osuna & Palomino Moral, 2000; Carvalho, 2004).

A declaração de Alma-Ata (WHO, 1978) constitui-se como um marco ao reconhecer que a saúde é um objetivo social, no qual os governos devem investir. A participação das pessoas é um direito e um dever e os Cuidados Primários de Saúde o meio de acesso generalizado aos cuidados de saúde.

Saúde

Saúde é um conceito de difícil definição objetiva. Varia ao longo do tempo, de acordo com as conceções vigentes, os grupos sociais e as experiências individuais.

Uma das definições mais vulgarizadas é a da OMS em que a saúde é considerada *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*. Marca a rotura com a dicotomia saúde/doença, realça uma conceção global e positiva de saúde, incluindo as áreas mental e social, refere a interação corpo-mente e considera a envolvente social (Piedrola Gil, et. al. 1991; Koelen & Van der Ban, 2004).

No entanto nesta definição questiona-se a dimensão abstrata, absoluta e idealista de completo bem-estar, o imobilismo do termo estado, a dificuldade quanto à operacionalização dos conceitos em geral (Ferreira, 1982; Piedrola Gil et. al., 1991) e o facto de não ter em consideração aspetos emocionais, espirituais e sociais (Laverack, 2008).

Terris propõe que se defina saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social, com capacidade funcional, e não somente a ausência de doença ou enfermidade” (Piedrola Gil, et. al. 1991, p. 4). É considerada, por este, mais operacional, conotando estar saudável com máximo bem-estar e capacidade de funcionar.

Salleras Sanmarti (1985) define saúde como conseguir o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social e de capacidade de funcionamento, que permitem os fatores sociais em que estão inseridos os indivíduos e as comunidades.

A saúde, mais que um ideal a ser atingido, é a capacidade de cada indivíduo criar e lutar pelo seu projeto de vida, em direção ao bem-estar (Dejours, 1995). É um processo holístico, centrado nos indivíduos, que se apreende e está intimamente ligado à qualidade das relações interpessoais e ao contexto.

Para Antonovsky (1996) a ênfase tem sido orientada para os agentes causais da doença, para a prevenção e para o tratamento. Propõe que se dê ênfase aos fatores que promovem ativamente a saúde. Assim, saúde, numa perspetiva salutogénica, centra-se nas pessoas, no seu contexto, recursos e potencialidades. É a resultante da ação dos indivíduos na gestão dos recursos, orientando para o conceito de sentido de coerência. Este é entendido como uma orientação global que define a capacidade dos indivíduos de:

- Encararem os estímulos internos ou externos como estruturados, previsíveis e explicáveis (capacidade de compreensão);
- Terem ao seu alcance os recursos para satisfazerem as exigências dos estímulos (capacidade de gestão);
- Empenharem-se na utilização dos recursos e na resolução dos acontecimentos (capacidade de investimento).

O desenvolvimento do *sentido de coerência* deve ser entendido como facilitador do relacionamento dos indivíduos com fatores adversos à existência humana, na medida em que torna as ações mais eficientes (Antonovsky, 1987; Lindström & Eriksson, 2005, 2006). As pessoas, com base em experiências anteriores relevantes, são capazes de ser ativas, criativas e fazerem escolhas adequadas à satisfação das suas necessidades.

A saúde, enquanto um recurso para o desenvolvimento, que permite uma vida biopsicossocial e espiritual positiva e economicamente produtiva, tem subjacente a responsabilização e a intervenção individual e coletiva, de forma a se poder agir sobre os seus determinantes.

Determinantes de Saúde

Entende-se por determinantes de saúde o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades (WHO, 1998). São múltiplos e atuam em interação, sendo suscetíveis de intervenção.

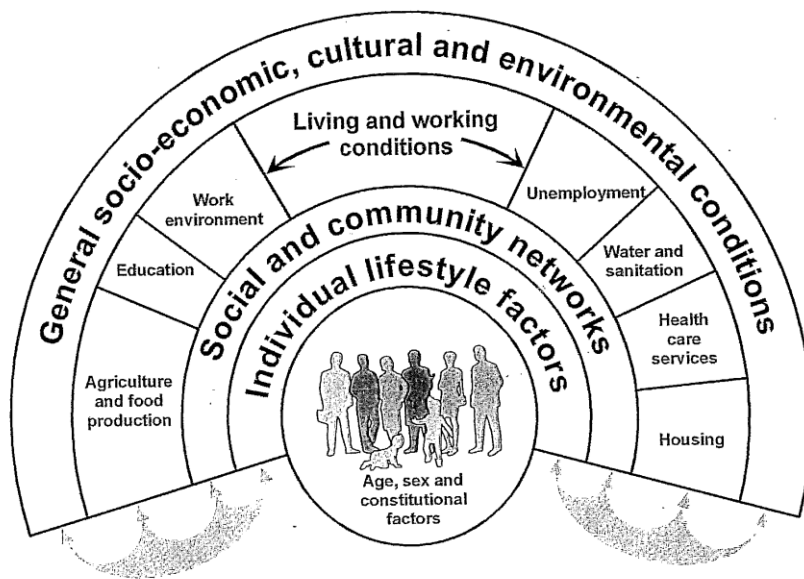
O modelo mais referenciado é o de Lalonde (1981) que, na década de 70 do século XX, identificou quatro dimensões de *determinantes da saúde*:

- Biologia Humana - aspetos que dependem da estrutura biológica dos sujeitos e da sua constituição orgânica. Engloba o património genético, a maturação e o envelhecimento;
- Meio ambiente – conjunto de fatores exteriores ao corpo, com impacto na saúde, onde se inclui a contaminação física, química, biológica e psicossocial;
- Estilos de vida – comportamentos que os indivíduos adotam, e sobre os quais podem exercer algum controlo;
- Sistema de saúde – quantidade, qualidade, distribuição e acessibilidade aos serviços de saúde.

Dever (1991) verificou grande assimetria entre os recursos disponibilizados e as mortes observadas nos EUA, no período 1974-1976, com a alocação da maioria dos recursos para os serviços de saúde (90,2%) e residual para os estilos de vida (1,3%), sendo estes os principais responsáveis por mortes prematuras.

Dahlgren e Whitehead (2007) desenvolveram um modelo concêntrico em que consideram as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais; as condições de vida e trabalho; as redes sociais e comunitárias; os estilos de vida e fatores constitucionais. A camada mais externa refere-se aos macrodeterminantes e a mais interna a determinantes individuais, constituindo-se uma cadeia de relações que se influenciam mutuamente (figura 1).

Figura 1 – Modelo de determinantes de saúde



Fonte: Dahlgren & Whitehead, 2007

Conforme Dahlgren e Whitehead (2007), o nível mais externo refere-se aos principais macrodeterminantes relacionados com as *condições económicas, culturais e ambientais da sociedade* que se constituem mediadores fundamentais da saúde das populações. A intervenção a este nível visa mudanças estruturais de longa duração e passa por políticas de desenvolvimento e sustentabilidade dos países e entre os países.

O nível seguinte é relativo às *condições materiais e sociais de vida das pessoas* determinadas por exemplo pela disponibilidade de alimentos, o acesso a serviços essenciais, como a saúde e a educação, a existência de emprego e as condições de trabalho. Com a intervenção pretende-se melhorar as condições materiais e sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Estão envolvidos um ou mais setores públicos e privados, como por exemplo políticas de saúde, segurança social, educação, agricultura e pescas, etc.

O nível relativo às *redes comunitárias e de apoio* assume particular importância na medida em que a maior ou menor riqueza do nível de coesão social influencia a saúde da sociedade como um todo bem como o seu empoderamento. Com a intervenção procura reforçar-se o suporte social e comunitário dos indivíduos e famílias, bem

como o seu empoderamento. As estratégias devem considerar as potencialidades das redes de proximidade (famílias, vizinhos, amigos, organizações de voluntários, etc.).

A camada imediatamente a seguir é relativa aos *estilos de vida individuais* reconhecendo-se que a responsabilidade individual das pessoas é determinante no seu potencial de saúde. A intervenção visa influenciar os estilos de vida individuais, reconhecendo que as pessoas fazem escolhas, conscientes ou inconscientes, que são capazes de mudar, sendo a educação para a saúde um importante instrumento para informar, ajudar, apoiar e orientar na adoção de estilos de vida mais saudáveis. Este nível encontra-se no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais de saúde sendo os comportamentos individuais fortemente condicionados por determinantes sociais.

A WHO (2013) refere-se aos determinantes sociais da saúde enquanto as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e que são influenciadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos a nível global, nacional e local.

Os indivíduos estão no centro do modelo, com as suas características individuais (*a idade, o sexo, os fatores genéticos*) sobre as quais se pode ter pouco controlo.

A intervenção é tanto mais abrangente quanto se conseguir agir sobre os determinantes mais globais e tanto mais eficaz quanto for direcionada, de forma articulada e simultânea, para diferentes níveis, considerando que a intervenção deve ter por foco os determinantes modificáveis, nomeadamente os determinantes sociais em saúde com vista a diminuir as iniquidades em saúde.

Neste sentido a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (WHO, 2011) considera cinco áreas cruciais na abordagem das iniquidades em saúde: *i)* adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; *ii)* promover a participação na formulação e implementação de políticas; *iii)* continuar com a reorientação do setor da saúde para a redução das iniquidades em saúde; *iv)* fortalecer a governança e a colaboração global; *v)* monitorizar os avanços e ampliar a prestação de contas.

Se a identificação de fatores que influenciam a saúde tem vindo a ser uma preocupação das pessoas, dos profissionais, das instituições e das políticas, o aumento do empoderamento dos diferentes intervenientes nos processos da saúde e do desenvolvimento é fundamental para a intervenção ao nível dos determinantes sociais da saúde.

A evolução do conhecimento, os recursos, os movimentos sociais, a cidadania e o valor atribuído à saúde, aceleraram o emergir de novos conceitos, políticas e intervenções, com dimensão transnacional, em que a promoção da saúde assume papel relevante.

Promoção da Saúde

O conceito de promoção da saúde encontra-se ligado às primeiras definições de Saúde pública (Ferreira, 1982) e tem no relatório Lalonde um marco, quando é preconizada a intervenção positiva sobre os determinantes de saúde. Parte do pressuposto que os comportamentos se constituem como fatores de risco, sendo suscetíveis de intervenção e de modificação. O enfoque é predominantemente comportamentalista.

Das limitações desta abordagem emerge, na década de 80, uma perspetiva sócioambiental, que vai desencadear diversidade de dinâmicas e novos enfoques (Frias Osuna & Palomino Moral, 2000; Carvalho, 2004).

Com a declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), reconhece-se que a saúde é um objetivo social, no qual os governos devem investir. A participação é um direito e um dever, e os Cuidados de Saúde Primários o meio de acesso generalizado aos cuidados.

O movimento da promoção da saúde sustenta-se nos pressupostos da declaração de Alma Ata e tem-se desenvolvido ao longo das últimas décadas, sobre os auspícios da OMS, nomeadamente através da realização de conferências globais da promoção da saúde.

Da primeira conferência resultou a Carta de Otava em que se define a promoção da saúde, enquanto “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem” (WHO, 1986, p. 1). A saúde constitui-se como um recurso para a vida e os recursos pessoais e sociais instrumentos para a atingir. O propósito é a capacitação das pessoas e comunidades no sentido de aumentarem o controlo sobre a saúde e os seus determinantes.

Para que a sua implementação seja eficaz consideram-se pré-requisitos básicos: paz, habitação, educação, alimentos, rendimentos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Para a consecução da promoção da saúde são definidas cinco áreas de ação:

- Estabelecer políticas saudáveis – inscrevendo a saúde na agenda política e desenvolvendo medidas complementares, como legislação, fiscalidade e mudanças organizacionais;
- Criar ambientes favoráveis à saúde - encorajando os cuidados recíprocos, numa abordagem ecológica, assegurando a conservação e sustentabilidade dos recursos naturais e compatibilizando trabalho e tempos livres;
- Reforçar a ação comunitária – através do maior controlo das comunidades sobre os determinantes de saúde, reforçando-se o seu poder;
- Desenvolver competências pessoais – no pressuposto de que informação adequada e pertinente, a educação para a saúde e o treino de habilidades e competências contribuem para opções saudáveis. As pessoas fazem aprendizagens ao longo da vida, em diferentes contextos, de forma a conseguirem satisfazer as suas necessidades;
- Reorientar os serviços de saúde – partilhando responsabilidades entre os indivíduos e as instituições para que o trabalho em rede permita alcançar um alto-nível de bem-estar. As instituições devem orientar-se

Promoção da Saúde: da investigação à prática

para a promoção da saúde, a equidade, serem culturalmente sensíveis e terem em consideração as necessidades globais das pessoas (WHO, 1986).

A segunda conferência centrou-se nas políticas saudáveis, tendo sido expressas as recomendações na declaração de Adelaide (WHO, 1988), considerando-as aquelas que se preocupam com a saúde e a equidade, e possibilitam a realização de escolhas saudáveis. As políticas saudáveis não se limitam ao sector da saúde mas englobam outros sectores com impacto na saúde (agricultura, comércio, educação, entre outros).

A saúde é considerada, para além de um direito fundamental, um investimento social com impacto no desenvolvimento económico e social, em que para diminuir as desigualdades se torna necessário dar prioridade aos grupos vulneráveis e desprotegidos.

É expressa a responsabilização dos governantes e gestores de recursos pelas consequências das políticas de saúde adotadas, bem como da divulgação dos seus impactos de forma compreensível pelas populações.

São identificadas quatro áreas prioritárias para a concretização de políticas saudáveis:

- O apoio à saúde das mulheres, considerando-as como as principais promotoras de saúde. Das recomendações salientam-se: *i*) igualdade na repartição do trabalho na prestação de cuidados no contexto da comunidade; *ii*) práticas de nascimento baseadas nas necessidades e preferências das mulheres; *iii*) apoio no trabalho de cuidar, nomeadamente às mães, através das licenças parentais e para a prestação de cuidados a dependentes;
- Alimentação e nutrição, preconizando-se a eliminação da fome e da subnutrição, com políticas que garantam o acesso universal a alimentação saudável e equilibrada, considerando a produção e distribuição dos alimentos;
- Tabaco e álcool, em que se reconhece as consequências destes consumos para a saúde individual e coletiva;
- Criar ambientes favoráveis à saúde, propondo a proteção das pessoas face aos efeitos adversos da exposição a fatores físicos, químicos e biológicos.

Considera-se ainda fundamental a avaliação dos impactos das políticas. Para se atingir um elevado nível de saúde as políticas não se podem limitar aos cuidados de saúde, mas devem ser intersectoriais, não dependendo exclusivamente dos governos, e abrangendo toda a sociedade (WHO, 1988).

Da terceira conferência emergiu a Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde (WHO, 1991), onde se chama a atenção para a pobreza e degradação do ambiente, e que o ambiente físico, social, económico e político deteriorado contribui negativamente para a saúde. Definem-se como ambientes favoráveis à saúde os aspetos físicos e sociais dos contextos de vida.

Para a promoção da criação de ambientes favoráveis à saúde enumera quatro ações estratégicas de saúde pública:

- Fortalecimento da advocacia através da ação comunitária, assumindo particular importância as mulheres;
- Empoderamento das comunidades e dos indivíduos de forma a controlarem a sua saúde e o ambiente;
- Construção de alianças para a saúde;
- Mediação de forma a assegurar a equidade no acesso a ambientes favoráveis à saúde (WHO, 1991)

Esta conferência considera um conceito lato de ambiente e coloca a ênfase na articulação entre a saúde, o ambiente e o desenvolvimento, para além de apresentar preocupações quanto ao desenvolvimento sustentável para assegurar o futuro do planeta.

No prosseguimento das conferências anteriores, a quarta Conferência Global sobre Promoção da Saúde teve como lema: *Novos Atores para uma Nova Era – adaptar a promoção da saúde ao século XXI* (WHO, 1997), reforça os pré-requisitos e reafirma as estratégias enunciadas na Carta de Otava, considerando que para as atingir de forma mais eficaz se deve ter em consideração que: *i*) as abordagens globais em saúde são mais efetivas; *ii*) ambientes específicos oferecem possibilidades concretas para a implementação de estratégias globais, nomeadamente escolas, cidades, entre outros; *iii*) a participação é fator determinante para o sucesso, com as pessoas no centro da intervenções e dos processos decisórios; *iv*) a aprendizagem favorece a participação pelo que a educação e a informação são essenciais.

Para que a intervenção se torne mais eficaz é necessário investir na cooperação interinstitucional, que não se limita ao sector público, o que implica a criação de parcerias em saúde com múltiplas estruturas e intervenientes sociais.

Definem-se cinco prioridades para a promoção da saúde no século XXI, nomeadamente: *i*) promover a responsabilidade social no que se refere à saúde através de políticas e intervenções saudáveis, que protejam o ambiente e assegurem a sustentabilidade dos recursos; que restrinjam a produção, comércio e marketing de produtos nocivos e que defendam os consumidores; *ii*) reforçar os investimentos para desenvolver a saúde tendo em consideração abordagens multisectoriais, não se limitando por isso ao sector da saúde; *iii*) consolidar e alargar as parcerias em saúde; *iv*) aumentar a capacitação da comunidade e dos indivíduos para que se constituam parceiros no processo de promoção da saúde, recorrendo à utilização de meios de comunicação tradicionais e de novas tecnologias; *v*) garantir uma infraestrutura para a promoção da saúde, sendo para tal necessário a formação dos intervenientes, a investigação e a prática baseada na evidência (WHO, 1997).

Em consonância com as prioridades identificadas elencaram-se como prioridades de ação: *i*) aumentar os conhecimentos sobre determinantes em saúde e a sua modificação; *ii*) expandir as redes em saúde; *iii*) mobilizar e afetar recursos para a promoção da saúde; *iv*) aumentar os conhecimentos sobre boas práticas em promoção da saúde; *v*) promover a partilha de boas práticas; *vi*) promover a solidariedade; *vii*) estimular a transparência e a responsabilidade (WHO, 1997).

A promoção da saúde pode constituir-se um importante recurso para o desenvolvimento, no entanto é fundamental investir no empoderamento pessoal e social, nas redes de proximidade, na corresponsabilização da sociedade e na afetação de recursos específicos.

Promoção da Saúde: da investigação à prática

A quinta conferência decorreu no México sob o lema *Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade* (WHO, 2000), da qual emergiu a Declaração Ministerial do México para a promoção da saúde.

Partindo da avaliação dos desenvolvimentos observados no âmbito da promoção da saúde realça que: *i)* um elevado nível de saúde é necessário para o desenvolvimento; *ii)* a promoção da saúde é uma responsabilidade dos governos, partilhada com outros sectores da sociedade; *iii)* se verificou melhoria do nível de saúde e da provisão de serviços; *iv)* se mantêm problemas de saúde que necessitam ser resolvidos uma vez que prejudicam o desenvolvimento; *v)* os progressos registados no âmbito da saúde são ameaçados pelo surgimento e ressurgimento de doenças; *vi)* é necessária a abordagem de determinantes sociais, económicos e ambientais com fortalecimento da colaboração para a promoção da saúde entre os diferentes sectores da sociedade; *vii)* a promoção da saúde deve constituir-se uma componente das políticas públicas com vista a maior equidade; *viii)* as estratégias de promoção da saúde revelam-se eficazes.

Partindo da análise da situação propõe como principais ações: *i)* colocar a promoção da saúde como prioridade das políticas; *ii)* assegurar a participação de todos os sectores da sociedade nas ações de promoção da saúde; *iii)* apoiar a preparação de planos de ação de promoção da saúde que na sua estrutura incluam a identificação de prioridades em saúde, políticas e programas para a sua implementação, apoiar a investigação que sustente o conhecimento sobre as áreas prioritárias, mobilização de recursos para o desenvolvimento, implementação, monitorização e avaliação desses planos; *iv)* estabelecer redes nacionais e internacionais para a promoção da saúde; *v)* defender que a ONU seja responsável pelo impacto, em termos de saúde, da sua agenda de desenvolvimento.

Salienta-se a importância da centralidade da promoção da saúde e a elaboração e implementação de Planos Nacionais de Saúde com o acompanhamento por peritos da OMS. No âmbito deste movimento em Portugal surge o Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Da sexta conferência emergiu a Carta de Bangucoque para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (WHO, 2005). Neste documento estabelecem-se as ações e compromissos para abordar os determinantes de saúde num mundo globalizado, reiterando os valores, princípios e estratégias da Carta de Otava e das recomendações das conferências posteriores.

Partindo do pressuposto que a saúde é um direito fundamental, considera que a promoção da saúde é uma função prioritária da saúde pública e contribui para luta contra as doenças e ameaças à saúde.

Identificam-se como fatores críticos que influenciam a saúde: O aumento das desigualdades entre países e dentro dos países; novos padrões de consumo e de comunicação; globalização do comércio; mudanças globais no meio ambiente e aumento da urbanização. Novos desafios decorrem destes fatores, nomeadamente rápidas mudanças sociais, económicas e demográficas, com impacto nas condições de trabalho, na educação, nas famílias, nas comunidades e nas culturas, evidenciando-se diferenças de género e maior vulnerabilidade entre as crianças, deficientes, marginais e povos indígenas. Cumulativamente identificam-se novas oportunidades tais como a melhoria das tecnologias de comunicação e informação, e mecanismos mais eficientes para o governo global e para a troca de experiências.

Definem-se quatro compromissos fundamentais: *i)* conseguir que a promoção da saúde seja uma componente central da agenda do desenvolvimento mundial; *ii)* torná-la uma responsabilidade central dos governos, como um todo; *iii)* conseguir que se constitua como um dos principais focos de atenção das comunidades e da sociedade civil; *iv)* conseguir que seja um requisito de boas práticas empresariais.

Face aos novos desafios num mundo globalizado as estratégias de intervenção devem contribuir para:

- A advocacia pela saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade
- Investir em políticas, ações e infraestruturas sustentáveis para atuar sobre os determinantes de saúde
- Promover capacidades para o desenvolvimento de políticas, de liderança, de práticas de promoção de saúde, de transferência de conhecimentos e investigação, e de alfabetização sanitária
- Legislar e regular para garantir a proteção face a fatores adversos e assegurar a igualdade de oportunidades
- Construir parcerias e alianças entre os múltiplos setores da sociedade.

Novos desafios são também novas oportunidades de intervenção em que todos os sectores da sociedade têm responsabilidade. Para que a Promoção da Saúde possa contribuir para o desenvolvimento torna-se necessário a intervenção coordenada ao nível das cinco áreas definidas na Carta de Otava.

A sétima Conferência Global de Promoção da Saúde decorreu em Nairobi, trata-se da primeira a ocorrer num país africano, subordinada ao tema: *Encerrar o abismo na implementação da Promoção da Saúde* (WHO, 2009).

Para além de reiterar o expresso nas anteriores conferências, apoia as recomendações da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde da OMS e considera que a promoção da saúde é a melhor estratégia para a redução das desigualdades na saúde e na pobreza, contribuindo desta forma para atingir o objetivo do desenvolvimento.

Reconhecendo as mudanças de contexto e os desafios com que as sociedades se confrontam apresenta como compromissos globais:

- Utilizar o potencial inexplorado da promoção da saúde, fazendo recurso da evidência para provar aos decisores que a promoção da saúde é fundamental para a gestão dos desafios nacionais e globais, revitalizando os Cuidados de Saúde Primários e os seus princípios;
- Fazer com que os princípios da promoção da saúde integrem as políticas e a agenda do desenvolvimento, tendo nomeadamente em consideração a promoção da justiça e da equidade em saúde implementando as recomendações da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS;
- Desenvolver mecanismos de execução eficazes e sustentáveis, tendo uma estratégia de promoção de saúde e planos de ação que respondam às principais necessidades em saúde com intervenções equitativas e com a melhor relação custo-eficácia.

As estratégias e ações essenciais para a consecução da promoção da saúde foram consideradas as seguintes:

Promoção da Saúde: da investigação à prática

- Capacitação para a promoção da saúde, através do reforço das lideranças, de um adequado suporte financeiro, do aumento das competências dos profissionais com reorientação da sua formação, melhoria da abordagem do sistema e da performance da gestão;
- Reforço dos sistemas de saúde através do fortalecimento de lideranças e das políticas com integração da promoção da saúde no *continuum* dos cuidados de saúde e outros, serviços sociais e comunitários, ao longo do ciclo vital;
- Parcerias intersectoriais com reforço de lideranças, das políticas e da implementação, bem como da construção e aplicação da melhor evidência.
- Empoderamento comunitário, através do desenvolvimento de competências das comunidades, de recursos sustentáveis e da construção e aplicação da evidência.
- Literacia em saúde sendo considerada fundamental para o desenvolvimento da promoção da saúde (WHO, 2009)

A promoção da saúde atravessa todos os níveis de prevenção tornando-se necessário investir na formação e reorientação de práticas profissionais. As parcerias, o trabalho em rede e o empoderamento pessoal e social, a par da investigação e a divulgação de boas práticas, constituem-se fundamentais para atingir um alto nível de bem-estar.

A oitava conferência decorreu em Helsínquia (WHO, 2013) sob o lema *Saúde em Todas as Políticas*, sendo este definido como uma abordagem para as políticas públicas em todos os sectores que sistematicamente têm em consideração implicações nas decisões para a saúde, na procura sinergias e no evitamento de impactos prejudiciais à saúde, a fim de melhorar a saúde das populações e a equidade em saúde.

Sustenta-se que a equidade na saúde e o nível mais elevado possível de saúde é um dos direitos fundamentais do Homem. É responsabilidade dos governos a saúde das populações e a equidade em saúde sendo que esta é uma expressão de justiça social.

Da conferência emergiu um apelo aos governos para o cumprimento das suas obrigações para com a saúde e o bem-estar das populações devendo:

- Comprometer-se com a saúde e a equidade em saúde enquanto prioridade política, adotando os princípios da saúde em todas as políticas e agir sobre os determinantes sociais em saúde;
- Assegurar estruturas, processos e recursos que permitam a implementação da saúde em todas as políticas dos governos e entre os governos;
- Reforçar a capacidade dos ministérios da saúde para envolver outros ministérios, na liderança, parcerias, advocacia e mediação para melhorar os resultados em saúde;
- Desenvolver capacidades e competências que permitam a implementação da saúde em todas as políticas e proporcionar evidências em determinantes de saúde e inequidade e na eficácia das respostas;
- Adotar auditorias transparentes e mecanismos de responsabilização acerca dos impactos das medidas na saúde e na equidade de forma a estabelecer mecanismos de confiança entre os governos e as populações;
- Estabelecer medidas de salvaguarda de conflitos de interesses que incluam a defesa das políticas face aos interesses comerciais;
- Incluir as comunidades, os movimentos sociais e a sociedade civil no desenvolvimento, implementação e monitorização da saúde em todas as políticas e aumentar a literacia em saúde das populações.

Entre outras medidas os participantes na conferência solicitam à OMS que apoie os estados a colocarem em prática a saúde em todas as políticas, para aumentar as suas competências neste âmbito, utilizar a saúde em todas as políticas no trabalho com as Nações Unidas, no que se refere aos objetivos do Milénio e na agenda para o desenvolvimento no pós-2015. Assim, lançam o repto a que as diferentes organizações internacionais sejam coerentes com os princípios da saúde em todas as políticas e estabeleçam sinergias para as colocar em prática (WHO, 2013).

A *saúde em todas as políticas* tem como pressuposto que a saúde não se limita ao estrito âmbito das competências tradicionais dos ministérios da saúde. Torna-se necessário que estes se constituam advogados, mediadores e facilitadores para que a saúde atravesse todas as políticas a nível global, nacional, regional e local.

Para tal, há necessidade de reorientar práticas profissionais, de empoderar pessoas e comunidades, de fomentar o trabalho em rede e de prestar contas de forma transparente.

A promoção da saúde continua a ser fundamental para a equidade em saúde e para o desenvolvimento.

Conclusão

Das conferências é evidente que a promoção da saúde visa a transformação social e o empoderamento pessoal e comunitário.

A promoção da saúde vai para além do controlo e da intervenção sobre os comportamento de saúde, mas procura-se uma intervenção social ativa que permita influenciar as decisões. Os profissionais, com intervenção na promoção da saúde, deverão orientar a sua intervenção para ajudar os indivíduos e os grupos a construir a sua autonomia, e responsabilidade, pelo que o poder na tomada de decisões é partilhado, procurando-se um modelo *bottom-up*. Espera-se que tenham conhecimentos na área, competência técnica, responsabilidade social e satisfaçam as necessidades dos clientes. Constituem-se como dinamizadores, facilitadores, advogados, pelo que do seu corpo de competência não se espera apenas o domínio técnico-científico, mas também os valores e os princípios que orientam a profissão.

Parece pois que a promoção da saúde continua a necessitar de informação pertinente, mas também da participação e responsabilização dos indivíduos, enquanto sujeitos ativos nas tomadas de decisão no seu contexto de vida.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 11(1), 11-18
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de Promoção da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(4), 1088-1095.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO – strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for futures studies.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail?. *Le Travail Humain*. 58(1), 1-16.
- Dever, A. (1991). *Community health analysis: global awareness at local level*. 2nd ed. USA: Aspen Publishers.
- Frias Osuna, A. & Palomino Moral, P. (2000). Promoción de Salud. In Frias Osuna, A. *Salud Publica y Educación para la Salud*. Barcelona: Masson SA.
- Ferreira, F.A. (1982). *Moderna Saúde Pública*, 5^a edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Koelen, M. A. & Van Den Ban, A. (2004). *Health education and Health Promotion*. Netherlands: Wageningen Academic Publishers.
- Lalonde, M. (1981). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens: un document de travail*. Canada: Ministre des approvisionnements et services Canada.
- Laverack, G. (2007). *Health Promotion Practice: building empowered communities*. England: McGraw-Hill.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde: poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59(6), 440-442.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*. 21(3), 238-244.
- Piedrola Gil, G. [et al]. (1994). *Medicina Preventiva y Salud Publica*. 9^a ed. Barcelona: Ediciones Cientificas y Técnicas S. A. Mason Salvat Medicina.
- Salleras Sanmarti, L. (185). *Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata: international conference of primary health care*. Retirado de http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>.
- WHO. (1988). *Adelaide Recommendations on Health Public Policy. Second international conference on health promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/print.html>.
- WHO. (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/print.html>.
- WHO. (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/print.html>.
- WHO. (1998a). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- WHO. (2000). *The Fifth Global Conference on Health Promotion. Health Promotion: bridging the equity gap*. Retirado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf.
- WHO. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/index.html>.
- WHO. (2009). *7th Global Conference on Health Promotion*. Retirado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>.
- WHO. (2011). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro: WHO.
- WHO. (2013). *The 8th Global Conference on Health Promotion: The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Retirado de http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf.
- WHO. (2013). What are the social 'determinants' of health?. Retirado de http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html.