

Maria Cristina Campos de Sousa Faria

A PSICOLOGIA NA INTERFACE COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O BEM-ESTAR

Lição para as Provas Públicas de Avaliação de Competência Pedagógica e Técnico-Científica de acordo com o artigo 6º, nºs 9 a 11 da Lei nº 7/2010 de 13 de Maio, para acesso à categoria de Professor Coordenador, na área disciplinar de Psicologia, na especialização de Psicologia da Saúde, apresentada ao Instituto Politécnico de Beja

Maio de 2017



Maria Cristina Campos de Sousa Faria, apresentou em tempo devido requerimento com vista a prestação de Provas Públicas de Avaliação das suas Competências Pedagógica e Técnico-Científica para a categoria de Professor Coordenador, na área disciplinar de Psicologia, na especialização de Psicologia da Saúde, tendo Sua Excelência o Presidente do Instituto Politécnico de Beja dado seguimento ao requerido no Despacho Nº 44/PIP/B/2017, emitido a 27 de Abril de 2017, com publicação em Diário da República, no respeito da forma estatutária devida e tendo sido considerado:

- a) O disposto na Lei nº 62/2007, de 10 de setembro, que aprovou o novo regime jurídico das Instituições de ensino superior;
- b) O disposto no artigo 40º dos Estatutos do Instituto Politécnico de Beja, homologados por despacho de Sua Excelência, o Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, em 20 de agosto de 2008, e publicados no Jornal Oficial, o Diário da República, 2ª Série, nº 169, de 2 de Setembro de 2008;
- c) O disposto no nº5 do artigo 8º- A do Decreto-Lei nº 207/2009, de 31 de agosto na redação dada pela Lei nº 7/2010, de 13 de maio;
- d) O disposto nos nºs 8 a 11 do artigo 6º do Decreto-Lei nº 207/2009, de 31 de agosto na redação dada pela Lei nº 7/2010, de 13 de maio;
- e) O disposto nos artigos 21º a 24º-A do decreto-Lei nº 207/2009, de 31 de agosto, que aprovou o Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico;
- f) O disposto nos artigos 2º , 3º e 4º do Regulamento das Provas Públicas de Avaliação de Competência Pedagógica e Técnico- Científica, homologado em 19 de março de 2012 e aprovado na reunião nº 58 do plenário do Conselho Técnico Científico do Instituto Politécnico de Beja, em 18 de janeiro de 2012.

Índice

Índice dos Quadros	6
Índice das Figuras	6
Nota prévia	7
PRIMEIRA PARTE-ENQUADRAMENTO	9
A. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	9
B. OBJETIVOS EDUCACIONAIS/RESULTADOS DE APRENDIZAGEM, MÉTODOS DE ENSINO E APRENDIZAGEM, E AVALIAÇÃO	13
SEGUNDA PARTE- LIÇÃO	17
C. A PSICOLOGIA NA INTERFACE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR	17
Resumo	19
Astract	21
INTRODUÇÃO	23
1.PSICOLOGIA DA SAÚDE	26
1.1. Emergência da Psicologia da Saúde	26
1.2. As Três Revoluções de Saúde e os Modelos	31
1.3. A Salutogénese	38
1.4. Comportamento humano e saúde	44
2.PROMOÇÃO DA SAÚDE	51
2.1. Evolução do conceito de Promoção da Saúde	52
2.2. As Conferências Mundiais sobre Promoção da Saúde (1986-2016)	55
2.3. A Promoção da Saúde na Cidade e na Comunidade	67
2.4. Estilo de Vida	72
3.EDUCAÇÃO POSITIVA: ENSINAR SAÚDE E BEM-ESTAR	75
3.1. Contributos da Psicologia Positiva para a Saúde e Bem-estar	75
3.2.A Literacia em Saúde	85
SÍNTESE CONCLUSIVA	87
REFERÊNCIAS	89
Anexos da Lição	99
Anexo I-Descriptor de Unidade Curricular de Psicologia da Saúde	101
Anexo II- Ficha de Trabalho de Grupo de Psicologia da Saúde	103
Anexo da Lição em Suporte Informático (Pen)	105

Índice dos Quadros

<i>Quadro 1 - Emergência da Psicologia da Saúde (1973-1983)</i>	27
<i>Quadro 2 -Comparação entre o modelo biomédico e o modelo de resultados</i>	37
<i>Quadro 3 - Contributos da Psicologia da Saúde para a Saúde Pública e vice-versa</i>	44
<i>Quadro 4- Lista parcial de fatores de risco comportamentais e psicossociais</i>	49
<i>Quadro 5-Acontecimentos Mundiais sobre a Promoção da Saúde (1974 a 2016)</i>	56
<i>Quadro 6- 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU até 2030</i>	63
<i>Quadro 7- Itens de bem-estar aplicados a mais de 2 mil adultos em cada uma das nações ...</i>	83

Índice das Figuras

<i>Figura 1-Modelo das determinantes de saúde Dahlgren e Whitehead</i>	43
<i>Figura 2- A abordagem do processo de ação para a saúde</i>	48
<i>Figura 3 –Modelo Integrativo do desenvolvimento de situações de bem/mal-estar</i>	77

NOTA PRÉVIA

A Lição que se apresenta enquadra-se nas Provas Públicas de Avaliação de Competência Pedagógica e Técnico-Científica de acordo com o artigo 6º, nºs 9 a 11 da Lei nº 7/2010 de 13 de Maio, para acesso à categoria de Professor Coordenador, na área disciplinar de Psicologia, na especialização de Psicologia da Saúde, apresentada ao Instituto Politécnico de Beja.

De acordo com o ponto 1.a) do *“Artigo 4º Disciplina das Provas”* do Regulamento das Provas Públicas de Avaliação de Competência Pedagógica e Técnico-Científica é referido que deve ser realizada a *“Apresentação de uma lição sobre um tema escolhido pelo requerente no âmbito da área ou áreas disciplinares em que desempenha funções”*.

A Lição na área da Psicologia (Psicologia da Saúde) é sobre o tema *“A Psicologia na Interface com a Promoção da Saúde e o Bem-estar”* e pode ser enquadrada, no programa da Unidade Curricular de Psicologia da Saúde, que faz parte do 2º ano, do curso de 1º Ciclo de licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

A Lição encontra-se dividida em duas partes, a saber: *1ª Parte*: A) Justificação do tema considerando a sua relevância e inserção em Psicologia da Saúde e o seu enquadramento num programa da Unidade Curricular de Psicologia da Saúde do curso de 1º Ciclo de licenciatura em Enfermagem do Instituto Politécnico de Beja; e B) Objetivos Educacionais/Resultados de Aprendizagem, Métodos de Ensino e Aprendizagem, e Avaliação; e uma *2ª Parte*: Lição escrita de Psicologia (Psicologia da Saúde) sobre o tema *“A Psicologia na Interface com a Promoção da Saúde e o Bem-estar”*. Em anexo incluir-se-á o Descritor da Unidade Curricular de Psicologia da Saúde onde o tema da Lição pode ser enquadrado e os documentos de orientação/ trabalho para serem realizados com os(as) alunos (as).

O documento escrito da Lição foi construído de forma a poder ser um ponto de partida e um referencial de estudo ou consulta para os interessados no tema, em particular, os profissionais de saúde e de educação do presente e do futuro, como é o caso dos estudantes da licenciatura em enfermagem.

PRIMEIRA PARTE – ENQUADRAMENTO

A. Justificação do tema

A abordagem da saúde é hoje compreendida em várias dimensões (físicas, psicológicas, sociais, comunitárias, económicas e educacionais) e condicionada pelas políticas contemporâneas. De um modo geral, abrange todos os sectores e serviços, conhecimentos e técnicas, pelo que obriga a trabalhar e intervir em parceria à esfera global, nacional, regional e local. Por outro lado, os cidadãos são chamados a estarem atentos não só à sua própria saúde, mas também, à saúde da sua família, comunidade, sociedade e mundo global. Por conseguinte, é preciso saber investir em *Promoção da Saúde* e em *Bem-estar*, pois desta ação depende a vida das gerações do presente e do futuro. Por isso, esta é uma área de influência para os psicólogos.

A investigação no âmbito da psicologia e saúde e as intervenções emanadas desta pesquisa abrangem o contínuo de bem-estar e prevenção de doenças agudas e crónicas até ao último acontecimento de vida. Uma atenção crescente tem sido dada às abordagens baseadas na “robustez” (“*strength-based approaches*”) (Johnson, Roberts, & Worell, 1999; cit. Johnson, 2003) e psicologia positiva (Seligman, 2002). A pesquisa e as intervenções ganham profundidade ao incluir o impacto da pobreza, etnia e raça, orientação sexual e género na saúde e evidenciam a vitalidade de um modelo bio-psico-sócio-cultural de saúde (Johnson, 2003).

Várias iniciativas de valor têm sido desenvolvidas nos últimos 30 anos, depois do marco histórico da Carta de Ottawa (1986; cit. Eriksson & Lindstöm;2008). Contudo, estamos conscientes que muito foi feito pela saúde dos cidadãos e que é preciso continuar a trabalhar em prol da saúde para todos, viabilizando o potencial existente e aceitando os desafios contemporâneos como oportunidades de fazer melhor. É aqui que a Psicologia, em particular, a Psicologia da Saúde, pode continuar a dar o seu contributo como área científica e como profissão, em contextos de saúde e de doença(s). Pode fazê-lo a diversos níveis (Conhecimento e Informação; Investigação e Avaliação; Intervenção e Formação); recorrendo aos vários modelos psicológicos, em conformidade com as necessidades, as circunstâncias e os ambientes identificados a nível individual, de grupo e comunitário. Esta perspectiva é evidenciada pela Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association* (APA), 2017) no seu Artigo I do *Bylaws of the American Psychological Association* (Amended January 2017), quando apresenta como objectivos “*promover a psicologia como ciência e profissão e como meio de promover a saúde, a educação e o bem-estar humano através do encorajamento da psicologia em todos os seus ramos da maneira mais ampla e liberal (...)*”; destacando no final a relevância da aplicação dos resultados da investigação à promoção da saúde, da educação e do bem-estar público.

De uma maneira geral, os autores definem a Psicologia da Saúde como a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, à doença e aos cuidados de saúde, perspetivando o estudo do papel da psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde, da doença, da promoção da saúde, prevenção do risco e da prestação dos cuidados de saúde (Odgen, 1999; Ribeiro, 2007). Por conseguinte, o seu campo de investigação abrange

várias áreas, domínios e aspetos de avaliação, destacando-se nos últimos tempos uma preocupação dos investigadores pelos estudos da dor e comportamento de dor, stresse, emoções e acontecimentos de vida, processos de *coping*, apoio social, estado de saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde, doenças, sintomas, alterações funcionais, reabilitação, expectativas, experiência e avaliação dos cuidados de saúde, diferenças individuais e demográficas, crenças acerca das causas das doenças, crenças e conhecimentos acerca das doenças e da saúde, comportamento relacionado com a saúde e promoção da saúde e do bem-estar. Por conseguinte, o psicólogo da saúde deverá ter competências de investigação que lhe permitam empreender e desenvolver uma pesquisa no domínio da saúde que contemple as principais categorias de avaliação em contextos de saúde (incapacidade funcional, bem-estar psicológico, saúde social, qualidade de vida e satisfação com a vida, dor e saúde geral), bem como a organização das medidas de saúde em categorias (como a capacidade funcional, estado de saúde, bem-estar psicológico, redes sociais e suporte social e satisfação com a vida) (Odgen, 1999; Ribeiro, 2007).

Hoje sabemos que podemos “ensinar o bem-estar” e “educar para o bem-estar” (Seligman, 2012), por isso, há muito trabalho a ser realizado pelos indivíduos, pelos profissionais que trabalham em contextos de saúde e em contextos de educação, pela comunidade e pelos legisladores e decisores políticos. Temos consciência que podemos construir no presente um futuro positivo para todas as pessoas, comunidades e sociedades, e para que isso possa acontecer é preciso preparar os profissionais para que se envolvam de forma competente e com profissionalismo nesta tarefa da promoção da saúde e do bem-estar para todos.

A Psicologia e em particular a Psicologia da Saúde constitui uma mais valia na formação dos profissionais que trabalham em contextos de saúde, como é o caso dos enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, atividade física, geriatras e gerontólogos. Por isso, a disciplina de Psicologia da Saúde tem feito parte da estrutura curricular de formações da Escola Superior de Educação (ESE) e da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Beja (IPBeja) e tem vindo a ser ministrada em cursos de mestrado (Psicologia da Saúde; Psicologia Clínica e da Saúde; Psicogerontologia Comunitária; e Atividade Física e Saúde Escolar), licenciatura (Enfermagem), cursos de especialização tecnológica (Psicogerontologia) e cursos técnicos superiores profissionais (Psicogerontologia).

A perspetiva psicológica da saúde e da(s) doença(s) enquadrada na formação inicial em Enfermagem visa proporcionar aos formandos conhecimentos de cariz teórico, metodológico e prático no domínio dos comportamentos de saúde de uma personalidade para melhor planear, decidir e atuar na sua prática profissional. Pretende-se que, das decisões resultem melhorias significativas de desenvolvimento ao nível da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar do indivíduo (saudável ou doente), dos grupos e das populações. Podemos considerar que a presente Lição constitui o desenvolvimento de um conteúdo programático da Unidade Curricular de Psicologia da Saúde e que constitui uma mais valia para formação e prática profissional dos futuros enfermeiros.

Referências

- American Psychological Association. (2017). *Bylaws of the American Psychological Association* (Amended January). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eriksson, M. & Lindstöm, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23 (2): 190-199. doi.org/10.1093/heapro/dan014.
- Johnson, N. G. (2003). Psychology and health research, practice, and policy. *American Psychologist Association*, 58, 670–677.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: QUARTETO, ISBN: 989-558-045-2.
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (3–9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2012). *A Vida que Floresce*. Alfragide: Estrela Polar, ISBN:978-989-2068-1-7

B. Objetivos Educacionais/Resultados de Aprendizagem, Conteúdos Programáticos, Métodos de Ensino e Aprendizagem, e Avaliação

Apresentamos de seguida o enquadramento educacional da Lição “*A Psicologia na Interface com a Promoção da Saúde e o Bem-estar*” e a sua relevância para a formação no âmbito da Unidade Curricular de Psicologia da Saúde dos alunos do 2º ano do curso de 1º Ciclo da licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

A Unidade Curricular de Psicologia da Saúde do curso de 1º Ciclo em Enfermagem

A estrutura curricular do curso de 1º ciclo da licenciatura em Enfermagem da ESS-IPBeja possibilita uma formação em Psicologia a partir de duas unidades curriculares: a de “*Psicologia do Desenvolvimento*” com 3,5 ECTS, ministrada no 1º ano, 2º semestre com um total de 40 horas de contato (20 horas de ensino teórico e 20 horas de ensino teórico-prático); e de “*Psicologia da Saúde*” com 2 ECTS, ministrada no 2º ano, do 2º semestre com um total de 27 horas de contato (21 horas de ensino teórico e 6 horas de ensino teórico-prático), lecionadas em blocos de três horas durante nove semanas por circunstâncias da especificidade de calendário escolar do referido curso. Por conseguinte, quando o estudante se apresenta à Unidade Curricular de Psicologia da Saúde já é detentor de conhecimentos relativos às conceções psicológicas sobre o desenvolvimento cognitivo, intelectual, emocional, moral, social da personalidade ao longo do ciclo de vida.

Os Objetivos Educacionais /Resultados da Aprendizagem contemplados na Unidade Curricular de Psicologia da Saúde do curso de 1º Ciclo de licenciatura em Enfermagem visam preparar o futuro profissional para que no final da formação:

- 1) Conheça a área científica da Psicologia da Saúde, nos seus domínios, teorias, estudos, técnicas e contextos de intervenção.
- 2) Compreenda a perspetiva psicológica dos conceitos de saúde e de doença e especificidade da sua abordagem.
- 3) Possua conhecimentos de cariz teórico, metodológico e prático no domínio das relações que se estabelecem entre a saúde e a(s) doença(s), promoção da saúde, prevenção de comportamentos de risco, relações interpessoais, mudança de comportamentos e respetiva intervenção psicológica.
- 4) Conheça a especificidade dos contextos de investigação e intervenção psicológica em saúde e doença, bem-estar e qualidade de vida.
- 5) Conheça instrumentos de avaliação psicológica na área da saúde e da doença que possam ser úteis na prática de Enfermagem.
- 6) Seja capaz de construir em parceria uma planificação interventiva responsável ao nível da mudança de comportamentos, promoção da saúde do indivíduo (saudável ou doente) e da comunidade, e prevenção de comportamentos de risco.

Conforme se pode observar no Descritor da Unidade Curricular de Psicologia da Saúde (*Anexo I*) os conteúdos programáticos a ministrar visam, de forma articulada, cinco prismas da *Psicologia da Saúde*: 1) Orientações epistemológicas e práticas da Psicologia da Saúde; 2) Princípios gerais de avaliação e intervenção psicológica; 3) Promoção da Saúde e de Estilos de Vida de Bem-Estar; 4) Saúde, Risco e Sociedade; e 5) Intervenção Psicológica em grupos e na comunidade. Por conseguinte, os conteúdos programáticos apresentados têm como principal objetivo proporcionar aos estudantes uma formação científica especializada no domínio da Psicologia da Saúde, que lhes permita desenvolver competências de atuação conducentes a boas práticas, integradas em contextos identificados, seja de saúde ou de doença(s), permitindo a ação planificada ao nível da prevenção de comportamentos de risco e de promoção da saúde e do bem-estar dos cidadãos das várias gerações e de vários grupos em contextos de saúde e da comunidade.

As metodologias de ensino aplicadas à Unidade Curricular de Psicologia da Saúde do curso de 1º Ciclo de licenciatura em Enfermagem, comportando, embora, alguns momentos de exposição a cargo da docente, possibilitam o envolvimento ativo dos/das formandos/as através da realização de exercícios de dinâmicas de grupo, da resolução conjunta de problemas, da dinamização de debates e momentos de reflexão, em pequeno e grande grupo, com base na análise dos processos, pesquisa bibliográfica atual sobre os temas e produtos dos exercícios propostos, dos exemplos de projetos de intervenção na comunidade, no visionamento de vídeos e outros documentos.

No sentido de articular a formação académica com a prática profissional em contexto de saúde é proposto aos estudantes que identifiquem uma problemática do seu interesse, contextualizada no domínio da Psicologia da Saúde, dando origem a uma “*Aula Aberta de Psicologia da Saúde*” sobre o tema escolhido. Esta aula é dinamizada por convidados, profissionais no terreno, proporcionando aos alunos e à comunidade uma informação atualizada e multidisciplinar sobre a intervenção em contextos de saúde e os contributos da Psicologia, e ainda, a oportunidade de colocarem as suas questões e reflexões a especialistas.

A avaliação comporta duas modalidades: Trabalho individual (Teste) (50%); Trabalho de grupo (50%) com apresentação na aula; e depois, se for o caso, um Exame escrito (100%).

Conteúdos Programáticos, Métodos de Ensino e Aprendizagem, e Avaliação no âmbito da Lição

A presente Lição no âmbito da Psicologia (Psicologia da Saúde) com o tema “*A Psicologia na Interface com a Promoção da Saúde e o Bem-estar*”, tem como público alvo os futuros profissionais que venham a trabalhar em contexto de saúde, nomeadamente, os profissionais de enfermagem. Considera-se que o quadro de referência da Psicologia da Saúde, e em particular o tema em questão, contribui para uma melhor formação e prática profissional dos futuros enfermeiros.

Na elaboração da Lição foram tidos em consideração os Objetivos Educacionais /Resultados da Aprendizagem considerados para a Unidade Curricular de Psicologia da Saúde do curso de 1º Ciclo de licenciatura em Enfermagem, em especial, os objetivos 3 e 4. Por conseguinte, podemos dizer que pode ser enquadrada no conteúdo programático 3) *Promoção da Saúde e*

de *Estilos de Vida de Bem-Estar*, realizando o seu aprofundamento. Este quadro de referência e os conhecimentos escolhidos para ministrar possibilitam uma preparação do futuro profissional para que no final da formação:

1. Conheça a emergência da Psicologia da Saúde;
2. Identifique as Três Revoluções de Saúde e Modelos considerados;
3. Compreenda a salutogênese e o comportamento humano no campo da saúde;
4. Conheça os determinantes da saúde e a sua forma de atuação no sentido de aumentar ou diminuir a saúde e qualidade de vida;
5. Conheça o conceito de Promoção da Saúde e a sua relevância para o bem-estar;
6. Compreenda as implicações das Conferências Mundiais sobre Promoção da Saúde para a atuação em contextos de saúde e de doença(s);
7. Entenda a importância de uma abordagem psicológica e positiva da saúde;
8. Compreenda as implicações positivas de ensinar saúde e bem-estar.

É também esperado que os estudantes vão para além dos conhecimentos disponibilizados, que utilizem um pensamento divergente, procurando mais aprofundamento sobre os assuntos visados e refletindo sobre as suas implicações para a prática profissional. Pretende-se que continuem a pesquisa de informação especializada em Psicologia da Saúde e que reconheçam o seu interesse e os seus contributos para a atuação em contextos de saúde e de doença(s).

Sugere-se que, partam das fontes apresentadas e dos seus autores e realizem a procura de outras referências da investigação do momento sobre o trabalho realizado em Psicologia da Saúde no âmbito da Promoção da Saúde e do Bem-estar, que possibilite conhecer melhor as implicações dos saberes adquiridos em situações interventivas e concretas do seu interesse. A partir da informação disponibilizada e das competências desenvolvidas na abordagem em Psicologia da Saúde, espera-se ainda que, em paralelo, efetive a consciência do desenvolvimento de um profissionalismo assertivo na atuação em saúde.

O documento escrito da Lição pode ser disponibilizado aos estudantes, constituindo uma orientação e apoio ao estudo sobre a investigação e intervenção em Psicologia da Saúde, no domínio da Promoção da Saúde e do Bem-estar.

As metodologias de ensino aplicadas nesta Lição, comportam no primeiro momento uma exposição a cargo da docente (em *Tempo de Contato: Ensino Teórico*) sobre os conteúdos programáticos a ministrar, com recurso a suporte informático. Num segundo momento, propõe-se no final, a realização de uma Ficha de Trabalho (*Anexo II*), de pesquisa e resolução conjunta de problemas, a ser realizada em grupo de trabalho, já definido anteriormente, (em *Tempo de Trabalho Autónomo do Estudante*), e que se pretende que seja apresentado oralmente e por escrito numa próxima aula (em *Tempo de Contato: Ensino teórico-prático*). A avaliação deste trabalho será apresentada de forma qualitativa.

SEGUNDA PARTE – LIÇÃO

C. A PSICOLOGIA NA INTERFACE COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O BEM-ESTAR

A partir do enquadramento, considerações e pressupostos anteriormente apresentados foi construída uma Lição na área da Psicologia (Psicologia da Saúde) sobre o tema “***A Psicologia na Interface com a Promoção da Saúde e o Bem-estar***” que se apresenta de seguida.

A Lição encontra-se organizada da seguinte forma:

A PSICOLOGIA NA INTERFACE COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O BEM-ESTAR

Resumo

Abstract

INTRODUÇÃO

1.PSICOLOGIA DA SAÚDE

- 1.1. Emergência da Psicologia da Saúde
- 1.2. As Três Revoluções de Saúde e os Modelos
- 1.3. A Salutógenese
- 1.4. Comportamento humano e saúde

2.PROMOÇÃO DA SAÚDE

- 2.1. Evolução do conceito de Promoção da Saúde
- 2.2. As Conferências Mundiais sobre Promoção da Saúde (1986-2016)
- 2.3. A Promoção da Saúde na Cidade e na Comunidade
- 2.4. Estilo de Vida

3.EDUCAÇÃO POSITIVA: ENSINAR SAÚDE E BEM-ESTAR

- 3.1. Contributos da Psicologia Positiva para a Saúde
- 3.2. A Literacia em Saúde

SÍNTESE CONCLUSIVA

REFERÊNCIAS

Anexos da Lição

- Anexo I- Programa da Unidade Curricular de Psicologia da Saúde
- Anexo II-Ficha de Trabalho de Grupo em Psicologia da Saúde

A PSICOLOGIA NA INTERFACE COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O BEM-ESTAR

Maria Cristina Campos de Sousa Faria
Instituto Politécnico de Beja, Portugal
mcfaria@ipbeja.pt

Resumo

A Psicologia da Saúde é um ramo da Psicologia que permite a compreensão e a abordagem psicológica à saúde e à(s) doença(s) contribuindo para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfuncionalidades, investigando e contribuindo para o conhecimento do papel que as crenças e os comportamentos desempenham nas vivências de saúde e doença, motivação para a proteção, qualidade de vida, florescimento, bem-estar e estilos de vida das pessoas. É uma área de estudo que aplica os modelos psicológicos na promoção e manutenção da saúde possibilitando a mudança e o comportamento adaptativo diante de situações de risco para a saúde, na incapacidade e na enfermidade. Podemos dizer que de uma maneira geral, circunscreve o seu campo de atuação à compreensão dos determinantes psicossociais, emocionais e cognitivos de saúde, à implementação da promoção do comportamento saudável, à prevenção do aparecimento da doença, à avaliação do comportamento na etiologia da doença, realização do prognóstico dos comportamentos que prejudicam a saúde e ainda, à formação de profissionais de saúde para melhorarem as suas competências de comunicação e intervenção.

Considerando a abrangência do seu campo de atuação a Psicologia da Saúde encontra múltiplas interfaces no seu percurso de investigação e intervenção, como a psicologia, a medicina, a sociologia, a saúde pública, a educação, o ambiente, a economia e a política de saúde. Nesta lição vamos abordar a *“Interface da Psicologia da Saúde com a Promoção da Saúde e o Bem-estar”*. Passaremos em primeiro lugar por compreender a emergência da Psicologia da Saúde, as implicações das três *“Revoluções de Saúde”* e seus modelos, a relevância da salutogénese enquanto produção de saúde e sentido de coerência do indivíduo consigo mesmo no reforço dos seus valores fundamentais que lhe permitem optar por comportamentos de saúde. Depois, chega o momento da abordagem da Promoção da Saúde contemplando principalmente o desenvolvimento, contributos e implicações das nove *“Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde”* (1986-2016) para os cidadãos do mundo, cidades e comunidades, permitindo destacar a relevância da focagem sobre as opções de comportamento que conduzem ao estilo de vida e ao ambiente em que as pessoas vivem. Por último, terminamos com a visão da *Psicologia Positiva* e os seus contributos para a *Promoção da Saúde* mostrando a relevância de uma *Educação Positiva* que possibilita ensinar saúde e bem-estar ao longo do ciclo de vida permitindo uma literacia da saúde e o florescimentos das pessoas. A porta fica aberta para outras interfaces da Psicologia da Saúde.

Palavras chave: Psicologia da Saúde; Salutogénese; Promoção da Saúde; Bem-estar; Saúde Positiva; Florescimento; Educação Positiva

PSYCHOLOGY IN THE INTERFACE WITH THE PROMOTION OF HEALTH AND WELL-BEING

Maria Cristina Campos de Sousa Faria
Polytechnic Institute of Beja, Portugal
mcfaria@ipbeja.pt

Abstract

Health Psychology is a branch of Psychology that allows the understanding and psychological approach to health and the disease(s) contributing to the promotion and maintenance of health, prevention and treatment of disease and dysfunctionalities, investigating and contributing to the Knowledge of the role that beliefs and behaviors play in health and disease experiences, motivation for protection, quality of life, flowering, well-being and lifestyles of people. This area of study applies the psychological models in the promotion and maintenance of health enabling change and adaptive behavior in situations of risk to health, disability and illness. In a general way, it circumscribes its field of action to the understanding of the psychosocial, emotional and cognitive determinants of health, to the implementation of the promotion of healthy behavior, to the prevention of the onset of the disease, to the evaluation of behavior in the etiology of the disease, prognosis of health-damaging behaviors, and training of health professionals to improve their communication and intervention skills.

Considering the scope of its field of action, Health Psychology finds multiple interfaces in its research and intervention, such as psychology, medicine, sociology, public health, education, environment, economics and health policy. In this lesson we will address the "Interface of Health Psychology with the Promotion of Health and Well-being". We will first go on to understand the emergence of Health Psychology, the implications of the three "Health Revolutions" and their models, the relevance of salutogenesis as a health production and sense of coherence of the individual with himself in reinforcing his fundamental values that health behaviors. Then comes the approach of *Health Promotion*, focusing mainly on the development, contributions and implications of the nine "*International Conferences on Health Promotion*" (1986-2016) for citizens of the world, cities and communities, highlighting the relevance of the focus About the behavioral choices that lead to the lifestyle and environment in which people live. Finally, we end with the *Positive Psychology* vision and its contributions to *Health Promotion* showing the relevance of a *Positive Education* that allows teaching health and well-being throughout the life cycle allowing a health literacy and people's flowering . The door is open to other interfaces of Health Psychology.

Keywords: Health Psychology; Salutogenesis; Health promotion; Welfare; Positive Health; Flowering; Positive Education

INTRODUÇÃO

Após a segunda guerra mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgou a ideia de que, a saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 1948). Subjacente à definição da OMS podemos inferir as seguintes ideias acerca da saúde (Ribeiro,1996): (1) *Estado de bem-estar e não só ausência de doença;* (2) *Observa-se ao nível do bem-estar e funcionalidade apresentada pelo indivíduo;* (3) *Inclui as dimensões física, social e mental;* (4) *O físico, o social e o mental são aspetos da mesma realidade, que só têm existência no conjunto de uma personalidade, logo são interdependentes;* (5) *Apresenta uma dimensão subjetiva (o estado de bem-estar como processo de perceção pessoal), expressa por uma autoavaliação realizada pelo próprio indivíduo.*

Um outro acontecimento que foi significativo para a definição de novos conceitos e rumos no campo da saúde, foi o contributo da Carta de Otawa, em 1986, que define a Promoção da Saúde como *“o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar”* (Ribeiro, 1996, 185), perspetivando-se este conceito em termos de desenvolvimento de saúde. A partir deste momento, começam a surgir no domínio da saúde investigações que permitiram evidenciar como a adoção dum comportamento salutar consciente é determinante em todas as idades e de como é desejável que ele seja voluntário, oportuno e se mantenha.

Nos anos 80 do século passado, assistiu-se a uma mudança de paradigma na ciência em geral. Sugeriu-se que os modelos de saúde única e de efeito único de uma única categoria, de saúde e doença, fossem substituídos por modelos de multicategoria, multicausa e multiefeitos (Schwartz, 1982), optando-se por uma abordagem biopsicossocial, que se encontra enquadrada numa perspetiva sistémica. Por conseguinte, considera-se que as mudanças numa área de função provavelmente afetarão o funcionamento em outras áreas, evidenciando a interdependência mútua de cada sistema em cada um dos outros sistemas. Ao deparar-se com as limitações do modelo biomédico Engel (1977; 1980) avança e propôs um modelo biopsicossocial, o qual, para além das questões médicas tradicionais, inclui *"o paciente, o contexto social em que vive e o sistema complementar criado pela sociedade para lidar com os efeitos disruptivos da doença"* (Engel, 1977, 135). O modelo biopsicossocial foi aprovado como a abordagem preferida para a compreensão e tratamento de problemas e questões relacionados com a saúde pela *American Psychological Association* (APA) (Johnson, 2003) e outras organizações como o *Institute for the Future* (IFTF)(2003).

O Instituto para o Futuro (*Institute for the Future* (IFTF), 2003) analisou os 10 principais determinantes e as 10 principais causas subjacentes de doença e morte, chegando à conclusão que efetivamente um modelo biomédico de saúde e doença mostrava-se insuficiente, pelo que, era necessário um modelo biopsicossocial mais abrangente. As 10 doenças principais foram doença cardiovascular, cancro, doença cerebrovascular, doença pulmonar obstrutiva crónica, lesão não intencional, pneumonia e gripe, diabetes, HIV / AIDS, suicídio e homicídio. As 10 principais causas subjacentes à doença foram tabaco, má alimentação, falta de exercício,

álcool, agentes infecciosos, poluentes/toxinas, armas de fogo, comportamento sexual, veículos motorizados e uso de drogas ilícitas.

DeLeon (2005,9) refere como os sentimentos de depressão podem estar associados a neuroquímicos cerebrais, conflitos interpessoais, decepções na vida, stresse em casa e no trabalho, expectativas irrealistas, contexto cultural e muitos outros fatores interagentes. Segundo o autor, uma pessoa pode ser geneticamente ou biologicamente vulnerável à depressão devido à química do cérebro e a acontecimentos de vida stressantes (divórcio, doença, perda do emprego) que podem desencadear um episódio depressivo. Os sentimentos de depressão podem resultar em mau desempenho no trabalho, isolamento social, sentimentos de desesperança e baixa autoestima que podem aprofundar a depressão, bem como desencadear a química do cérebro que, por sua vez, piora ainda mais a depressão. Por outro lado, fatores educacionais, culturais, socioeconômicos e outros podem influenciar o tratamento seguido por uma pessoa deprimida. O sucesso do tratamento pode ainda ser influenciado pela motivação, expectativas e conforto do paciente e do terapeuta com o plano de tratamento.

Johnson (2003) considera que a integração de psicólogos em ambientes de cuidados de saúde é uma oportunidade para enfatizar o bem-estar, a prevenção da doença mental, o manejo da dor e a integração da família e das comunidades na pesquisa em saúde e nos cuidados de saúde. De acordo com a autora os psicólogos são os principais contribuintes para a investigação do bem-estar e prevenção e desenvolveram técnicas para ensinar componentes de comportamentos de sustentação da saúde, a saber: exercício, nutrição, controle de peso, gestão do stresse, treino de relaxamento, cessação do tabagismo, tratamento de álcool e drogas e prevenção da violência. Por conseguinte, estudar as consequências naturais dos comportamentos de risco e, em seguida, projetar programas de bem-estar que competem com as consequências naturais é uma das abordagens para a manutenção de comportamentos saudáveis e prevenção (Boyce & Geller, 2001; cit. Johnson, 2003,671).

De acordo com Belar (2000) as intervenções psicológicas na saúde observaram-se a vários níveis (individual, familiar e população em geral) e os psicólogos desenvolveram ações que tiveram um impacto positivo em áreas de prevenção e de promoção da saúde, tratamento de doenças, gestão de sintomas físicos, procedimentos médicos stressantes, e promoção da adesão aos tratamentos. Os contextos de intervenção foram alargados variando desde os cuidados de saúde e hospitais até ao sistema educacional, locais de trabalho, e contextos comunitários e de saúde pública. Com o desenvolvimento da aceitação da influência dos fatores psicológicos na saúde, verificou-se um aumento das necessidades dos psicólogos clínicos da saúde receberem uma formação especializada de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências para darem resposta a esses serviços.

No seu Artigo I, do *“Bylaws of the American Psychological Association” (Amended January 2017)*, a Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association (APA), 2017) apresenta como um dos objectivos principais *“promover a psicologia como ciência e profissão e como meio de promover a saúde, a educação e o bem-estar humano através do encorajamento da psicologia em todos os seus ramos da maneira mais ampla e liberal”* destacando a relevância da *“aplicação dos resultados da investigação à promoção da saúde, da educação e do bem-estar público”*, evidenciando o cariz dinâmico e alargado da intervenção em Psicologia. Segundo Ribeiro (2011,26), *“Uma das características da Psicologia da Saúde, para além de focar o seu interesse nos aspetos de saúde e de doenças não mentais é, também,*

a deslocação da atenção do polo “doença” para o polo “saúde”, passando a considerar este polo como objeto epistemológico diferente das doenças, com definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos.” A promoção da saúde e do bem-estar são do pólo da salutogénese e pressupõem a compreensão da saúde e da(s) doença(s) e o entendimento da organização de cognições, emoções, volições, motivações, valores e comportamentos interligados que conduzem a uma boa saúde.

A saúde é a força da vida, ou como diz Loureiro (2009,81) “a base da produtividade no trabalho, da capacidade de aprender na escola e da capacidade de crescer intelectual, física e emocionalmente”. Como adianta a autora, uma boa saúde é “um caminho para atingir o desenvolvimento”, isto é, trata-se de um processo ativo e consciente, que exige competência, conhecimento e determinação para alcançar uma meta saudável, seja ela, a prevenção ou cura de uma doença ou a manutenção da saúde e bem-estar. Contudo, é preciso referir que nem todos os humanos são competentes a preservar a sua saúde e a dos outros (Faria, 2000, 2014). Na década de 70, Simonds (1974; cit. Loureiro et al., 2012) referiu-se à necessidade de uma “educação para a saúde” em contexto escolar utilizando o conceito de “literacia em saúde”. Mais tarde, Nutbean liga este termo à promoção e educação para a saúde, evidenciando a cidadania ativa em saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Nutben, 2000; cit. Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira & Ferreira, 2012).

Matarazzo (1980, 14) referiu que a “*Psicologia, trabalhando individualmente ou em conjunto com outras disciplinas, tem o potencial para ajudar a traçar as orientações para a saúde comportamental que, e com o tempo, a atrair representantes de muitas outras disciplinas*”. É o que tem acontecido desde essa altura. As interfaces da Psicologia são múltiplas e circunscritas ao indivíduo, ao grupo, à comunidade e à sociedade, na sua diversidade de contextos, nas diferentes fases da vida, na saúde e na(s) doença(s), nas áreas como a psicologia geral, a medicina, a saúde pública, a sociologia, a educação, a economia, a política e o ambiente.

Neste trabalho abordaremos apenas a “*Psicologia na Interface com a Promoção da Saúde e o Bem-estar*”, pois, consideramos que é importante saber investir na promoção de comportamentos de saúde de modo que as pessoas ao longo das suas vidas se sintam competentes e motivadas para se envolver em escolhas salutares, de modo a proteger a saúde, assegurar a manutenção da saúde e a prevenir riscos. A Psicologia, em particular, a Psicologia da Saúde, constitui uma mais valia para esta abordagem da promoção da saúde, da educação e do bem-estar público.

No sentido da melhor compreensão do assunto em questão optámos pela sua abordagem em três vertentes: (1) *Psicologia da Saúde*; (2) *Promoção da Saúde*; e (3) *Educação Positiva: Ensinar saúde e Bem-estar*. Encontramo-nos situados no quadro de referência da Psicologia da Saúde, por isso, só depois de conhecer este ramo da Psicologia podemos avançar para o entendimento das dinâmicas de Promoção da Saúde e do Bem-estar que podem melhorar a vida das pessoas e das populações do nosso planeta. Sugere-se que uma Psicologia Positiva para a Saúde possa ser desenvolvida através da intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde e educação.

1. PSICOLOGIA DA SAÚDE

Para melhor compreender o campo de atuação da Psicologia da Saúde no domínio da Promoção da Saúde e do Bem-estar é preciso ter presente a sua emergência, os contributos das três “*Revoluções de Saúde*”, a definição e implicações do movimento da salutogénese e a abordagem psicológica do comportamento humano na saúde e na doença.

1.1. Emergência da Psicologia da Saúde

A evolução da psicologia clínica ocorreu em três períodos (primeiro período: 1896 a 1937; segundo período: 1937 a 1976; e terceiro período: a partir de 1976), aos quais correspondem quatro orientações/tipos de atividades (Ribeiro, 2007): a) surge o conceito de “*psicologia clínica*” e sua prática com crianças com necessidades de aprendizagem; b) desenvolvimento de uma prática residual de avaliação psicológica em contexto da doença mental; c) desenvolvimento da psicologia clínica como prática terapêutica nas perturbações mentais; e d) integração de um modelo alargado a variáveis fora da doença mental tradicional e do modelo biomédico, passando a incluir as variáveis psicossociais. A partir do último período surgem vários acontecimentos que permitem o reconhecimento da intervenção da psicologia na área da saúde e da(s) doença(s) (*Quadro 1*), passando a psicologia clínica a focalizar-se na saúde mental e nas doenças mentais, ficando a psicologia da saúde com a saúde e as outras doenças.

Na década de 70 do século passado assistiu-se a uma mudança de compreensão no campo da saúde, em particular, sobre as intervenções na saúde e nas doenças ao nível dos cuidados de saúde primários. Estas transformações salutogénicas foram desencadeadas pela publicação de três documentos, a saber: (1) o Relatório Lalonde, um livro branco da saúde dos canadianos, publicado em 1974 pelo seu ministro; (2) o Relatório Richmond de 1979; e (3) a Declaração de Alma-Ata, de 1978, resultante da reunião efetuada. Assim, foi neste clima dos anos 70 do século XX que surgiu a Psicologia da Saúde contribuindo para “*o desenvolvimento de um novo paradigma da prática da psicologia na interface com a saúde e as doenças*” (Ribeiro, 2007, 21). Na altura, assiste-se à introdução da psicologia em domínios como a medicina comportamental e saúde comportamental surgindo novas oportunidades de investigação e de prática, colocando-se ainda um enfoque mais interdisciplinar e a possibilidade do desenvolvimento de uma nova profissão para os psicólogos.

De acordo com Ribeiro (2011) identifica-se o marco de 1973 para assinalar emergência da *Psicologia da Saúde*, quando a *American Psychological Association (APA)* cria uma “*Task Force on Health Research*”. Depois, três anos mais tarde, em 1976, é apresentada uma publicação de um relatório, no qual se afirmava que o foco da “*força da tarefa*” se encontrava nas contribuições da investigação realizada pelos psicólogos e que eles estavam a trabalhar nos domínios dos problemas de saúde e de doença que se encontravam “*fora*” das preocupações tradicionais com saúde mental e doença mental.

Quadro 1 - Emergência da Psicologia da Saúde (1973-1983)

Ano/ Local	Marco a assinalar	Objectivo
1973 EUA	<i>American Psychological Association (APA) cria uma "Task Force on Health Research"</i>	Estudar "a natureza e a extensão da contribuição dos psicólogos para a investigação básica e aplicada sobre os aspectos comportamentais nas doenças físicas e na manutenção da saúde" (APA Task Force on Health Research, 1976, 263; cit Ribeiro, 2007, 33)
1976 EUA	<i>American Psychological Association publica um Relatório sobre as relações entre a psicologia e os contextos tradicionais de saúde e doença</i>	Propor orientações doutrinárias para a área em estudo (deu origem a uma nova abordagem da psicologia que se veio a designar de psicologia da saúde) (Ribeiro, 2010)
1978 EUA	Divisão 38 da <i>American Psychological Association (APA) -Psicologia da Saúde</i>	Reconhecer uma nova área de intervenção da Psicologia designada de "Psicologia da Saúde" aprovada pela APA (Ribeiro, 2007)
1979 EUA	Um livro de Stone apresentou no título a expressão "Psicologia da Saúde"	Definir a expressão Psicologia da Saúde. A definição de Stone (1979) circunscreve-a a "qualquer aplicação científica ou profissional de conceitos e métodos psicológicos, a todas as situações próprias do campo da saúde, não apenas nos cuidados de saúde mas também na saúde pública, educação para a saúde, planificação da saúde, financiamento, legislação, etc.) (Ribeiro, 2011,24)
1980 EUA	Definição formal de Psicologia da Saúde por Joseph Matarazzo que se encontra ainda em vigor nos nossos dias em Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. <i>American Psychologist</i> ,35,(9) 807-817	Definir de forma consensual a expressão Psicologia da Saúde, a saber: <ul style="list-style-type: none"> • uma área disciplinar que diz respeito ao "papel da Psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde e das medicinas comportamentais"(Teixeira & Leal, 1990, 453); • "um domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde e ao aperfeiçoamento da política de saúde.(Matarazzo, 1980; 1982)." (Ribeiro, 2011, 24).
1980 Portugal	Publicação em Portugal do primeiro artigo no domínio da Psicologia da Saúde por O.C. Pereira com o tema "Para uma Psicologia da Saúde: breve balanço das contribuições da psicologia para a psiquiatria", na revista <i>Psiquiatria Clinica</i> , 1 (4), 233-338	Abordar a relação estabelecida entre comportamentos, saúde e doenças.
1982 EUA	Edição do primeiro número do "Journal of Health Psychology" da "Divisão de Psicologia da Saúde" da APA Edição do primeiro artigo com o tema; "Health Psychology, a new journal for a new field", pelo autor George C. Stone, na revista <i>Health Psychology</i> , Vol 1(1), 1982, 1-6.	Apresentar a primeira edição da <i>Health Psychology</i> , Vol 1(1), 1982, estabelecendo um marco no desenvolvimento de um campo emergente de especialização. O editor comprometeu-se a partir desta data a (Stone, 1982): <ul style="list-style-type: none"> • publicar na revista os estudos originais, revisões concisas, descrições bem documentadas de intervenções clínicas, organizacionais e educacionais no sistema de saúde e análises psicológicas de questões de política de saúde. • apresentar de tempos em tempos artigos didáticos que considerava que podiam familiarizar os psicólogos da saúde com pontos de vista e métodos com os quais a maioria não está familiarizado.
1983 Nova Iorque	Conferência de Arden House adota uma Declaração de consenso sobre "Psicologia da Saúde"	Propor recomendações visando à formação na área da Psicologia da Saúde (Olbrisch , Weiss, Stone & Schwartz., 1985; Belar, 2000; Ribeiro, 2011)
1984 Europa	O "Regional Office for Europe" da OMS, em Copenhaga, publica um documento da autoria da "European Federation of Professional Psychologist Association"	Esclarecer e orientar a contribuição da psicologia para a saúde, fazendo a sugestão de que fossem considerados os problemas de saúde em geral e não só a doença mental (Ribeiro, 2007)

A proximidade entre a psicologia e as ciências da saúde permitiu a expansão da saúde mental (Krantz, Grundberg & Baum, 1985; cit. Ribeiro, 1989), nomeadamente, possibilitou a abordagem dos aspectos comportamentais que determinam a saúde e a(s) doença(s), fazendo emergir em 1978 uma nova divisão da *American Psychological Association*, a “*Division 38-Health Psychology*”, amplamente focada em questões relacionadas com a ciência e a prática da psicologia da saúde (Ribeiro 2007; France, 2013). Para Matarazzo (1980) tinha chegado o tempo para concretizar as ideias de saúde comportamental e de psicologia da saúde, o autor afirma-o no seu artigo com o tema “*Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology*”. A definição de *Psicologia da Saúde* proposta por Matarazzo (1980,1982) considera que se trata de um “*domínio da psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da psicologia, com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação da etiologia e diagnóstico relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde, e ao aperfeiçoamento da política de saúde.*” (1982, 4; cit. Ribeiro, 1998, 31)

De acordo com Teixeira e Leal (1990) a definição de psicologia da saúde apresentada por Matarazzo (1980) unificou e considerou dois domínios interdisciplinares que se colocam na interface da Psicologia com a Medicina: a Saúde Comportamental (“*subespecialidade interdisciplinar que se ocupa especificamente da promoção da saúde, da prevenção da doença e disfunções em pessoas habitualmente saudáveis*”); e a Medicina Comportamental “*campo interdisciplinar da prática clínica e de investigação que diz respeito à doença e a disfunções psicológicas com ela relacionadas*”), (Teixeira e Leal, 1990, 453). De acordo com os autores a Psicologia da Saúde é assim a intervenção psicológica no campo da saúde que permite corresponder às necessidades da prática clínica e integrar os três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária).

Um destaque particular para o trabalho desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) e também para Weiss (1982), que escreve um artigo visionário, no primeiro número da revista “*Health Psychology*” (1982), subordinado ao tema “*Health Psychology: The time is now*”. Tendo por base o seu discurso presidencial entregue à “*Divisão de Psicologia da Saúde*” em 1980, o autor debruçou-se neste artigo sobre assuntos pertinentes relativos aos fatores responsáveis pelo estado dos problemas que afetam a saúde e a doença, a avaliação do futuro da investigação em saúde, aplicação clínica, formação e oportunidades de emprego, e ainda, interroga-se sobre três questões de saúde moduladores que considerava que podiam determinar a eficácia e a capacidade de enfrentar os futuros desafios de saúde: (1) “*os custos estão fora de controle*”; (2) “*a doença crónica tornou-se a maior preocupação*”; e (3) “*o desenvolvimento do consumismo e a estratégias de autogestão estão a afetar os cuidados de saúde*”.

De acordo com Belar (2000) à medida que a influência de fatores psicológicos na saúde foi mais apreciada surgiu a necessidade dos psicólogos clínicos e da saúde terem uma melhor preparação para os serviços onde desenvolvem a sua atividade. Assim, no ano de 1983, decorreu em Nova York, nos Estados Unidos da América, a “*Conferência de Arden House*”, que tinha como principal objetivo encontrar uma plataforma de entendimento sobre a formação na área da especialidade em Psicologia da Saúde. Os participantes chegaram a um consenso

(que tem perdurado) relativamente aos requisitos formativos e ao domínio de atuação do psicólogo da saúde, a saber (Ribeiro, 2011, 42):

- a) deve funcionar como um cientista prático;
- b) a formação em Psicologia é um requisito essencial para o exercício da Psicologia da Saúde;
- c) o domínio de conhecimento é interdisciplinar;
- d) o vocabulário médico e o conhecimento do sistema de saúde são essenciais para trabalhar em vários contextos de investigação e de prática;
- e) deve dominar perícias interpessoais básicas fundamentais para a intervenção nestes contextos, quer com utentes quer com outros profissionais;
- f) deve dominar os aspetos éticos e legais inerentes aos contextos frequentados por populações mais vulneráveis;
- g) a formação em Psicologia da Saúde requer tempo e recursos;
- h) a formação em Psicologia deve ser feita com programas flexíveis que facilitem a promoção da criatividade e o desenvolvimento do conhecimento;
- i) a Psicologia da Saúde encontra-se em estreita relação com a Psicologia Clínica.

A premissa subjacente da psicologia clínica e da saúde é que o comportamento e a saúde estão inevitavelmente entrelaçados, por conseguinte, os psicólogos clínicos e da saúde concentram-se nos problemas de saúde física, e não só apenas em problemas de saúde mental (Belar, 2000). Por isso, a sua abordagem deve ter como base o modelo biopsicossocial, pois este é fundamental para esta especialidade, mas também, o conhecimento das relações entre a saúde e o comportamento e as aptidões para trabalhar em ambientes de saúde multidisciplinar. Para que a sua atuação reflita esta dinâmica e contribua para maximizar a saúde das pessoas, as conexões que ocorrem entre os prestadores de cuidados de saúde com experiência em comportamento e aqueles com experiência em medicina têm que ser uma realidade. Neste seguimento, os psicólogos clínicos de saúde fornecem serviços de avaliação, tratamento e consulta relacionados com os seguintes tipos de problemas (Belar & Deardorff, 1995; Belar 2000):

- a. Condições psicológicas secundárias à doença (por exemplo, pós enfarte do miocárdio, distúrbios de stress pós-traumático após lesões por queimadura).
- b. Apresentações somáticas de disfunção psicológica (por exemplo, dor no peito no ataque de pânico, desordens de somatização).
- c. Distúrbios psicofisiológicos (por exemplo, cefaleia por tensão, síndrome do intestino irritável).
- d. Sintomas físicos sensíveis a intervenções comportamentais (por exemplo, incontinência fecal, náusea antecipatória).
- e. Complicações somáticas associadas a fatores comportamentais (por exemplo, má administração de injeções de insulina, incumprimento de medicação anti-hipertensiva).
- f. Apresentações psicológicas de problemas orgânicos (por exemplo, hipotireoidismo que se apresenta como depressão, psicose induzida por esteróides).
- g. Prevenção de complicações físicas e psicológicas decorrentes de procedimentos médicos stressantes (por exemplo, cirurgia, transplante de órgãos, diálise, quimioterapia, radioterapia).
- h. Fatores de risco comportamentais para doença / lesão / incapacidade (por exemplo, fumar, peso, risco).
- i. Problemas de prestadores de cuidados de saúde e sistemas de cuidados de saúde (por exemplo, médico-paciente).
- j. Relacionamentos, desgaste do pessoal, conceção de sistemas de prestação de cuidados de saúde.

Estudos realizados sobre o desenvolvimento de atividades dos psicólogos da saúde (Morrow & Clayman; 1982; Stabler & Mesibov, 1984; cit. Ribeiro, 2007), chegaram à conclusão que a

atividade a que os profissionais referiam que dedicavam mais tempo era a da investigação (15 a 25%), e depois, era feito investimento ao nível do ensino (15%), terapia (15%), diagnóstico (10%), e administração (5 a 10%).

Podemos dizer que Psicologia da Saúde é uma das áreas da Psicologia, que circunscreve a sua atuação em contextos das dinâmicas de saúde e de doença(s), em duas trajetórias principais, seja ao nível da intervenção clínica e da saúde direta (em Hospitais, Centros de Saúde, Maternidades e outras estruturas), seja no domínio da investigação. Assenta num modelo holístico em que a pessoa é vista como um todo de múltiplas dimensões (física, afetiva, cognitiva, comportamental, interpessoal, sociocultural, ambiental). Destaca-se ainda a valorização do psicólogo da saúde pelo trabalho em equipas multidisciplinares, envolvendo a sua colaboração com outros profissionais e com outras ciências da saúde e outras ciências sociais.

Na definição de Psicologia da Saúde proposta por Matarazzo (1980,1982) podemos destacar dois domínios (saúde e doença) e quatro metas que vão pautar o trabalho dos profissionais: (1) *promoção da saúde*; (2) *proteção da saúde*; (3) *Prevenção* e (4) *tratamento* da doença (Ribeiro, 1994a; 1998). A partir daqui, para além de um movimento de reconhecimento da Psicologia da Saúde como um conjunto de práticas desenvolvidas pelo Psicólogo com as populações sem doença mental, uma outra corrente surge centrada no trabalho psicológico desenvolvido no contexto do Sistema de Saúde e nos Cuidados de Saúde. Neste seguimento surge a "*Psicologia Clínica da Saúde*" que pode ser definida como "*a aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e manutenção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou «distress».*" (Ribeiro & Leal, 1996,595). De acordo com os autores esta designação é uma síntese e um compromisso no campo da Psicologia, permitindo a sua aplicação ao campo da Saúde, e ao universo dos Serviços e Sistemas de Saúde existentes, de uma tradição que privilegiava uma metodologia: a Clínica. A partir daqui os psicólogos clínicos dos anos 80 do século passado, desenvolveram uma subespecialidade designada de "*Psicologia Clínica e da Saúde*" (Belar, Deardorff & Kelly,1987; Ribeiro, 1994a).

De acordo com Marks (2002) podem ser consideradas "*quatro abordagens à Psicologia da Saúde*": (1) *psicologia clínica da saúde*; (2) *psicologia da saúde pública*; (3) *psicologia da saúde comunitária*; e (4) *psicologia da saúde crítica analítica*. A primeira inspira-se no modelo biopsicossocial e focaliza a sua intervenção no sistema de cuidados de saúde, semelhante ao da psicologia clínica. A segunda encontra-se circunscrita à saúde pública e desenvolve uma atividade multidisciplinar envolvendo estudos epidemiológicos, avaliação e intervenção psicológicas nos domínios da promoção da saúde e da educação para a saúde. A terceira centra-se na investigação comunitária e a intervenção social. A quarta focaliza-se nas relações de influencia que podem ser estabelecidas entre, por um lado, os processos macrossociais e económicos e o poder, e por outro, a saúde, os cuidados de saúde e a sua repercussão na teoria e na prática da psicologia da saúde (Ribeiro, 2007).

Em Portugal, considera-se que Psicologia da Saúde tem a sua emergência nos anos 80 do século passado, assinalando-se como marco a primeira publicação de um artigo sobre Psicologia da Saúde da autoria de Pereira (1980), na revista de *Psiquiatria Clínica* com o tema "*Para uma Psicologia da Saúde: breve balanço das contribuições da psicologia para a*

psiquiatria". Muitos outros autores lhe seguiram os passos, contribuindo com o seu trabalho, como foi o caso de D'Almeida (1985) com o seu artigo "*Contribuição da medicina comportamental para a redução (controlo) dos fatores de risco das doenças cardiovasculares*" na revista de *Psiquiatria Clínica*; de Ribeiro (1989) com a sua publicação no *Jornal de Psicologia* com o tema "*A intervenção psicológica na promoção da saúde*", e a publicação na revista *Análise Psicológica* N.º2 (X) de 1992 dedicada ao tema da Psicologia da Saúde organizada por Teixeira e Leal (1992). No ano de 1994 ocorre o "*1º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*" com a participação da sociedade científica de psicólogos do país, que vai ser o motor para a organização da *Associação Portuguesa de Psicologia da Saúde* (SPPS) fundada em 1997, que cria mais tarde em 2000 a sua revista científica oficial com o nome de *Psicologia, Saúde & Doenças*.

Um marco a ser assinalado é o do Decreto Lei que institucionalizou a atividade profissional dos psicólogos no sistema de saúde em Portugal, que os intitula de Psicólogos Clínicos (Dec.-Lei n.º 241/94 de 22 de setembro e Portaria 1109/95, de 9 de Setembro), passando a constituir um dos "ramos" da carreira dos técnicos superiores, onde lhe são atribuídas funções do que hoje consideramos de "*Psicologia da Saúde*" (Ribeiro & Leal, 1996). Em 2016 a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) cria a *Comissão Instaladora do Colégio de Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde*, com o marco da publicação em Diário da República, 2.ª série — N.º 20 — 29 de janeiro de 2016 do "*Regulamento Geral de Especialidades Profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses*", considerando no seu Artigo 5º, a "*Definição das especialidades e respetivos critérios de atribuição*". Foram consideradas as seguintes especialidades: "*Psicologia clínica e da saúde*"; a "*Psicologia da educação*"; e a "*Psicologia do trabalho, social e das organizações*".

Face ao exposto muitos desafios ainda estão por agarrar no âmbito da Psicologia da Saúde, mas, já não há dúvida que esta especialidade da Psicologia é uma área de conhecimento, investigação e intervenção em contextos de saúde e de doença(s), que continua em desenvolvimento e a dar-se a conhecer a outras profissões contribuindo para uma melhor formação e atuação dos profissionais de saúde.

1.2. As Três Revoluções de Saúde e os Modelos

Hoje existe concordância sobre a interação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais, políticos, ambientais e ecológicos associados à criação de uma diversidade de condições de saúde e de doença(s) e a necessidade dos vários sectores trabalharem em conjunto a favor da saúde global ao nível da promoção da saúde, da sua proteção, da manutenção de comportamentos saudáveis e na prevenção dos riscos. Mas, nem sempre assim se pensou de forma consensual.

Vários acontecimentos se desenrolam a partir do século XVIII que vão ter consequências para o melhor conhecimento e especificidade de atuação na saúde e na doença(s). Em 1856 é apresentada a tese de Charles Darwin intitulada "*A Origem das Espécies*" que defendia uma teoria, a da evolução das espécies, sem dúvida revolucionária para a época. Esta teoria colocava o Homem no seio da Natureza e da relação com ela, isto é, os seres humanos são considerados como uma unidade biológica, comum a todos os seres biológicos que têm a sua existência na Natureza e fazem parte dela. Paralelamente, o final do século XVIII e o início do

século XIX foram caracterizados pelo avanço da Revolução Industrial (período aproximado entre 1760 e 1840). No século XIX deu-se início à Medicina moderna (o Homem é estudado através da dissecação, das investigações físicas e dos exames médicos). Surge a defesa de um Modelo que descrevesse os seres humanos como sendo uma unidade biológica comum a todos os seres biológicos que têm a sua existência na Natureza e fazem parte dela.

A Medicina moderna do século XIX estudava o Homem de igual modo como os outros seres vivos, descrevendo “*os seres humanos como tendo uma identidade biológica comum a todos os outros seres biológicos*” (Ogden, 1999,15). De acordo com a autora, o modelo biomédico pode ser explicado através das respostas a sete questões (Ogden, 1999,16), a saber:

- 1) *O que causa a doença?* – as doenças advêm do exterior do corpo, invadindo-o e causando mudanças físicas internas involuntárias, pelo que, são causadas por um variado número de fatores (desequilíbrios químicos, bactérias, vírus e predisposição genética) ;
- 2) *Quem é responsável pela doença?* – as doenças são explicadas como algo que surge a partir de mudanças biológicas que se encontram fora do controlo do sujeito, pelo que, os indivíduos não são considerados responsáveis pelas suas doenças (são vistos como vítimas de uma força externa que provoca mudanças internas);
- 3) *Como devem ser tratadas as doenças?* – sendo o principal objetivo o de mudar o estado físico do corpo, o tratamento é compreendido em termos de vacinação, cirurgia, quimioterapia e radioterapia;
- 4) *Quem é responsável pelo tratamento?* – a responsabilidade do tratamento cabe ao(s) médico(s);
- 5) *Qual é a relação entre a saúde e a doença?* – a saúde e a doença são qualitativamente diferentes (ou se é saudável ou se é doente), não existe uma continuidade entre ambas;
- 6) *Qual é a relação entre a mente e o corpo?* – a mente e o corpo funcionam independentemente um do outro, pelo que esta posição é comparável ao modelo dualista tradicional da divisão corpo- mente (a mente e corpo são definidos como entidades separadas, pelo que, a mente é incapaz de influenciar o estado físico e as mudanças físicas são consideradas independentes das mudanças no estado da mente);
- 7) *Qual é o papel da Psicologia na saúde e na doença?* – a Biomedicina tradicional é adepta de que a doença pode ter consequências psicológicas, mas não causas psicológicas (exemplo: o cancro pode causar infelicidade, contudo, o estado emocional não é visto como algo que esteja relacionado com o assunto, seja com o que lhe dá origem ou o que pode contribuir para a sua progressão).

No princípio do século XX os humanos viveram o cenário da Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918) e sentiram as suas repercussões nas suas vidas e das suas comunidades. Por conseguinte, o período da ligação entre os três séculos foi marcado por consequências prejudiciais para a saúde dos cidadãos, em particular, dos mais desfavorecidos, os trabalhadores, as mulheres e as crianças. Observou-se um padrão de mortalidade elevada ligado à tuberculose e a outras doenças infecciosas, como a pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria e a varíola.

A *Primeira Revolução da Saúde* surge enquadrada no âmbito do que se chamou “*teoria do “germe”*”, isto é, cada agente infeccioso tem a sua correspondência num “*germe*”, que urge “*controlar/neutralizar*”, permitindo a aplicação prática do modelo biomédico, e consequentemente, dando origem a medidas de saúde pública. Contudo, a preocupação sobre a saúde era de certa forma limitada, já que, de acordo com Matos (2002, 451) “*A celeridade e eficácia técnica do atendimento médico baseado no “diagnóstico-prescrição de medicamentos ou cirurgia” levou, paradoxalmente, a uma falta de tempo e consequente esquecimento da fenomenologia humana e sua singularidade, da “consciência de si” e do “papel de doente” que*

pode, só por si, prolongar a doença.” Nos países “*a sul*” mantinham-se cenários de guerra, fome e epidemias, mas nos países “*a norte*”, estes apresentavam cenários generalizados de poluição e comportamentos individuais lesivos da saúde. Por conseguinte, nos países “*a norte*” as medidas de saúde pública foram levadas a ultrapassar a “*teoria do germe*” da *Primeira Revolução em Saúde*, para incluir uma abordagem preventiva, onde houvesse lugar para incluir os recursos pessoais e ambientais na proteção e promoção da saúde (Matos, 2004).

Após a Segunda Guerra Mundial (de 1939 a 1945), que envolveu a maioria das nações do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), inovadora e em contraposição ao modelo biomédico, popularizou a ideia de que “*a saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social*” (WHO, 1946, 1948). Podemos inferir as seguintes ideias acerca da saúde (Ribeiro, 1996):

- Estado de bem-estar e não só ausência de doença.
- Observa-se ao nível do bem-estar e funcionalidade apresentada pelo indivíduo.
- Inclui as dimensões física, social e mental.
- O físico, o social e o mental são aspetos da mesma realidade, que só têm existência no conjunto de uma personalidade, logo são interdependentes.
- Apresenta uma dimensão subjetiva (o estado de bem-estar como processo de perceção pessoal), expressa por uma autoavaliação realizada pelo próprio indivíduo.

A observação da alteração dos padrões de mortalidade e morbidade permitiu relacionar estes fatos com os comportamentos das pessoas, dos grupos e das comunidades. Desde então o foco da atenção da “*saúde pública da doença*” passa para a “*saúde*”. Ao longo do século XX, as hipóteses subjacentes à Biomedicina foram postas em causa e foi dada abertura para surgirem novas abordagens que permitiram emergir: a Medicina Psicossomática; a Saúde Comportamental; a Medicina Comportamental; e a Psicologia da Saúde.

A evidência de que as doenças infecciosas apresentavam custos elevados e curas difíceis, que eram contraídas em contactos com o meio físico e social e se propagavam nestes contactos caso as condições (individual ou ambiental) fossem favoráveis aos agentes infecciosos levou a uma mudança do paradigma biomédico para o paradigma da saúde pública (Matos, 2004). De acordo com a autora, a Saúde Pública vai à procura dos determinantes das infeções e realiza ações planeadas e interventivas ao nível das populações de forma a prevenir a doença e a evitar a propagação do “*germe*”, considerando o meio ambiente e o contato interpessoal. A compreensão de que os riscos podem ser evitáveis, leva a que, para além do rastreio e da vacinação, se passe a prestar atenção aos fatores comportamentais.

No início do século passado começam a destacar-se outros problemas de saúde, como é o caso das doenças cardiovasculares e do cancro, com ligação a uma etiologia comportamental. Aqui, a teoria do germe deixou de ser aplicável, pois estava-se diante de uma “*epidemia comportamental*” (Ribeiro, 2007).

Neste clima, nos anos 70 do século passado, surge a expressão “*Segunda Revolução de Saúde*” quando Julius Richmond a utiliza no seu Relatório publicado em 1979 sobre a saúde dos americanos propondo-se este a delinear medidas que levassem às mudanças necessárias de forma a responder às exigências da saúde da época. Este autor destacou um conjunto de comportamentos que considerava serem os principais fatores de risco e que eram também os responsáveis pelas doenças e mortes prematuras dos americanos, a saber: fumar, consumir

álcool e drogas, correr riscos que podem dar origem a acidentes, em particular, os acidentes motorizados entre os jovens. De acordo com o Relatório, em 1976, nos Estados Unidos da América cerca de metade das mortes prematuras eram devidas a comportamentos inadequados ou ao estilo de vida.

Como diz Ribeiro (2007,6), podemos afirmar que *“o desenvolvimento do modelo biomédico se centrou na doença, a primeira revolução de saúde se centrou na prevenção das doenças, e que a segunda revolução da saúde se centrou na saúde”*. Um outro marco a considerar, foi o livro branco intitulado *“A New Perspective on the Health of Canadians”* da autoria de Marc Lalonde e a Conferência de Alma-Ata (WHO,1978) dois referenciais históricos da nova maneira de conceber a saúde e as doenças (McIntyre, 1994; Matos, 2004; Ribeiro, 2007); em que o principal objeto de estudo (o comportamento) e intervenção da saúde é agora também um estado positivo de bem-estar. Contudo, de acordo com Lalonde (1974, cit. Matos, 2004, 452) parece ser *“mais fácil convencer alguém que sofre a consultar o médico, do que alguém que não sofre a mudar de hábitos nocivos, a pensar num futuro longínquo, até porque os hábitos se tornaram muitas vezes automáticos, inseridos num quotidiano e de difícil alteração”*.

Neste seguimento, a saúde já não depende só do que temos ou não, no sentido da essência biológica, mas também, da forma como interpretamos, sentimos e respondemos aos distintos desafios que nos surgem na vida, o que supõe que podemos ter um papel ativo e responsável no controlo dos fatores que afetam a nossa saúde (Rubio, Anzano, Jiménez, Regaña & Sánchez, 2004). As doenças crónicas e incuráveis, por exemplo, obrigam uma orientação dos serviços de saúde para o tratamento, a prevenção e a reabilitação. Por conseguinte, assistimos a um maior interesse pelos temas psicológicos, nomeadamente, a mudança de atitudes, a relação entre o profissional de saúde e o paciente (com o objetivo que o último adira ao regime de tratamento), procedimentos eficazes de modificação do comportamento e a tomada de decisão sobre o reconhecimento da potencialidade dos procedimentos psicológicos para se enfrentar, com garantias de êxito, os distintos distúrbios e hábitos relacionados com a saúde. Para os autores, o propósito do estudo e desenvolvimento da Psicologia da Saúde encontram-se relacionados com: (1) a elaboração de uma demarcação teórica que facilite a compreensão do comportamento e do seu contexto como preditores do contínuo saúde-enfermidade; e 2) a aplicação desta para a promoção de estilos de vida saudáveis, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da enfermidade, assim como para a melhoria dos sistemas de cuidado e vigilância da saúde, e a formulação de políticas da saúde.

A posição que ocupa o sujeito no contexto social supõe padrões de interação e esquemas de percepção que moldam as suas reações biológicas. Tal fato enfraquece a ideia do dualismo corpo-mente, que fundamenta o modelo biomédico e abre o debate a respeito do papel da Psicologia sobre o binómio saúde-doença (Rubio, Anzano, Jiménez, Regaña & Sánchez, 2004). O psicológico e o relacional podem explicar as mudanças que acontecem no nosso organismo incluindo a longevidade e a mortalidade.

Belloc e Breslow em 1972, publicaram na revista *“Preventive Medicine”* um trabalho científico com o tema *“Relationship of physical health status and health practices”*, onde apresentaram o *“Alameda County Study”* Tratava-se de um estudo prospetivo, desenhado para identificar as práticas saudáveis comuns protetoras da saúde, observando-se, as horas de sono, regularidade das refeições, atividade física, tabagismo e consumo de bebida e estado de saúde física (Belloc, 1973). O estudo teve início em 1965 com uma amostra estratificada composta por indivíduos maiores de 19 anos e residentes no Condado de Alameda, em Oakland (Califórnia). A amostra

final ficou constituída por 6928 pessoas que responderem de forma voluntária ao inquérito a questões relacionadas com sete práticas saudáveis: (1) Dormir sete ou oito horas por noite; (2) Tomar o pequeno almoço todos os dias; (3) Raramente comer entre as refeições; (4) Beber bebidas alcoólicas de forma moderada ou nunca; (5) Não fumar; (6) Praticar atividade física de forma regular; (7) Manter o peso à volta do que seria desejável para a sua altura e sexo. A amostra foi seguida durante 5,5 a 10 anos. Os resultados mostraram que a prossecução de tais condutas e o índice de rede social prediziam mudanças favoráveis na saúde, observando-se também associações entre uma boa saúde e a maior longevidade (Berkman & Breslow, 1983). As boas práticas mostram-se associadas a uma saúde positiva e a relação dessas atividades surgiu como cumulativa. Por conseguinte, aqueles que seguiram todas as boas práticas encontravam-se com melhor saúde (mesmo os mais velhos dos inquiridos) do que aqueles que não conseguiram fazê-lo.

A *Segunda Revolução de Saúde* teve como alicerces a investigação que foi surgindo, que registava comportamentos e alertava para novas epidemias, que se repercutiram em preocupações políticas. Foi esse o caso do Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais do Canadá, Marck Lalonde (1974), que considerava relevante uma política nacional da saúde baseada na biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização dos cuidados de saúde, que designou de modelo " *Health Field Concept*", defendendo a distribuição equilibrada das verbas de saúde pelos quatro domínios considerados (Lalonde, 1974; cit. Ribeiro, 2007).

A partir desta altura, a saúde é compreendida como um estado diferente da doença, em que, estes dois estados estariam colocados de forma oposta num contínuo hipotético, de um lado o estado de doença extrema e morte e do outro a saúde repleta, permitindo conceber a saúde numa perspetiva desenvolvimental (Ribeiro, 1996). A intervenção neste domínio é designada de *Promoção da Saúde*, isto é, a ação de deslocar os indivíduos (com e sem doença) e as comunidades na direção do pólo da saúde.

A Carta de Ottawa (WHO,1986b) define Promoção da Saúde como "o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para melhorar. Ora, como já foi referido atrás o aumento de controlo, da responsabilidade pessoal sobre o Estilo de Vida é um processo desenvolvimental. Logo a Promoção da Saúde é, por excelência, um conceito desenvolvimental, dinâmico e tem implícita a ideia que esta — a Saúde — se pode desenvolver ao longo do ciclo de vida". (Ribeiro, 1996, 185). A partir daqui os cidadãos são chamados a participarem na defesa da sua saúde e da sua comunidade e os decisores políticos são chamados a organizarem-se para criarem situações de promoção e proteção da saúde e do bem-estar dos seus cidadãos. Contudo, capacitar o cidadão envolve a articulação de meios e oportunidades, a transferência de recursos (conhecimentos, técnicas, poder e dinheiro) para a comunidade.

De acordo com Matos (2004) a saúde tem vantagens económicas diretas (menos gastos com a doença) e indiretas (menos absentismo e maior produtividade), talvez por isso, se faça referência "a uma *Terceira Revolução da Saúde* que tem a ver com a racionalização dos custos, com uma avaliação dos desperdícios e uma avaliação dos resultados de modo a se providenciar a ação mínima eficaz, intervenções sustentáveis e criação de recursos ("Low cost, high impact")". (Matos, 2004, 455). Mattarazo (1980) chega a referir neste contexto que a *Psicologia da Saúde* pode colaborar com a nação no sentido de reduzir o incremento dos custos de saúde. Vários fatores contribuiram para a emergência da *Terceira Revolução de Saúde* (Ramos, 1988; Ribeiro,2007), a saber: (1) *as modificações dos padrões da mortalidade e*

morbilidade (aumento das doenças crônicas e deficiências); (2) *mudanças demográficas* (envelhecimento da população); (3) *novas organizações na família*; (4) *mobilidade social e migrações*; (5) *revolução tecnológica*; (6) *Reconhecimento da saúde como um direito*; (7) *Interface dos sistemas de saúde comunidade* (aproximação dos serviços de saúde à comunidade); (8) *ética e responsabilidade profissional*; e (9) *aumento do poder do consumidor* (mais exigente e crítico chama a atenção dos políticos).

Em ciência, quando um modelo não explica adequadamente todos os dados é revisto ou largado, surgindo a necessidade de encontrar modelos explicativos mais abrangentes que esclareçam o real observado. Assim, ao longo dos tempos a compreensão sobre a saúde e as doenças têm-se inscrito em modelos que assentam em abordagens sobre a vida humana e as suas sociedades, que acompanharam as revoluções de saúde anteriormente apresentadas. Podemos destacar a evolução de três modelos de saúde, a saber: (1) modelo biomédico; (2) modelo biopsicossocial; e (3) modelo de resultados.

O modelo biomédico surgiu da atenção dada à doença aguda que decorre de um processo infeccioso que é tratada a partir de uma abordagem “*identifica-e-arranja*” (*find it-fix it*) (Kaplan, 2002). Por conseguinte, uma intervenção bem-sucedida surge quando se consegue erradicar a doença. O diagnóstico é utilizado para encontrar o tipo de patologia da doença e o tratamento é usado para corrigir o problema. Assim, esta forma de pensar e atuar levou a medicina e a psicologia clínica a dar uma particular atenção ao diagnóstico e ao tratamento (Kaplan, 2002). Este modelo coexistiu durante a 1ª *Revolução de Saúde* e considerava que a doença consistia numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes, em que curar a doença dizia respeito à reparação da máquina, o que deixou de ser aceitável quando se verificou que as principais causas de mortalidade e morbilidade não podiam ser explicadas por uma única e simples causa (Ribeiro, 2007).

Nos anos 70, é apresentado o modelo biopsicossocial de Engel (1977). O seu autor chama a atenção para o fato de que a compreensão dos determinantes da doença, a escolha do tratamento, a definição de cuidados de saúde deve ter em consideração o doente, o contexto social onde ele vive e o sistema mais alargado no qual se insere, em particular, os efeitos desorganizadores da doença, o papel do médico e o sistema de cuidados de saúde (Ribeiro (2007). Este alerta permitiu compreender a relevância dos processos interacionistas para a doença e o mal-estar, e não só a contribuição do biológico e do interno. Neste seguimento, surge o modelo de saúde pública que assume uma perspetiva multicausal, interativa e ecológica, considerando que o foco deve estar na população em geral e não no indivíduo. De acordo com Runyan (1985; cit. Ribeiro 2007,67) a saúde pública é compreendida como “*a combinação de ciências, perícias e crenças que são dirigidas para a manutenção e melhoria da saúde de todas as pessoas*”, e o seu modelo designado por *modelo agente-hospedeiro-meio* apresenta três categorias de influência que interagem de forma dinâmica entre si: *Agente* (causa do problema de saúde: biológica, química, física ou psicossocial); *Hospedeiro* (indivíduo suscetível ao problema de saúde); e *Ambiental* (contexto físico ou sociocultural).

Numa era em que a expectativa de vida aumentou, Kaplan (2002) apresenta uma conceptualização alternativa, o modelo de resultados. Esta abordagem ao real considera que o sistema de saúde e os cuidados de saúde devem focalizar-se no objetivo de fazer com que os indivíduos vivam mais tempo e se sintam melhor. De acordo com o autor, esta visão encontra algumas semelhanças com o modelo biomédico (*Quadro 2*). Mas, uma das distinções importantes entre os dois modelos passa pelo valor colocado nos autorrelatos dos pacientes.

Quadro 2. Comparação entre o modelo biomédico e o modelo de resultados

MODELO BIOMÉDICO	MODELO DE RESULTADOS
1. O corpo pode ser dividido em componentes e cada um deles analisado e tratado individualmente (como as peças de uma máquina)	1. O corpo humano é um sistema que não pode ser separado em componentes
2. A doença tem uma causa bem delimitada com uma relação linear simples do tipo uma causa – um efeito	2. A doença é um processo multicausal
3. A doença é binária (existe ou não existe)	3. As doenças duram muito tempo e não são curadas, exigindo adaptação e mobilização de recursos psicológicos e sociais
4. As doenças podem ser facilmente diagnosticadas e tratadas	4. Reconhece que os mecanismos básicos da doença, nomeadamente os processos biológicos, podem nunca ser identificados
5. Ênfase na identificação dos mecanismos básicos da doença	5. Valoriza o ponto de vista do doente
6. Ênfase nos exames biológicos	6. Foca o todo, o molar
7. Foca cada uma das partes, o molecular	7. Ênfase nos determinantes dos resultados
8. Os resultados perseguidos são moleculares: (diminuir a pressão arterial; diminuir o tamanho do tumor; reduzir o colesterol, etc.)	8. Ênfase nos resultados, nomeadamente na qualidade de vida e no bem-estar
9. Centra-se na doença	9. Centra-se no doente

Fonte: Retirado de Ribeiro (2007, 69)

Para o modelo biomédico a maioria das informações necessárias para diagnosticar e tratar podem ser obtidas no laboratório, por isso, de pouco vale o testemunho do paciente. Por outro lado, de acordo com o autor tudo indica que o modelo tradicional leva ao sobrediagnóstico e a custos excessivos nos cuidados de saúde. A partir dos anos 50, surge a identificação de que as doenças crónicas aumentaram de forma significativa constituindo uma carga para o sistema de saúde (Kaplan, 2002). Constatou-se ainda que, para além destas enfermidades apresentarem múltiplas causas, a maioria das pessoas que mostravam uma condição crónica e padecem também de outras doenças crónicas. Por outro lado, as doenças agudas duram um breve período de tempo e as condições crónicas geralmente não são curadas. Efetivamente, os pacientes devem adaptar-se aos problemas identificados e os fatores psicológicos e sociais não podem ser ignorados no processo, nem tão pouco a interpretação da condição do paciente e a sua adaptação particular à situação em que se encontra. Assim, o modelo de resultados foca-se nos determinantes do resultado do paciente que legitimam a eficácia do tratamento. Por conseguinte, *“há várias condições que levam à doença; o tratamento ou a gestão do estado do doente, conduzem, por sua vez, a resultados que são a expressão dessa doença ou do controlo resultante do tratamento; mas considera-se que são os resultados que legitimam a eficácia do tratamento. Se o tratamento não contribuir para resultados positivos em termos de comportamento, então, em certa medida é um desperdício de tempo e de recursos.”* (Ribeiro, 2007, 70-71)

De acordo com Kaplan (2002) o modelo de resultados coloca a sua atenção no impacto do diagnóstico e do tratamento, dado que, muitas vezes, a identificação de patologia e tratamento resultam em melhores resultados para o paciente. No entanto, de acordo com o autor, pode haver casos em que a identificação da doença não resulta necessariamente em melhores resultados para o paciente, dado que, há muitas circunstâncias nas quais a doença, se não for detetada, não tem impacto na expectativa de vida ou qualidade de vida. Como resultado dessa ambiguidade, os provedores, os médicos e os pacientes são colocados diante de situações complexas, em que devem enfrentar decisões difíceis sobre se o tratamento deve ou não deve ser iniciado.

O modelo de resultados tem sido aplicado na pesquisa de reabilitação, contudo verificou-se que é necessário um maior investimento a dois níveis (Kaplan, 2002): (1) na área dos estudos em reabilitação de modo a que os resultados sejam apresentados em termos de QALYs (*Quality of Adjusted Life Year*), pois, a sua utilização pode ajudar a priorizar as exigências sobre recursos limitados de cuidados de saúde e permitir a comparação da reabilitação em relação a outras áreas da medicina e cuidados de saúde; e (2) na área de pesquisa de resultados que utilize a tomada de decisão médica compartilhada, onde as preferências dos pacientes pelos resultados de saúde são uma componente importante do processo de decisão de saúde. Um conjunto emergente de metodologias pode ser usado para aumentar o envolvimento do paciente neste processo de decisão.

De acordo com Kaplan (1994) a Universidade de Califórnia apresenta um modelo geral de saúde pública que separa os aspetos do estado de saúde em componentes diferenciados, a saber: *expectativa de vida* (mortalidade); *funcionalidade e sintomas* (morbilidade); *preferência por estados funcionais* (utilidade); e *duração ou permanência nos estados de saúde* (prognóstico). Contudo, observou-se que os indicadores de saúde pública não têm em consideração a disfuncionalidade que acompanha a vida das pessoas, dado que, têm focalizado a sua atenção em resultados de expectativa de vida, mortalidade infantil, anos de vida potencial perdida e outros indicadores negativos (Kaplan; 1994, cit. Ribeiro, 2007). No entanto, temos assistido nos últimos anos a novas abordagens de avaliar quantitativamente o estado de saúde, surgindo medidas designadas por *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde* e medidas de funcionalidade.

1.3. A Salutógenese

Sobre a origem e a perda de saúde, a literatura tem destacado três tipos de explicação que os humanos encontraram ao longo das épocas e que, de certo modo, refletem o seu entendimento sobre a saúde e a doença (Scliar, 2007), evidenciando-se três paradigmas: mágico-religioso, biomédico e holístico. O paradigma mágico-religioso compreende a realidade a partir da mitologia e da religião, pelo que, as pessoas acreditam em “*forças*” (espíritos malignos, deuses, feitiçaria) que são responsáveis por transmitir doenças ao indivíduo e que a sua saúde é uma dádiva ou bênção de Deus ou deuses, e a sua privação ou doença são um castigo ou punição. Fundamentalmente, o paradigma patogénico no qual foi desenvolvido o modelo biomédico dá primazia ao “*anormal*”, “*defeituoso*” e “*disfuncional*” e centra a sua atenção em questões relacionadas com os fatores que conduzem a uma determinada doença. Nesta perspetiva toda a doença tem uma causa que é preciso descobrir e as pessoas são reduzidas às suas estruturas físicas, processos fisiológicos e bioquímicos. Esta abordagem homeostática da saúde possibilita uma compreensão da patologia identificada, permitindo encontrar formas de a combater, controlar e até prevenir, através de uma intervenção focada na implementação de estratégias essencialmente remediativas (Noack, 1987).

O paradigma salutogénico ultrapassa a dicotomia saúde versus doença e considera a saúde numa posição de um *continuum* função/(dis)função (*ease/(dis-ease)*) e num movimento em direção à saúde como fim (Antonovsky, 1979). O modelo salutogénico de saúde parte de uma abordagem sistémica de saúde e do pressuposto da natureza humana como heterostática ao invés de homeostática permitindo uma abordagem diferente de saúde e de doença. (Eriksson

& Lindström, 2006). Os esforços são orientados para a procura dos elementos que conduzem o indivíduo a manter a sua saúde independentemente da interferência dos elementos do meio físico e social (Pasikowski, Sek, & Scigala, 1994; cit. Humboldt & Leal, 2008). Neste contexto, Antonovsky (1979) foi confrontado com uma questão salutogénica a saber: *“Porque é que algumas pessoas, independentemente de estarem expostas a situações stressantes graves e apresentarem dificuldades severas, permanecem saudáveis e outras não ?”*. Neste sentido, foi traçada uma trajetória de pesquisa para compreender e explicar esta variabilidade individual, a força e a capacidade para o ajustamento bem-sucedido. O autor sugeriu que a cognição do indivíduo e a sua maneira de responder ao ambiente e ao stress podem ser relevantes na promoção da *“boa saúde”*. Como refere Heiman (2004), a abordagem salutogénica é uma perspetiva alternativa ao modelo tradicional patogénico, permitindo a procura dos fatores de promoção da saúde dentro dos indivíduos e das sociedades.

Quando questionamos as pessoas como definem saúde as suas respostas variam em conformidade com as suas experiências individuais, os grupos sociais, a literacia de saúde, o conhecimento científico contemporâneo e as políticas vigentes. Contudo, é frequente encontrar como resposta a definição da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1946, 1948) que considera a saúde como *“um estado de completo bem-estar físico mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*. Esta definição de saúde procurava expressar *“o direito a uma vida plena, sem privações”* (Scliar, 2007) e apesar de ser um conceito útil para analisar fatores de saúde, acabou por se mostrar limitativo e foi alvo de algumas críticas. Por exemplo, para Christopher Boorse (1977, cit. Scliar, 2007) a amplitude do conceito precisava de ser circunscrito, daí a sua definição de que a *“saúde é a ausência de doença”*, pressupondo uma classificação dos seres humanos de forma objetiva entre os *“saudáveis”* ou os *“doentes”*, integrados de acordo com o grau de eficiência das funções biológicas, sem emissão de juízos de valor.

Numa abordagem de saúde, Graça (2015) destaca as contribuições de vários autores sobre as limitações da definição da OMS, em particular, no que diz respeito ao idealismo do *“completo bem-estar”*, ao imobilismo do termo *“estado”*, à dificuldade de operacionalização dos conceitos em geral e à ignorância dos aspetos emocionais, espirituais e sociais. Neste seguimento, várias propostas de definição de saúde surgiram destacando a funcionalidade, os indivíduos e as comunidades, a capacidade pessoal para alcançar saúde, a qualidade das relações interpessoais estabelecidas e o contexto. Por exemplo, destacam-se os contributos de quatro autores citados por Graça (2015,8): (1) Terris (1990) que propõe para definição de saúde *“um estado de bem-estar físico, mental e social, com capacidade funcional, e não somente a ausência de doença ou enfermidade”*, definição essa considerada mais operativa estabelecendo uma relação entre *“estar saudável com máximo bem-estar”* e *“capacidade de funcionar”*; (2) Salleras Sanmarti (1985) que considera a saúde como *“conseguir o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social e de capacidade de funcionamento, que permitem os fatores sociais onde estão inseridos os indivíduos e as comunidades”*; (3) Dejours (1995) que compreende a saúde, para além dum ideal a ser atingido, mas como sendo *“a capacidade de cada indivíduo criar e lutar pelo seu projeto de vida, em direção ao bem-estar”*, enquadrada num processo holístico, que coloca no centro os indivíduos, que se apreende e está conectado com a qualidade das relações interpessoais e contexto; e (4) Antonovsky (1996) que propõe uma abordagem salutogénica focada nos fatores que promovem a saúde *“centrando-se nas pessoas, no seu contexto, recursos e potencialidades”*.

Segundo Laframboise (1973) a saúde mental, a saúde pública, a medicina clínica e a investigação foram divisões tradicionais que levaram a barreiras ao desenvolvimento de um pensamento integrado proporcionando sistemas de saúde paralelos e competitivos. Por isso, o modelo holístico de Laframboise (1973) classifica os determinantes de saúde em quatro grandes grupos ou campos: *Estilo de Vida* (o aspecto mais negligenciado da saúde, que consiste na aglomeração de decisões que o indivíduo toma considerando o quadro dos valores sociais e que têm um efeito significativo na sua saúde); *Ambiente* (inclui todo ambiente em que o indivíduo vive e sobre o qual tem pouca ou nenhuma escolha pessoal para evitar, como é o caso do ar que se respira); *Organização da Saúde* (limitado à quantidade, qualidade, disposição, natureza das relações de pessoas e recursos no campo dos serviços de casos de saúde); *Biologia Humana e aplicação clínica* (limitado à pesquisa biológica básica subjacente a todo o campo de saúde e aplicação dos resultados da investigação médica aos cuidados de saúde pessoais). O autor considera que este quadro oferece uma visão mais equilibrada do campo da saúde do que as divisões tradicionais de prevenção, diagnóstico, terapia e reabilitação, ou saúde pública, saúde mental e medicina clínica. Nesta abordagem, os problemas e questões são mais facilmente identificados e é dada a devida importância às medidas preventivas a serem tomadas.

A partir do reconhecimento dos fatores que intervêm na saúde e sobre os quais a saúde pública deve intervir, Marc Lalonde (1974) utiliza o conceito de “*campo da saúde*” (*health field*) de Laframboise (1973) e reforça no campo os quatro elementos articulando-os com o real (Scliar, 2007): *a biologia humana* (herança genética e processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento); *o meio ambiente* (o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho); *o estilo de vida* (do qual resultam decisões que afetam a saúde, como fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercício físico); *a organização da assistência à saúde* (assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos).

A propósito das preocupações sobre a construção de uma “*Nova Saúde Pública*” que se libertasse do modelo biomédico, Terris (1992) atualiza a definição de saúde pública, compreendendo-a como “*a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio, o controle de doenças (infeciosas e não infecciosas) e os acidentes, a educação do indivíduo nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, e o desenvolvimento do “maquinário social” que assegure a cada indivíduo na comunidade um nível de vida adequado para a manutenção da saúde*” (Terris, 1992, 187-188; cit. Paim, 2006, 127). Neste seguimento, estabelece quatro tarefas básicas para a teoria e a prática da nova Saúde Pública: (1) *prevenção das doenças não infecciosas*; (2) *prevenção das doenças infecciosas*; (3) *promoção da saúde*; e (4) *melhoria da reabilitação médica e da reabilitação* (Paim, 2006).

Voltemos aos contributos e implicações do trabalho realizado por Antonovsky (1979, 1987, 1993, 1996) sobre a procura da resposta à questão sobre “*como criar saúde*”. No final dos anos 70 do século passado, Antonovsky constata que a compreensão da saúde da sua época estava a ser limitada pelo fato de apenas destacar e ser orientada para os agentes causais da doença, para a prevenção e para o tratamento. O autor ao propor que se dê ênfase aos fatores que promovem ativamente a saúde alarga o campo de pesquisa e intervenção neste domínio. Nesta ótica, a saúde passa a ser vista numa perspetiva de salutogénese (a

origem da saúde), resultante das ações dos indivíduos na gestão dos recursos para os processos de saúde e promoção da saúde. É neste âmbito, que Antonovsky (1979, 1987) introduziu o conceito salutogénico de “*Sense of Coherence*” (SOC) relacionado com o bem-estar mental e usou o de “*Generalised Resistance Resources*” (GRRs). Assim, a resposta sobre a origem da saúde está no que ele chama de um sentido interno de coerência e da noção de recursos generalizados de resistência. Efetivamente, os stressores são omnipresentes nas condições de vida dos humanos ao longo da sua existência e podem ter um impacto significativo nas vidas das pessoas e dos grupos, em particular, os que são atingidos pela pobreza e pela marginalidade.

O modelo de Antonovsky (1979,1984) de “*Senso de Coerência*” e o modelo de Kobasa (1979) de “*Robustez*” (“*Hardiness*”) permitiram compreender como é que um indivíduo se torna mais competente para lidar com as características do meio ambiente, manejar o stress e permanecer com bem-estar; e assim, a ter mais saúde. De acordo com Kobasa (1979) a “*Robustez*” é um constructo de personalidade capaz de explicar a resistência e o *coping* em situações adversas. De acordo com a autora podem ser consideradas três componentes que ajudam a lidar com acontecimentos de vida stressantes: (1) *Controlo* (capacidade percebida pelo indivíduo para determinar o que acontece na sua vida); (2) *Compromisso* (mede a crença na verdade, importância e valor de quem a pessoa é e do que faz); e (3) *Desafio* (abertura saudável à mudança, em detrimento de uma exigência excessiva de estabilidade). Estudos mostraram que a robustez psicológica influencia as interpretações subjetivas dos acontecimentos de vida (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982).

Na época, Antonovsky (1979) pode constatar a existência desses humanos que experienciaram situações adversas, como os negros norte-americanos, as mulheres sobreviventes dos campos de concentração da 2ª Guerra Mundial, os judeus que viviam na miséria e permaneciam com saúde. De acordo com o autor, a maneira como vemos o mundo afeta a nossa aptidão para gerir a tensão e o stress, por conseguinte, o resultado (saúde) não é uma questão de sorte, vai depender do SOC e do GRRs. A constituição física da pessoa, o ego, a identidade e o apoio social são exemplos de aspetos a considerar nesta dinâmica (Eriksson, 2007; cit. Eriksson & Lindström, 2008). O SOC é então apresentado em três dimensões que refletem a interação entre o indivíduo e o ambiente e as capacidades do indivíduo de: (1) *compreensão* (*comprehensibility*) (capacidade de entender um acontecimento); (2) *gestão ou maneabilidade* (*manageability*) (perceção do potencial de manipulá-lo ou resolvê-lo); e (3) *significabilidade ou investimento* (*meaningfulness*) (significado que se dá a esse evento).

De acordo com a pesquisa de Lacerda, Pontes e Queiroz (2012, 204) vários autores consideram que o SOC implica “*uma orientação global no sentido de ver a vida estruturada, manejável e com sentido emocional. Trata-se de uma forma individual de pensar, sentir e agir com uma autoconfiança que leva as pessoas a identificarem, beneficiarem-se, utilizarem e reutilizarem os recursos disponíveis* “. Por outro lado, tudo indica que a interface da teoria salutogénica com a Promoção da Saúde pode contribuir para uma mobilização dos indivíduos no processo de enfrentarem as adversidades e, tal fato, pode implicar resultados benéficos em termos de saúde. Esta perspetiva é uma nova abordagem da avaliação dos indivíduos com doenças crónicas de saúde ou pertencentes a grupos específicos (idosos, adolescentes, gestantes e crianças).

As evidências mostram que o SOC está fortemente associado à saúde percebida, especialmente a saúde mental, além disso, tem um papel principal, moderador ou mediador

na explicação da saúde e, finalmente, prevê a saúde (Eriksson & Lindstrom, 2006; Eriksson & Lindström, 2008). Com o objetivo de quantificar o SOC Antonovsky (1979, 1987, 1993) apresenta um instrumento de avaliação designado de “*Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky*” (QSCA) (*Antonovsky's Sense of Coherence Scale, ASCS*), que consta de 29 itens e tem sido adaptado em vários países, constituindo uma mais valia para o planeamento e implementação de políticas sociais. Desde a sua publicação na década de 80, que foram realizados vários estudos que evidenciaram que valores elevados do senso de coerência estavam associados a uma menor presença de sintomas depressivos e de ansiedade e que pessoas com um senso de coerência elevado seriam mais propensas a fazer escolhas saudáveis referente ao seu estilo de vida (Torrati, Gois & Dantas, 2010).

O “*Senso de Coerência*” também traduzido por “*Sentido de Coerência*” (SI) ou “*Sentido Interno de Coerência*” (SIC) deve ser entendido como um facilitador do relacionamento dos indivíduos com os fatores adversos à existência humana, pois, torna as ações mais eficientes. Segundo Graça (2015) o “*Sentido de Coerência*” proposto é como uma orientação global que define a capacidade dos indivíduos para: (1) *encarar os estímulos internos ou externos como estruturados, preditivos e explicáveis* (capacidade de compreensão); (2) *ter acesso aos recursos para satisfazer as exigências dos estímulos* (capacidade de gestão); e (3) *empenhar-se na utilização dos recursos e na resolução dos acontecimentos* (capacidade de investimento). Por conseguinte, “*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.*” (Graça, 2015, 8-9), isto é, e segundo a OMS (2010) “*o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos ou das comunidades*”. Os tipos de investimento comprovavam as evidências, por exemplo, nos EUA, no período 1974-1976, Dever (1991) verificou uma assimetria entre os recursos disponibilizados e as mortes observadas – 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. O SOC surge como um recurso de promoção da saúde, que fortalece a resiliência e desenvolve um estado de saúde subjetivo positivo (Eriksson & Lindström, 2006). Por conseguinte, segundo os autores, a “*Salutogénese*” é uma abordagem valiosa para a promoção da saúde pelo que consideram que valeria a pena implementar na prática muito mais do que até à data.

O Sentido Interno de Coerência (SIC) foi trazido para o âmbito da promoção da saúde e serviu para orientar as diretrizes macropolíticas da promoção da saúde mental do século XXI. Dahlgren e Whitehead (1991) desenvolveram um *modelo de determinantes de saúde*. Trata-se de um modelo concêntrico em que são tidas em consideração quatro vertentes: (1) *as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais*; (2) *as condições de vida e trabalho*; (3) *as redes sociais e comunitárias*; (4) *os estilos de vida e fatores constitucionais*. Na representação do modelo (*Figura 1*) podemos observar uma cadeia de relações que se influenciam mutuamente, desde a camada mais externa que se refere aos macrodeterminantes até uma mais interna que se refere a determinantes individuais.



Figura 1-Modelo das determinantes de saúde Dahlgren e Whitehead (Adaptado de Dahlgren & Whitehead,1991)

Fonte: CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p.39

Fundamentalmente, a investigação de promoção da saúde é baseada nas teorias do comportamento organizacional, sociologia, psicologia da saúde, psicologia social, psicologia, antropologia, educação, economia e ciências políticas. Parte dessa pesquisa tem-se limitado ao comportamento relacionado com a saúde, mas, a diversidade das disciplinas implicadas reflete o fato de que a prática de promoção da saúde não se preocupa apenas com o comportamento dos indivíduos, mas também com as formas como a sociedade é organizada e as políticas que sustentam a organização social. (Nutbeam & Harris, 2004, cit. Eriksson & Lindstöm, 2008).

Por conseguinte, para uma melhor compreensão do estudo do comportamento humano em contextos de saúde implica alargar os horizontes e a criar sinergias em vários domínios do saber e do agir. Por exemplo, para a compreensão dos diversos fatores que interferem na doença e na saúde é de todo conveniente observar os contributos que a Psicologia da Saúde pode dar à Saúde Pública e vice-versa (*Quadro 3*).

De acordo com Matos (2004, 451) a Psicologia no âmbito das disciplinas de Saúde Pública pode ser compreendida como o estudo de cinco vertentes: “(1) dos determinantes dos comportamentos dos indivíduos e das populações, (2) das alterações do comportamento, (3) do seu desenvolvimento nos indivíduos ao longo do ciclo da vida, (4) nas várias dimensões da sua dinâmica própria (comportamentos abertos, verbais e não verbais e comportamentos cobertos – cognições, emoções, afetos), e (5) em função dos vários cenários com que vão interagindo (família, pares, escola, trabalho, comunidade)”.

Quadro 3- Contributos da Psicologia da Saúde para a Saúde Pública e vice-versa

CONTRIBUTOS	
Da Psicologia da Saúde para a Saúde Pública	Da Saúde Pública para a Psicologia da Saúde
<ol style="list-style-type: none"> 1) Inclusão de temáticas relacionadas com a mudança de comportamentos (a gestão do stresse, a promoção de competências pessoais, a promoção da resiliência, a ativação de redes sociais de apoio); 2) Visão desenvolvimental (ao longo do desenvolvimento humano, vão variando as características e necessidades das populações em termos de saúde e de bem estar); 3) Conhecimento do comportamento humano (aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais) como determinante de escolhas a nível da saúde, considerando os conceitos de competência, participação e resiliência; 4) Perspetiva ecológica e sistémica que salienta a importância para a Saúde da interação com grupos (a família, a escola, o trabalho e o apoio social); 5) Estudo dos aspetos culturais e o seu impacto na saúde das populações; 6) Recolha de informação e avaliação de ações através da implementação de estratégias baseadas em metodologias qualitativas, e nas teorias da comunicação interpessoal e dinâmica de grupo; 7) Elaboração de parcerias promotoras de saúde baseadas na comunicação de massas; 8) Diálogo com o poder político na defesa da relevância dos fatores atrás apontados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perspetiva alargada das “populações”; 2) Conhecimento de fatores de ordem económica e do seu impacto na saúde; 3) Conhecimento aprofundado sobre o funcionamento dos recursos comunitários (organização dos serviços de saúde e sua complexidade); 4) Incidência em intervenções preventivas universais ou dirigidas a “populações”, (focagem na modificação dos determinantes dos comportamentos lesivos da saúde); 5) Adaptação e a aplicação do conhecimento psicológico na intervenção em “populações” e em condições diferentes das inicialmente estudadas (catástrofes naturais, novos migrantes, conflitos armados) ou do aparecimento de novas ameaças à saúde (VIH/SIDA); 6) Aplicação do conhecimento psicológico ao trabalho em sistemas cada vez mais complexos e extra -laboratoriais.

Fonte: Adaptado de Matos (2004,450-451)

1.4. Comportamento humano e saúde

Kasl e Cobb (1966,531) no seu trabalho intitulado “*Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior*” (II. *Sick-Role Behavior*) definem três tipos de comportamento relacionados com a saúde: (1) comportamento de saúde (“*qualquer atividade de uma pessoa que acredita ser saudável, com a finalidade de prevenir a doença ou detetá-la numa fase assintomática*”); (2) comportamento de doença (“*qualquer atividade, realizada por uma pessoa que se sente doente, para definir o estado da sua saúde e para descobrir um remédio adequado*”); e (3) comportamento de doente (“*atividade realizada, com o propósito de ficar bem, por aqueles que se consideram doentes*”). Assim, os comportamentos ligados à saúde assentam em ações diferenciadas, essencialmente, a de impedir que a doença surja, mas, quando tal acontece, procurar encontrar um tratamento e diligenciar para ficar saudável. Dentro do quadro teórico proposto pelos autores, as mudanças na saúde e na doença foram observadas a partir de quatro níveis de descrição: saúde somática, comportamento, desempenho de papéis e identidade. Esta conceção apresenta limitações, em particular o fato de não considerar as diligências efetuadas por pessoas não saudáveis com doenças reconhecidas, como a autogestão, atraso da progressão da doença e melhoramento do bem-estar geral (Cornner & Norman, 1996; cit. Gonzalez & Ribeiro, 2004). Numa explicação mais abrangente, o comportamento relacionado com a saúde é definido como qualquer comportamento que afeta a saúde de forma positiva ou negativa, pois considera-se que qualquer atividade ou comportamento afeta sempre de algum modo a nossa saúde, seja direta ou indiretamente,

(Carmody,1997; cit. Gonzalez & Ribeiro, 2004). De acordo com Matarazzo (1984, cit. Ogden, 1999) podem ser definidos dois tipos de comportamentos de saúde, um de efeito negativo e outro de efeito positivo, a saber: (1) *comportamentos patogénicos* (dizem respeito a hábitos prejudiciais à saúde como fumar, fazer uma alimentação rica em gorduras, beber álcool em excesso); e (2) *comportamentos imunogénicos* (referem-se a comportamentos de proteção da saúde como fazer um *check-up* regular, lavar os dentes, usar cinto de segurança, procurar informação sobre saúde, dormir número de horas adequado por noite).

A partir dos anos 70 do século XX os estudos evidenciaram o papel determinante dos comportamentos de saúde contextualizados em situações de saúde e de doença. McKeown (1978) no seu artigo sobre "*Determinants of health*" considera que o declínio das doenças infecciosas compreende-se melhor através de fatores sociais e ambientais do que em termos de intervenções médicas. Argumenta que as doenças contemporâneas são causadas pelas "*influências que o individuo determina através do seu próprio comportamento*", pelo que, considera que a saúde depende da mudança do comportamento, como por exemplo, alterar hábitos pessoais de fumar ou de levar uma vida sedentária. O autor refere que a exigência mais imediata nos serviços de saúde é a de dar atenção suficiente às influências comportamentais que nesta perspetiva são agora os principais determinantes da saúde. Alega que embora muitas vezes o público acredite que a saúde depende principalmente da intervenção do médico e que o requisito essencial para a saúde é a descoberta precoce da doença, em seu entender, este conceito deve ser substituído pelo reconhecimento de que a doença muitas vezes não pode ser tratada eficazmente e que a saúde é determinada predominantemente pelo modo de vida que os indivíduos escolhem seguir. MacKeown (1979, cit. Ogden, 1999) no seu livro "*The Role of Medicine*" procurou explicar as causas de morte das sociedades desenvolvidas e chegou à conclusão que as doenças predominantes (cancro, doença coronária e cirrose hepática) eram causadas por comportamentos dos indivíduos.

O levantamento de estudos sobre comportamento e mortalidade sugeriram que o comportamento e o estilo de vida se encontram relacionados com a longevidade. Por exemplo, o tabagismo, o consumo de álcool, regimes dietéticos e comportamento reprodutivo e sexual são responsáveis por todos os tipos de cancro, avançando que 75% das mortes devidas a esta patologia estão relacionadas com o comportamento (Dol & Peto, 1981; cit. Odgen, 1999).

Ao constatar que os comportamentos de saúde se encontravam ligados à longevidade e mortalidade, os psicólogos da saúde desenvolveram investigação para compreender, identificar e prever os comportamentos relacionados com a saúde, para saber como realizar a modificação de comportamentos, desenvolvendo teorias explicativas sobre o objeto de estudo em causa.

A literatura apresenta estudos que associam as crenças de controlo de saúde com a apresentação de comportamentos de saúde preventivos. Kristiansen (1985; cit. Ogden, 1999) partiu dos sete comportamentos de saúde definidos por Belloc e Breslow (1972) e foi estudar a sua relação com um conjunto de crenças, concluindo que estes estavam ligados a três crenças principais, a saber: "*Grande valorização de saúde*"; "*Crença na Paz Mundial*"; e "*Pouca importância numa vida excitante*". Kristiansen (1985; cit. Ogden, 1999) considerava que o valor da saúde era mais provável ser preditivo do comportamento que envolveu um risco direto para a saúde, do que de um risco indireto. Nesta perspetiva, o valor da saúde prediz a manifestação de comportamentos de natureza protetora para a saúde. Por conseguinte, se uma pessoa acredita que tem controlo sobre a sua saúde e apresenta ações para a

manutenção de uma boa saúde então podemos esperar que valorize a sua saúde (Lau, Hartman & Ware, 1986). De acordo com os autores, é conveniente avaliar o valor da saúde considerado pelos indivíduos para permitir explicar melhor o sucesso ou o fracasso de um programa de mudança de comportamentos em contexto de saúde. No sentido de averiguar o valor que a pessoa atribui à sua saúde foi criada a “*Health Value Scale*” (Lau, Hartman & Ware, 1986) que Pimenta, Leal e Maroco (2009) adaptaram para a população portuguesa. Estudos portugueses que utilizaram esta escala mostraram que era evidente a importância atribuída à saúde pelos indivíduos (Pereira & Pereira, 2013). Por exemplo, verificaram-se associações entre o estilo de vida e a percepção de risco, que estão de acordo com outros estudos, nos quais as pessoas com maior probabilidade de adotar comportamentos que melhoram a saúde são as que atribuem um valor elevado à sua saúde e, por conseguinte, apresentam uma percepção de risco de hipertensão menor do que aquelas que adotam estilos de vida pouco saudáveis (Wallston, 1994; cit. Pereira & Pereira, 2013). Contudo, os estudos mostram também que o valor atribuído à saúde nem sempre diligência ações de proteção da saúde e que outros fatores devem ser tidos em consideração. Por exemplo, era expectável que doentes hipertensos que atribuem elevado valor à saúde fizessem mais atividade física (Pereira & Pereira, 2013) ou que fumadores e ex-fumadores valorizassem a saúde de forma diferente (Pimenta, Leal e Maroco, 2009), mas tal não se observou.

Fundamentalmente, os “*estados de saúde*” são perspetivados como avaliações cognitivas complexas que incluem crenças dos indivíduos sobre a interação do estado de saúde e as suas circunstâncias pessoais e sociais. Contudo, os estudos qualitativos sobre o processo de avaliação do estado de saúde descobriram que os participantes consideram fatores não relacionados com a saúde, tais como, as crenças religiosas e o suporte disponível (Baker e Robinson, 2004; Robinson et al., 1997; Shiell, 2007; cit. Karimi, Brazier e Paisley, 2017). Por conseguinte, a investigação tem procurado compreender como é que os fatores não relacionados com saúde influenciam a avaliação do estado de saúde. Neste seguimento, Karimi, Brazier e Paisley (2017) realizaram uma pesquisa que tinha como principal objetivo investigar como as pessoas valorizavam os “*estados de saúde*”, procurando responder às seguintes questões: (a) o “*que torna um estado de saúde melhor do que outro?*” (b) “*qual é o papel dos fatores não relacionados com a saúde no desenvolvimento das preferências sobre os estados de saúde?*”; e (c) “*qual é a conexão entre as crenças dos indivíduos sobre os fatores não relacionados com a saúde, o estado de saúde e as preferências sobre os estados de saúde?*”. Os autores distinguiram dois tipos de fatores não relacionados com a saúde: (1) “*fatores de conversão*”, que são fatores pessoais e sociais que interagem com o estado de saúde; e (2) “*as consequências*”, são o efeito final do estado de saúde sobre a vida de um indivíduo (atividades, prazer, independência, relacionamentos, dignidade e evitar ser um fardo). O estudo evidenciou que os indivíduos passam por várias etapas ao avaliar o estado de saúde, combinando as experiências e a imaginação de modo a construir um estado de saúde em concreto. Observou-se ainda que uma vasta gama de fatores influenciou a valorização dos estados de saúde e a valorização da saúde foi considerada uma tarefa cognitivamente complexa e subjetiva. Vários problemas foram encontrados em cada estágio, por exemplo, os participantes expressaram uma compreensão mutável da tarefa e reservas sobre a adequação da sua experiência. Por isso, os autores sugeriram a necessidade de empreender pesquisas sobre o uso de sistemas descritivos que avaliem as consequências não relacionadas com a

saúde, explorando se os indivíduos estão informados e permitindo aos participantes mais tempo para reflexão e deliberação durante o processo de avaliação.

Leventhal, Prochaska & Hirschman (1985; cit. Ogden, 1999) observaram um conjunto de fatores cuja sua combinação podia ser útil para prever e promover comportamentos ligados à saúde: fatores sociais (aprendizagem, reforço, modelagem e normas sociais); fatores genéticos (possível base genética ligada ao consumo de álcool); fatores emocionais (ansiedade, stresse, tensão e medo); sintomas percebidos (dor, falta de ar e fadiga); crenças do doente; e crenças dos profissionais de saúde. Ogden (1999) considera que, fundamentalmente, a abordagem à predição dos comportamentos de saúde é sustentada pelas seguintes bases teóricas desenvolvidas pelos seus autores, a saber: a teoria da atribuição (Heider, 1944, 1958; Kelley, 1967, 1972), o locus de controlo da saúde (Wallston & Wallston, 1982), o optimismo irrealista (Weinstein, 1983, 1984) e o modelo transteórico de mudança de comportamentos (Prochaska & DiClemente, 1982).

Quanto à modificação do comportamento os estudos mostram que a promoção da saúde e a educação para a saúde são estratégias que têm sido utilizadas para mudar o comportamento das pessoas individualmente ou na comunidade (Ribeiro, 2007). O investimento em ações de saúde realizadas pelos indivíduos pode ser circunscrito à consciencialização, compreensão, atitudes, crenças acerca de comportamentos promotores de saúde e de comportamentos lesivos para a saúde. Podemos considerar três conjuntos de fatores que influenciam o comportamento de saúde e que são modificáveis: (1) *fatores predisponentes*, que motivam a decisão de iniciar determinadas ações para a saúde; (2) *fatores capacitantes*, que se referem às habilidades necessárias para implementar as ações; e (3) *fatores reforçadores*, que envolvem o reforço ou as vantagens que se obtêm por se terem realizado as ações em causa (Gatchel, Baum & Krantz, 1989; cit. Ribeiro, 2007).

Os psicólogos da saúde desenvolveram modelos estruturados que possibilitassem uma maior compreensão das crenças e da previsão dos comportamentos de saúde de forma a que se pudesse intervir na mudança de comportamentos e na promoção de comportamentos salutarres. Os indivíduos são perspetivados como processadores de informação pelo que se deve prestar atenção às cognições que estes têm sobre a sua vida e sobre o mundo social. Destacam-se o modelo das crenças de saúde, teoria da aprendizagem social, teoria da ação racional de Fishbein, a teoria da motivação para a proteção, a teoria do comportamento planeado e a abordagem do processo de ação para a saúde (Ogden, 1999; Ribeiro, 2007).

A compreensão do processo de ação para a saúde foi desenvolvido por Schwarzer (1992; cit. Ogden, 1999). O autor defendia que a autoeficácia era o melhor preditor das intenções de comportamento e da mudança de comportamento. A abordagem do processo de ação para a saúde encontra-se representada na (Figura 2). Como podemos observar procura-se prever as intenções comportamentais e os comportamentos reais que ocorrem num determinado período de tempo em que o resultado final é o processo de agir. No primeiro momento os indivíduos decidem se vão ou não efetuar determinado comportamento (*fase de motivação*) e depois de optarem realizam planos para o iniciar e manter (*fase de ação*). Na fase de motivação é considerado a autoeficácia, as expectativas relativas aos resultados (incluindo a influência social) e a avaliação da ameaça (crenças da gravidade e perceções de vulnerabilidade). Na fase de ação estão implicados os *fatores cognitivos* (volitivos) constituídos por planos de ação e pelo seu controlo, os *fatores situacionais* (apoio social e ausência de barreiras) e os *fatores comportamentais*, que de uma forma integrada vão determinar o início

e a manutenção de um comportamento num processo de autorregulação. É defendido que os fatores cognitivos (planos de ação e controlo da ação) são determinantes para a organização da vontade do indivíduo.

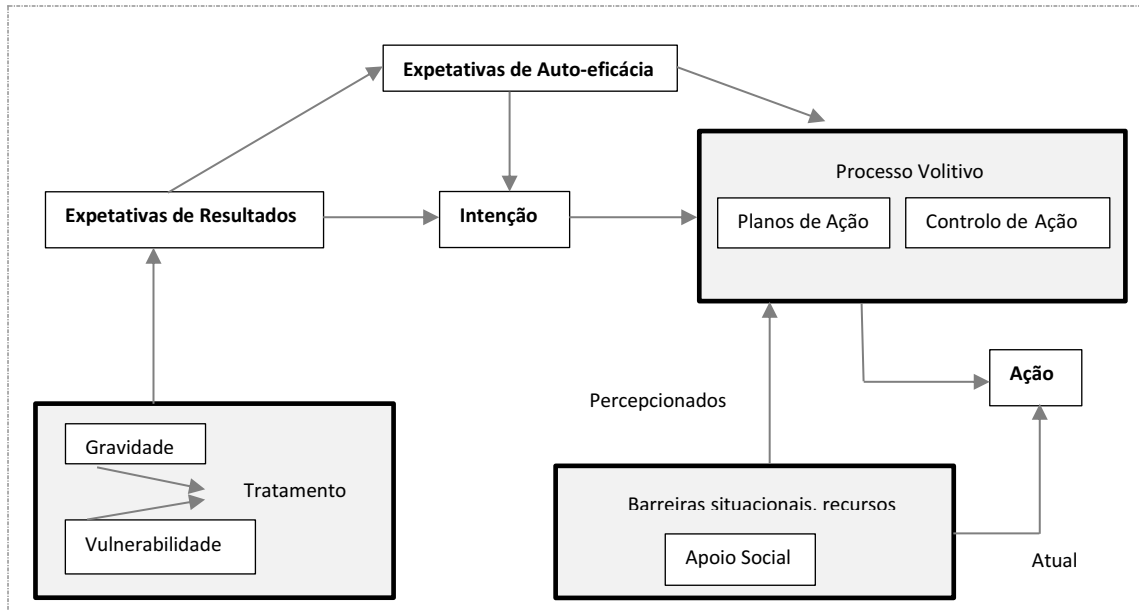


Figura 2- A abordagem do processo de ação para a saúde

Fonte: Retirado de Ogden (1999, 49)

De acordo com McKeown (1978,99) a questão do que determina saúde é devesas importante e, por isso, chama a nossa atenção para a história da saúde e de uma relação a realizar: “*se na nossa sociedade podemos concordar sobre o que causa a saúde, então devemos ser capazes de concordar sobre onde nossos recursos financeiros devem ser colocados, a fim de obter os melhores resultados do nosso investimento.*”.

Nos anos 90 do século passado, os custos em saúde eram elevados e muitos deles desnecessários porque evitáveis. De acordo com a informação veiculada pelo “*Bureau of the Census dos EUA*” (1990; cit. Belar, 2000) as principais causas de morte na altura incluíam as doenças cardíacas, cancro, acidentes vasculares cerebrais, acidentes e doença pulmonar obstrutiva crónica. As análises relatadas por McGinnis (1994; cit. Belar, 2000) demonstraram que as doenças ocorridas, em particular, as lesões e doenças cardíacas, e os custos de tratamento eram consideravelmente elevados e em certas condições evitáveis (cirurgia de revascularização coronária; tratamento para cancro do pulmão, tratamento e reabilitação de quadriplegia). A investigação identificou um conjunto de fatores de risco comportamental para os problemas de saúde, que em alguns casos, podem ser modificados por meio de intervenções comportamentais sistemáticas, como as direcionadas para o tabagismo, a gestão dietética, o exercício e a gestão do stresse.

No seu artigo sobre “*Biobehavioral Risk Factors: Reflections on Present and Future Research on Bio-Behavioral Risk Factors*” Kaplan (1994) chamou a atenção para as relações que se estabelecem entre o comportamento e os fatores sociais, como diz o autor “*Há uma série de dados que ligam os fatores comportamentais e sociais aos resultados de saúde, e esses dados*

têm conduzido a avanços reais na compreensão da base bio-comportamental de muitas condições de saúde, tanto física quanto mental. Essa é a boa notícia. A má notícia é que temos uma infinidade de fatores de risco.” (Kaplan, 1994, 119). Os progressos deste trabalho dependem de mudanças na maneira como analisamos e investigamos a saúde física e mental, quando se procura integrar o conhecimento dos fatores comportamentais, sociais, psicológicos e socio ambientais na compreensão da história natural da saúde física e mental. Os principais fatores de risco comportamental identificados (Kaplan, 1994) estavam relacionados com: fumar; peso, classe social, insatisfação com a vida, hostilidade, stresse, pessimismo, aborrecimentos diários, exercício, dieta, apoio social, depressão, cinismo, neuroticismo e tensão laboral (Quadro 4).

Quadro 4- Lista parcial de fatores de risco comportamentais e psicossociais

Fumar	Expressão de raiva /
Atividade Física	Controle
Peso relativo	Desconfiança Clínica
Dieta	Controle
Álcool	Stresse
Café	Sentido de Coerência
Antioxidantes	Neuroticismo
Gorduras	Robustez
Classe social	Saúde Percebida
Suporte / Redes	Otimismo
Social	“ <i>John Henryism</i> ”(*)
Satisfação de vida	Tensão laboral
Depressão	Incongruência de status
Comportamento Tipo A	Discurso auto-referente
Padrão	Incerteza Pessoal
Hostilidade	Aborrecimentos diários

Fonte: Adaptado de Kaplan (1994, 120)

(*) Uma forte predisposição comportamental para lidar ativamente com stressores ambientais psicossociais.

Nos anos 90 do século passado, os acidentes com veículos motorizados, nos Estados Unidos feriam 5 milhões de pessoas por ano, representavam 4 milhões de visitas a salas de emergência e custos elevados de saúde (Martinez, 1995; cit. Belar, 2000). A autora já nesta altura chamava a atenção para o fato da intervenção mais eficaz para acidentes ser a prevenção, (com o comportamento de usar cintos de segurança sendo um componente significativo), e de que, o método mais eficaz de controle da disseminação da doença de imunodeficiência adquirida (AIDS) era comportamental, isto é, sexo seguro.

Muitos anos já passaram depois destes passos sobre os fatores de risco comportamentais e psicossociais. Os estudos produzidos e os programas implementados desde então vieram esclarecer e reforçar as relações entre o comportamento humano e a saúde e as doença(s), bem como, a relevância de trabalhar ao nível da promoção da saúde, da sua proteção e da prevenção dos riscos, possibilitando políticas mais justas e uma economia em saúde. Segundo Matos (2004) a visão holística da saúde adotada a partir da “*Conferencia de Alma-Ata*” (WHO,1978) teve repercussões ao nível dos profissionais e das políticas de saúde, pois permitiu o alargamento dos horizontes na atuação salutar possibilitando uma abordagem pluridisciplinar da problemática da saúde, a várias dimensões, a saber: *demográfica* (a mortalidade infantil diminui e a esperança aumentou tendo impacto no aumento das doenças

crónicas); *política* (verbalização de um compromisso político de preocupação com a saúde e o bem-estar do cidadão); *técnico-científica* (incremento dos estudos e da investigação na área valorizando a importância da prevenção, da proteção e da promoção da saúde permitindo a passagem do modelo “*médico e curativo*” para o modelo “*holístico, preventivo, participativo e pluridisciplinar*”); e *social e cultural* (a melhoria das condições de vida possibilita ao cidadão uma atitude mais atenta à sua saúde).

O “*risco*” pode ser compreendido como uma probabilidade de um resultado adverso, ou um fator que aumenta essa probabilidade. A percepção do risco pode ser variável consoante o indivíduo, o grupo, a comunidade e a sociedade, por isso, é preciso proteger as pessoas e capacitá-las para optarem por um caminho de vida saudável. Esta perspetiva exige uma análise sistémica do risco. De acordo com a OMS (WHO,2002) é preciso que nos foquemos nos riscos para a saúde, pois, só assim é possível prevenir doenças e lesões. Chama-se à atenção para o fato de que “*as imagens mais emotivas e tangíveis em saúde são de pessoas que sofrem de doença, mas prevenir as doenças e as lesões que ocorrem exige em primeiro lugar a avaliação sistemática e a redução das suas causas*” (WHO, 2002, 22). Paradoxalmente, observamos muito esforço científico que não é rentabilizado, pois, a maioria dos recursos de saúde são direcionados para o tratamento de doenças e a “*regra de resgate*” ainda domina este sector.

A OMS (WHO, 2002) no seu relatório “*Reduzindo riscos e promovendo uma vida saudável*” defende a relevância da promoção dos comportamentos associados à saúde e da identificação e prevenção dos fatores de risco. Nesse documento são apresentados dez factores que podem ser evitados e que contribuem para o risco na Saúde Global e que são responsáveis por um terço de mortes no mundo: (1) o sexo não protegido; (2) o consumo de tabaco; (3) o abuso do álcool; (4) a hipertensão; (5) a utilização de água não potável e falta de saneamento básico e de higiene; (6) a sub-alimentação; (7) a obesidade; (8) o fumo de combustíveis sólidos no interior das habitações; (9) a hipercolesterolemia; e (10) a deficiência de ferro.

A estes fatores de risco podem ainda ser acrescentados mais cinco : (1) os acidentes, (2) a violência (social e doméstica), (3) os abusos de carácter sexual (sobre pares e sobre menores), (4) o suicídio e outras agressões autoinfligidas, (5) a alienação e o stress escolar, profissional e social. (Matos, 2004). A autora chama também a atenção para os problemas associados que envolvem as doenças cardiovasculares, as doenças cerebrovasculares, o cancro do pulmão e outras doenças crónicas do pulmão, a infeção pelo VIH/SIDA e os problemas de saúde mental. Por conseguinte, a compreensão da relevância da interação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e ambientais, associados ao desenvolvimento de várias condições de doença e saúde permite atuar de forma mais conscienciosa e eficaz ao nível dos comportamentos de consumos (álcool, tabaco e drogas), sedentarismo e alimentação, (habitualmente associada a doenças cardíacas e ao cancro), mas também, ao nível dos comportamentos interpessoais relacionados com a violência, a sexualidade, as relações e o stress laboral e escolar, e ainda, o estabelecimento de redes de apoio interpessoal, o lazer, e suas possíveis associações com a promoção e proteção da saúde. (Matos, 2004).

Neste seguimento, se conseguirmos identificar quais os fatores que predizem os comportamentos de saúde e quais os processos (especialmente, os cognitivos, volitivos, emocionais e motivacionais) que estão na base dos comportamentos de saúde, conseguiremos intervir de forma especializada, cirúrgica, multidisciplinar e conscienciosa, permitindo o investimento na proteção da saúde, na manutenção de comportamentos saudáveis e na

prevenção de comportamentos de risco, abrindo a oportunidade ao compromisso com o desenvolvimento de promoção da saúde, de forma individual, de grupo e coletiva.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

A compreensão da saúde numa perspectiva coletiva remete-nos para o conceito de *Promoção da Saúde*. De uma maneira geral esta é entendida como uma resposta à medicalização da vida social ou como “*uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas*” (Buss, 2000, 165), pelo que, propõe o enfrentamento e a resolução dos problemas através de uma articulação de saberes e da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados. No mundo contemporâneo este conceito surge associado a expressões como “*políticas públicas saudáveis*”, “*colaboração intersectorial*”, “*desenvolvimento sustentável*” (Czeresnia & Freitas, 2012). De acordo com os autores as relações entre saúde e sociedade encontram-se cada vez mais próximas possibilitando a abertura de novas abordagens em saúde, tais como: a construção de práticas voltadas para uma saúde positiva; a compreensão da complementaridade entre disciplinas científicas (*interdisciplinaridade*); a identificação de áreas de intervenção (*intersectorialidade*) de saberes na implementação das práticas de promoção; a relevância da vigilância de saúde e de doenças, da orientação de escolhas e de estilos de vida saudáveis, da prevenção de riscos (*individuo, grupo, comunidade*), da participação e da responsabilidade social para promoção da saúde; da literacia em saúde; e dos limites e potencialidades de uma promoção de saúde em espaços/ambientes vulneráveis.

Com a disseminação do conceito de promoção de saúde assistimos a uma focalização para o processo *saúde-doença(s)-cuidado* e seus determinantes, promovendo a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos (institucionais e comunitários, públicos e privados) para enfrentar as situações problema e contribuir para a sua resolução, de forma a transformar os espaços de exclusão em territórios de cidadania de saúde (Buss, 2012). Contudo, do entendimento dos problemas até às propostas de intervenção e sua concretização podemos observar múltiplas estratégias, medidas e atores.

De acordo com Breslow (1989) é preciso pôr na agenda da saúde a *promoção da saúde*, isto é, devemos considerar uma etapa situada antes do tratamento e da prevenção da doença, de forma a permitir “*o avanço do bem-estar e a prevenção dos riscos para a saúde, alcançando os níveis ideais dos determinantes comportamentais, sociais, ambientais e biomédicos da saúde*” (Breslow, 1989, 205). Esta abordagem difere do serviço médico na medida em que este último é dirigido em grande parte para superar a saúde precária do indivíduo. Na perspectiva da promoção da saúde a focagem visa manter o nível de saúde e fortalecer o potencial (recursos) para a saúde.

O surgimento da promoção da saúde levanta várias questões (Breslow, 1989): (1) a medição do estado de saúde (se consideramos a saúde apenas nos elementos biológicos como tradicionalmente é entendido pela ciência biomédica e os elementos de papel (desempenho) como tradicionalmente entendido na ciência sociomédica); (2) a visão da saúde como o equilíbrio dinâmico de indivíduos ou grupos de pessoas com seu ambiente, sua capacidade de

viver fisicamente, mentalmente e socialmente; e (3) medir a saúde das pessoas num contínuo que se estende da harmonia "*perfeita*" com o ambiente e do máximo potencial para responder às adversidades, ao ponto da incapacidade extrema e sem reservas (estado pré-mórbido extremo). Esta visão também abrange a atenção à população, e não se circunscreve apenas aos doentes. Significa ainda considerar as responsabilidades individuais versus comunitárias para a saúde e a alegada medicalização da vida.

2.1. Evolução do conceito de Promoção da Saúde

O conceito de promoção da saúde foi primeiramente utilizado em contexto da medicina preventiva para caracterizar "*um nível de atenção*" (Leavell & Clark, 1976). Nos anos 20 do século passado, quando Winslow definiu saúde pública referiu-se à promoção da saúde como sendo "*um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore a sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma "maquinaria social" que assegure a todos os níveis de vida adequados para a mudança e o melhoramento da saúde*" (Winslow, 1920; cit. Buss, 2012,21). Henry Sigerist fez também referência ao termo quando circunscreveu as quatro tarefas da medicina: *a promoção da saúde; a prevenção das doenças; a recuperação dos enfermos; e a reabilitação*. Considerou que a saúde podia ser promovida a partir de um nível de vida decente, isto é, quando se proporciona aos humanos "*condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso*" (Sigerist, 1946; cit. Buss, 2012,21). Mas, foi mais longe, pediu o esforço coordenado dos políticos, sindicatos, empresários, educadores e médicos para levar por diante tais empreendimentos. Por conseguinte, com o decorrer do tempo o termo passou a estar ligado a um cariz político e técnico relativo a um processo *saúde-doença(s)-cuidado*. Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), as evidências mostraram a relevância do comportamento na saúde e na prevenção das doenças. O estudo pioneiro publicado por Morris, Heady, Raffle, Roberts e Parks (1953; cit. Ribeiro, 2004) destacou a relação entre a falta da atividade física no trabalho e a doença coronária.

Na compreensão de um modelo da história natural sobre a doença Leavell e Clark (1965; cit. Buss, 2012) consideraram três níveis de prevenção: (1) *Prevenção Primária* (Promoção da Saúde e Proteção específica); (2) *Prevenção Secundária* (Diagnóstico e Tratamento Precoce); e (3) *Prevenção Terciária* (Reabilitação). No primeiro nível de prevenção as medidas a serem adotadas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais, onde a educação e a motivação sanitárias, centradas no indivíduo, com projeção na família e nos grupos, desempenham um papel relevante, mas, com alguns limites. Não é possível alargar os conceitos para o caso das doenças crónicas não transmissíveis. De acordo com os autores, a partir do movimento da prevenção das doenças crónicas, a promoção da saúde passou a estar ligada a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, e não só aos indivíduos e famílias. Assim, num primeiro momento, a promoção da saúde pode ser compreendida como um conjunto de ações dirigidas à mudança de comportamentos dos indivíduos, focalizada nos seus estilos de vida, no contexto familiar e no ambiente cultural da comunidade em que estes vivem. Nesta abordagem, os programas e as atividades assentam na educação e na mudança dos comportamentos de risco, sob o controle dos próprios indivíduos. Num segundo

momento, a promoção da saúde considera os determinantes sobre as condições de saúde, onde esta é compreendida como um *“produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde”* (Buss, 2012,23). Neste seguimento, as atividades seriam mais direcionadas para os indivíduos e para o ambiente, através do investimento em políticas públicas e em ambientes benéficos ao desenvolvimento da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*).

Nos anos 70 do século XX, Marc Lalonde (1974), o então ministro da Saúde e Bem-estar do Canadá, chama a atenção para o fato do comportamento humano ser em parte responsável pelas doenças do mundo moderno nos países desenvolvidos, pois, considera que *“enquanto se faziam progressos nos cuidados de saúde, no nível de vida em geral, na proteção fornecida pela saúde pública e na ciência médica, contra-forças nefastas trabalhavam para destruir esse progresso. Estas forças do contra constituem o lado negro do progresso económico. Elas incluem poluição ambiental, vida citadina, hábitos de indolência, abuso de álcool, tabaco e drogas, e padrões alimentares que põem os prazeres dos sentidos acima das necessidades do corpo humano (...) é necessário implementar melhoria no ambiente, nos riscos autoimpostos, e um maior conhecimento da biologia humana, se se pretende que os Canadianos vivam uma vida feliz, plena, longa e livre de doença”* (Lalonde, 1974,5; cit. Pais Ribeiro, 2004, 387). Em Maio de 1974 foi divulgado o documento *“A New Perspective on the Health of Canidians”*, designada também como *“Informe Lalonde”* (1974), que visava enfrentar o incremento dos custos económicos da assistência médica e em simultâneo conhecer a abordagem médica para as doenças crónicas. Com este propósito centraram-se no conceito de *“campo de saúde”* e nos seus respetivos *“determinantes de saúde”*, considerando o campo de saúde em quatro componentes: biologia humana e genética, ambiente, estilo de vida e a organização da assistência à saúde, com os seus múltiplos fatores que influenciam a saúde. Chegaram então à conclusão que a maioria dos esforços da sociedade destinados a melhorar a saúde, os seus respetivos gastos diretos em saúde, encontravam-se centralizados na organização da assistência médica e que as principais causas de morbilidade e mortalidade tinham origem em três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilo de vida (Buss, 2000).

Em 1978, em Alma-Ata, na ex-União Soviética, a *Organização Mundial de Saúde* (OMS), com a colaboração da *Fundação das Nações Unidas para a Infância* (UNICEF), organiza a *“I Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”* (WHO/UNICEF, 1978) de seis a doze de Setembro desse ano. Os defensores da saúde e os líderes mundiais reuniram-se para trabalhar em prol da *“saúde para todos”* os povos até ao ano 2000. A doze de Setembro de 1978 formularam a *“Declaração de Alma Ata”*, destacando a relevância de serviços de saúde primários e preventivos no mundo e a urgência e eficácia da ação internacional e nacional para que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos e aplicados em todo o mundo. Nesta Conferência enfatizou-se que a saúde é um direito humano fundamental e chamou-se a atenção para a existência da desigualdade no estado de saúde dos povos, a relevância do desenvolvimento económico e social assente numa ordem internacional, o direito à participação dos povos no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde, a responsabilização dos governos pela saúde dos seus povos, o processo de assistência à saúde continuado e acessibilidade aos cuidados primários de saúde.

Um dos principais contributos deste evento foi a sua focagem no campo da saúde colocando uma meta de “*Saúde para todos no ano 2000*” e as suas recomendações relativas à adoção “*elementos essenciais*”: educação dirigida aos problemas da saúde prevalentes e métodos para a sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção à saúde materno-infantil e planeamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endémicas; tratamento adequado de doenças comuns; e distribuição de medicamentos básicos (Buss, 2000). Este foi um momento histórico, não só porque foi a primeira vez em que a comunidade internacional se uniu com um objetivo comum para melhorar a saúde mundial, mas, também porque com esta dinâmica reforçaram a estratégia da promoção da saúde que levou à realização no Canadá, em Ottawa, em 1986, da “*I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*”(WHO, 1986a) e o seu documento final, a Carta de Ottawa (WHO, 1986b), que constitui uma referência para o desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo até aos dias de hoje.

A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como “*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (WHO, 1986; cit. Buss, 2000, 170), destacando-se três estratégias fundamentais para a sua concretização: *defesa da saúde; capacitação e mediação*. Depois de aprovada, muitas iniciativas lideradas pela OMS foram implementadas com êxito, como é o caso da abordagem centrada em *settings*, como a “*Rede de Escolas Promotoras de Saúde*” e a “*Rede de Cidades Saudáveis*”, ou em fatores determinantes da saúde, como a “*Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco*”, o “*Plano de Ação Europeu para uma Política de Alimentação e Nutrição*” ou a criação da “*Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*” (Loureiro, Gomes, Dias & Santos 2011; Loureiro, Miranda & Miguel, 2013). Portugal também esteve presente no desenvolvimento destas iniciativas verificando-se avanços no domínio da saúde materno-infantil, promoção da saúde na escola, controlo do consumo do tabaco e redução dos acidentes.

Apesar de algumas divergências de interpretação entre os Estados Unidos (*privilegia a intervenção sobre o indivíduo*) e a Europa (*privilegia o nível comunitário e social*) o conceito de promoção da saúde foi adotado por todos os países desenvolvidos (Ribeiro, 2010). Em 1987, a zona regional da OMS na defesa dos interesses de 33 países da região constituiu uma comissão de especialistas europeus a que chamou de “*Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion*”(WGCPHP). Este grupo de trabalho tinha como missão implementar os princípios definidos em Alma-Ata relativos à “*Saúde para todos no ano 2000*”. Estes especialistas europeus partiram da definição de promoção da saúde da Carta de Ottawa destacando dois objetivos: melhorar a saúde; e dominar (por parte do cidadão) o processo conducente à melhoria de saúde; e clarificaram o sentido do conceito de promoção da saúde da seguinte forma (WGCPHP, 1987, 654; cit. Ribeiro, 2010, 46):

- 1) **A promoção da saúde abrange a população como um todo**, no contexto da vida diária e não as pessoas em risco de doenças específicas – visa tornar as pessoas aptas para assumirem o controlo e a responsabilidade pela sua saúde, simultaneamente, como ação espontânea e organizada, visando a saúde. Tal, requer acesso contínuo e completo a informação sobre a saúde para toda a população, recorrendo a todos os métodos disponíveis de divulgação.

- 2) **A promoção da saúde visa os determinantes ou causas da saúde.** Por conseguinte, requer a cooperação de sectores para além dos serviços de saúde, de modo a refletir a diversidade de condições que influenciam a saúde. Os governos, tanto ao nível local como nacional, têm a responsabilidade de atuar adequada e atempadamente, de modo a garantir que o meio ambiente, que está fora do controlo dos indivíduos e dos grupos, seja promotor da saúde.
- 3) **A promoção da saúde combina métodos, ou abordagens, diversos, mas complementares,** incluindo: comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudança organizacional, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde.
- 4) **A promoção da saúde visa, essencialmente, a participação pública** concreta e eficaz e requer o desenvolvimento de aptidões (*skills*) de resolução de problemas e de tomada de decisão, tanto individuais como coletivas.
- 5) Embora **a promoção da saúde seja, basicamente, uma atividade das áreas da saúde e do social** e não um serviço médico, os profissionais da saúde – particularmente dos cuidados de saúde primários – têm um papel importante no apoio à e na criação de condições para a, promoção da saúde. Os profissionais da saúde deverão trabalhar no sentido de aperfeiçoarem a sua contribuição na defesa e na educação para a saúde.

No seguimento desta abordagem, alguns autores consideram que a promoção da saúde parece ter ultrapassado o conceito de higiene e se ter sobreposto de certa forma ao conceito de prevenção das doenças (Ribeiro, 2010).

Nos últimos anos o conceito de promoção da saúde conheceu várias definições de acordo com a perspetiva e formação técnica e social dos seus autores/agentes e dos seus contextos e realidades. Por exemplo, para Gutierrez (1997, 117; cit.Buss, 2012, 23) a *“promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental, ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo.”* Tendo como referencia a realidade latio-americana, este conceito associa ao papel da comunidade a responsabilidade do Estado na promoção da saúde de indivíduos e populações. Hoje é preciso estar atento à promoção da saúde e também ao bem-estar dos cidadãos, pois, se tal não estiver assegurado compromete a capacidade de expressão, a participação social e o acesso à educação, ao emprego e à saúde. Segundo Loureiro, Gomes, Dias e Santos (2011) é preciso reduzir as iniquidades em saúde através de intervenções sobre os grandes determinantes sociais (pobreza, exclusão social e iliteracia). Este desafio (*“agir sobre os determinantes sociais”*) deve envolver/responsabilizar não só aos sistemas de saúde, mas também, os decisores políticos e legislativos, bem como toda a sociedade.

2.2. As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (1986-2016)

O termo moderno de promoção da saúde apresentado nos últimos 30 anos, em países em desenvolvimento (Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental) surge associado às Conferências Internacionais de Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsva (1991), Jakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsínquia (2013), e China (2016).

Quadro 5-Acontecimentos Mundiais sobre a Promoção da Saúde (1974 a 2016)

Eventos anteriores às Conferências Mundiais para a Promoção da Saúde (1974 a 1978):	
- Divulgação do documento “A New Perspective on the Health of Canadians”, designada também como “Informe Lalonde” (1974) - Compromisso da OMS com os “Objetivos da Saúde Para Todos” (1977); - Conferência Internacional UNICEF / OMS sobre “Cuidados de Saúde Primários” em Alma-Ata (1978)	
CONFERÊNCIAS MUNDIAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (1986 a 2016)	
Conferências	Ações/Documentos
Ottawa, Canadá (17-21 Novembro de 1986), Primeira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “International Conference on Health Promotion in Industrialized Countries”	Tendo como base a repercussões da Declaração sobre os “Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata” e o documento da OMS “As Metas da Saúde para Todos” foi provado um documento designado de “Carta de Ottawa” que apresenta as orientações para se atingir a “Saúde para Todos no ano 2000” e seguintes. “The Ottawa Charter for Health Promotion”
Adelaide, Austrália (5-9 Abril de 1988), Segunda Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “Healthy Public Policy”	Deu continuidade às orientações estabelecidas em Alma-Ata e em Ottawa, em particular, no que respeita às políticas públicas saudáveis. Declaração de Adelaide “Políticas Públicas Saudáveis” “Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy”
Sundsvall, Suécia (9-15 de Junho 1991), Terceira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “Health Promotion: Supportive Environments for Health”	Deu continuidade às preocupações iniciadas nos anos 70, em particular, às reuniões sobre “Políticas Públicas Saudáveis” (Adelaide 1988) e “Chamada para a Ação: Promoção da Saúde nos Países em Desenvolvimento” (Genebra, 1989) e considerou a temática e o apoio a “Ambientes Favoráveis à Saúde”. “Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health”
Jakarta, Indonésia (21-25 Julho de 1997), Quarta Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “New players for a new era - leading health promotion into the 21st century”	A “Declaração de Jakarta” apresenta uma visão para a Promoção da Saúde no século XXI. “Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century”
Cidade do México, México (5-9 de Junho, 2000) Quinta Conferência Mundial para a Promoção da Saúde “The Fifth Global Conference on Health Promotion – Health Promotion: Bridging the Equity Gap”	Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde “Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health”
Bangkok, Tailândia (7-11 Agosto de 2005), Sexta Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “Policy and Partnership for Action: Addressing the Determinants of Health”	Coloca a sua temática no mundo globalizado. Identificação dos principais desafios, ações e compromissos necessários para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado, alcançando as pessoas, grupos e organizações que são essenciais para a realização da saúde. “Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num mundo Globalizado” ‘Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world’
Nairobi, Quênia (26-30 Outubro de 2009) Sétima Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap”	“Chamada para a Ação de Nairóbi” para fechar a lacuna da implementação em promoção da saúde. Identificaram-se as estratégias e os compromissos que são fundamentais para superar a lacuna. Pontos temáticos: empoderamento da comunidade; literacia em saúde e comportamento de saúde; fortalecimento dos sistemas de saúde; parcerias e ação intersectorial; e construção da capacidade de promoção da saúde Declaração de Nairobi “Declaration of the Nairobi Call to Action”
Eventos anteriores à Conferência Mundial de Promoção de Saúde de Helsínquia e de Xangai (2010-2012)	
A Estratégia Europa 2020 (2010-2020) contém oportunidades para as organizações de luta contra a pobreza. A “Agenda Global de Saúde” da OMS (2012) dá visibilidade à política da saúde que deve estar presente na agenda económica. A “Estratégia Saúde 2020” (WHO, 2012) fortalece a importância das ações transversais para a saúde e bem-estar, nos governos e na sociedade	
Helsínquia, Finlândia (9-14 Junho de 2013) Oitava Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “Health in All Policies”	“Declaração de Helsínquia sobre a saúde em todas as políticas” Saúde em Todas as Políticas: Estrutura para Ação em Países “Building on our heritage, looking to our future” “The Helsinki statement on Health in All Policies”
Eventos anteriores à Conferência Mundial de Promoção de Saúde de Xangai (2015-2016)	
A 25 e 27 de Setembro de 2015, decorreu na sede da ONU, em Nova Iorque, uma reunião de líderes políticos mundiais da qual resultou uma nova “Agenda de Desenvolvimento Sustentável para 2030” formada por dezassete “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (ODS), que devem ser implementados por todos os países do mundo durante um período de 15 anos, até 2030 A “22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Promovendo Saúde e Equidade” promovida pela União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (UIPES), decorreu de 22 a 26 de Maio de 2016, em Curitiba, Brasil	
Xangai, China (20 e 24 de Novembro, 2016), Nona Conferência Internacional de Promoção da Saúde “Promoting health in the Sustainable Development Goals: Health for all and all for health”	Reafirmar o contributo da “Promoção da Saúde” para “melhorar a saúde” e a “equidade na saúde”. Reforçar a relação entre a “Promoção da Saúde” e a “Agenda 2030” ao nível do “desenvolvimento sustentável”). Foram considerados três pilares da promoção da saúde: (1) Boa governação; (2) Cidades saudáveis; e (3) Literacia em Saúde. “Declaração de Xangai”

Como já foi referido anteriormente, tudo desponta com a preocupação dos países industrializados que observam uma medicalização crescente da saúde na sociedade e nos sistemas de saúde, e a sua aposta/investimento continuado no compromisso mundial para a promoção da saúde. Assim, uma sequência de acontecimentos permitiram desencadear um movimento de promoção da saúde à esfera global, em particular, o evento que culminou no compromisso da OMS com os “*Objetivos da Saúde Para Todos*” (1977), depois, seguiu-se a Conferência Internacional UNICEF / OMS sobre “*Cuidados de Saúde Primários*” em Alma-Ata (1978) e a primeira Conferência Mundial sobre “*Promoção da Saúde em Países Industrializados*” (Ottawa, 1986). As reuniões subsequentes sobre “*Políticas públicas saudáveis*” (Adelaide 1988) e um “*Apelo à ação: Promoção da saúde nos países em desenvolvimento*” (Genebra, 1989) esclareceram a relevância e o significado da promoção da saúde no mundo global e a importância de continuar a lutar por ele (Quadro 5).

Em 1986, em Ottawa, no Canadá (17-21 Novembro de 1986) ocorreu a “*1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*”, que originou a Carta de Ottawa, onde se destaca a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde e para a melhorar (WHO,1986a; WHO,1986b). Neste contexto, a saúde é compreendida de uma forma positiva como “*um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida*”, onde são evidenciados os recursos sociais e pessoais e as capacidades físicas. Por outro lado, a promoção da saúde deixa de ser uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, dado que exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. A promoção da saúde não só devolve à população o poder em matéria de saúde, tirando-o às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia, como também, visiona um futuro que pode ser o de “*facilitar a transferência de recursos importantes na saúde, tais como conhecimentos, técnicas, poder e dinheiro para a comunidade*” (Ribeiro, 2010, 45). De acordo com o autor, talvez muitos profissionais e gestores de saúde não sejam adeptos desta mudança, por considerarem que só eles é que “*sabem melhor*” o que fazer.

Na Conferência de Ottawa (1986) os participantes uniram-se num compromisso para a promoção da saúde de forma a criar uma aliança em prol da saúde pública, comprometendo-se nos seguintes eixos (WHO, 1986a; WHO, 1986b):

- **Políticas públicas saudáveis** (*Intervir no domínio das políticas públicas saudáveis e advogar, em todos os sectores, um claro compromisso político para a saúde e a equidade*);
- **Ambientes saudáveis** (*Contrariar as pressões a favor dos produtos nocivos e da depleção de recursos, das más condições de vida, dos meios insalubres e da má nutrição; e centrar a atenção em temas de saúde pública, tais como a poluição, os riscos ocupacionais, as condições de habitação e os aglomerados populacionais*);
- **Igualdade em saúde** (*Combater as desigualdades em saúde, dentro e entre diferentes grupos sociais e comunidades*);
- **Capacitação para a saúde** (*Reconhecer as pessoas e as populações como o principal recurso de saúde; apoiá-las e capacitá-las para se manterem saudáveis, através de meios financeiros ou outros, e aceitar a comunidade como a voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem estar*);
- **Reorientar os Serviços de Saúde** (*Reorientar os serviços de saúde e o modo como se organizam no sentido da promoção da saúde; partilhar o poder com outros sectores, outras disciplinas e, acima de tudo, com as próprias populações.*);

- **Investimento em Saúde** (*Reconhecer a saúde e a sua manutenção como o maior investimento e desafio social e considerar os diferentes modos de vida numa perspectiva ecológica global.*).

Em 1988, teve lugar em Adelaide, na Austrália (5-9 Abril de 1988), a “2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde” que procurou dar continuidade às orientações definidas nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa e uma particular atenção ao assunto das políticas públicas saudáveis, de forma a viabilizar a criação de ambientes favoráveis que permitissem aos cidadãos escolhas saudáveis. A saúde para além de ser um direito humano passa a ser compreendida como um investimento social que os governos não podem ignorar. Assim, para garantir a saúde dos cidadãos é preciso criar políticas públicas saudáveis que assegurem a promoção da sua saúde e o seu bem-estar, contextualizadas a nível nacional, regional e local. Observando os desníveis de saúde entre os países, os participantes desta Conferência consideraram que os países mais desenvolvidos devem ter um impacto positivo na saúde das nações em desenvolvimento e apresentaram as suas recomendações (WHO,1988a; WHO, 1988b).

A “3ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde” realizada em Sundsvall, na Suécia (9-15 de Junho 1991) visou o tema dos “Ambientes Favoráveis à Saúde” e alertou para o fato de existirem milhões de pessoas a viverem em extrema pobreza e privação, em ambiente progressivamente degradado que ameaça a sua saúde, constituindo-se como obstáculos à realização da “Meta da Saúde para Todos no Ano 2000” (WHO, 1991a; WHO,1991b). Considera que é preciso construir ambientes (físico, social, económico e político) favoráveis à saúde e que políticos e ativistas comunitários devem unir-se por esta causa maior. A Conferência distinguiu quatro vertentes dos *Ambientes Favoráveis*: (1) *dimensão social* (modo como as normas, os costumes e os processos sociais afetam a saúde); (2) *dimensão política* (a garantia dos governos da viabilidade da participação democrática na tomada de decisões e descentralização de responsabilidades e de recursos; o compromisso na defesa dos direitos humanos e da paz; reorientação dos recursos utilizados na corrida ao armamento); (3) *dimensão económica* (recanalização dos recursos para atingir metas da “Saúde para Todos”); e (4) *competências das mulheres* (reconhecimento e utilização das capacidades e saberes das mulheres para desenvolver uma infraestrutura mais positiva de suporte aos ambientes favoráveis, desenvolvimento de políticas e estratégias de Promoção da Saúde). Nesta Conferência considerou-se que as estratégias da “Saúde para Todos” (WHO, 1991a; 1991b) devem estar assentes na *equidade* e na *interdependência* de todos, de modo a que as populações sejam envolvidas em atividades para o desenvolvimento sustentável visionando um futuro com saúde. Foram ainda identificadas quatro ações estratégicas de saúde pública: (1) Advocacia de saúde através da ação comunitária e partindo dos grupos de mulheres; (2) Preparar as comunidades e os indivíduos para o controle da sua saúde e do seu ambiente, através da educação e da capacitação (*empowerment*); (3) Estabelecer alianças para a saúde e para a criação de ambientes de suporte; e (4) Mediar os interesses em conflito na sociedade e possibilitar um acesso equitativo a ambientes favoráveis à saúde.

A “4ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde” ocorrida em Jacarta, na Indonésia (21-25 Julho de 1997), subordinada ao tema “*Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro*” apresenta a novidade de ter sido realizada num país em desenvolvimento e de incluir pela primeira vez o setor privado no apoio à promoção da saúde. Dela surgiu um documento, a “*Declaração de Jacarta sobre a Promoção*”

da Saúde no Século XXI” que reflete o compromisso dos participantes em agir nesse sentido e a destacar prioridades: (1) promover a responsabilidade social para com a saúde; (2) Aumentar os investimentos para fomentar a saúde; (3) Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; (4) Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e (5) Assegurar uma infraestrutura para a promoção da saúde (WHO,1997a; 1997b).

A investigação e os estudos de casos realizados mundialmente constituíram provas convincentes de que a promoção da saúde funciona. As estratégias de promoção da saúde evidenciaram que podem provocar e modificar estilos de vida e que as condições sociais, económicas e ambientais são determinantes da saúde. Por outro lado, é uma realidade para todos os países que: as abordagens inclusivas ao desenvolvimento da saúde são as mais eficazes; as localidades oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias abrangentes; a participação é determinante para dar apoio ao esforço; e aprender sobre saúde estimula a participação eficaz das pessoas e das comunidades.

Por conseguinte, a promoção da saúde é uma abordagem prática para a obtenção de mais equidade em saúde. Os participantes da *Jakarta '97* solicitaram à OMS que assumisse a liderança na formação de uma aliança mundial de promoção da saúde.

Na Cidade do México, no México (5-9 de Junho, 2000) teve lugar a “5ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde” sobre o tema da “Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade” e da qual resultou uma “Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde” assinada pelos Ministro da Saúde, que evidenciou as suas ideias e diligências a serem tomadas (WHO, 2000): (1) Reconhecimento da relevância do nível elevado de saúde para se atingir o desenvolvimento social, económico e a equidade; (2) Reconhecimento da promoção da saúde como sendo da responsabilidade dos governos e sectores da sociedade; (3) Consciência do esforço conjunto dos governos e sociedades que permitiram a melhoria da saúde e o desenvolvimento dos serviços de saúde em muitos países do mundo nos últimos anos; (4) Constatação da persistência de problemas de saúde prejudiciais ao desenvolvimento social e económico que precisam de ser urgentemente resolvidos para promover a saúde e bem-estar; (5) Consciência do registo de doenças novas e reemergentes que ameaçam o progresso conquistado na área da saúde; (6) Constatação da necessidade de ter em consideração os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde e de fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os sectores e níveis da sociedade; (7) Entendimento de que a promoção da saúde deve estar presente nas políticas e programas públicas de todos os países de forma a alcançar equidade e melhor saúde para todos; e (8) Verificação de que as estratégias de promoção da saúde são eficazes. As recomendações apresentadas visam (WHO, 2000):

- **Situar a promoção da saúde** como prioridade das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais.
- **Assumir a liderança** para assegurar a participação ativa de todos os sectores e da sociedade civil, na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam as parcerias na área da saúde.
- **Apoiar a preparação de planos de ação** nacionais para promoção da saúde.
- **Estabelecer ou fortalecer redes** nacionais e internacionais de promoção da saúde
- **Defender a ideia** de que os órgãos da ONU sejam responsáveis pelo impacto.
- **Informar** o Diretor-geral da Organização Mundial da Saúde do progresso registado na execução dessas ações.

Na “6ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde” que decorreu em Bangkok, na Tailândia (7-11 Agosto de 2005), sobre o tema “*Policy and Partnership for Action: Addressing the Determinants of Health*”, surge um documento, a “*Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num mundo Globalizado*”, onde se registaram os compromissos para abordar os determinantes da saúde no mundo globalizado através da promoção da saúde (WHO, 2005a; WHO, 2005b). Nesta perspetiva, a globalização permite novas oportunidades de cooperação para a melhoria da saúde e a redução dos riscos de saúde transnacionais. Estamos a falar da melhoria das tecnologias de informação e comunicação e dos mecanismos mais eficientes de governação global e troca de experiências. Considera-se que as políticas e as parcerias que visam empoderar as comunidades, melhorar a saúde e a equidade na saúde, deveriam ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento global e nacional. A *Carta de Bangkok* é dirigida aos atores preferenciais no processo de manutenção e/ou melhoria das condições de saúde das populações (WHO, 2005b). O público alvo são os indivíduos, grupos e organizações (Governos e políticos que atuam em todos os níveis; Sociedade civil; Setor privado; Organizações internacionais; e Comunidade da saúde pública) e destaca a importância de todos os interessados se unirem numa parceria mundial de forma a promover a saúde através de ações e compromissos locais e globais.

A “7ª Conferência Internacional para a Promoção da Saúde” decorreu em Nairobi, no Quênia (26-30 Outubro de 2009), e foi a primeira vez que esta Conferência teve lugar em África. Partindo do tema “*Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*” foram partilhadas experiências mostrando que as intervenções de promoção de saúde, tendo em conta a sua relação de custo-eficácia, constituem o melhor meio para contribuir para a resolução dos desafios para a melhoria da saúde das populações (Diarra-Nama, 2009; WHO, 2009). De acordo com o *Boletim Informativo da Conferência* (OMS, 2009) os participantes oradores destacaram a relevância do encorajamento de políticas de saúde, que promovam a justiça e a equidade, bem como, a relevância da Promoção da Saúde num tempo em que se observa pobreza, epidemias e pandemias, mortalidade materna e infantil e alterações climáticas. Também chamaram a atenção para o fato dos pobres serem afetados pelas doenças não transmissíveis. Várias personalidades falaram a favor da promoção da saúde como uma realidade que estava a ser implementada. Por exemplo, o Secretário geral do Ministério da Saúde da Tailândia, Sathaporn Wongchareon confirmou os progressos observados na área da promoção da saúde e a integração da promoção da saúde nos programas de saúde de vários países. Michael Marmout, ex-presidente da *Comissão dos Determinantes da Saúde*, salientou os aspetos chave para um maior sucesso na promoção da saúde: (1) Justiça Social; (2) Maior poder às comunidades, no domínio social, psicológico e político; e (3) Criação de condições que permitam às pessoas um maior controlo sobre as suas próprias vidas.

Desta Conferência resultou a “*Chamada para a Ação de Nairóbi*” para fechar a lacuna da implementação em promoção da saúde, que foi desenvolvida com o contributo dos participantes, da OMS e do Governo da República do Quênia. Identificando as estratégias e os compromissos necessários para fechar essa lacuna foram deixadas cinco mensagens chave (WHO, 2009): (1) *Reforçar a liderança e força de trabalho*; (2) *Colocar a promoção da saúde como uma linha central*; (3) *Capacitar comunidades e indivíduos*; (4) *Estender / Aprimorar os processos participativos*; (5) *Desenvolver e aplicar o conhecimento*. Neste contexto, o apelo à

ação coloca a promoção da saúde como uma estratégia fundamental para melhorar a saúde e o bem-estar, contribuindo para a redução das desigualdades na saúde. Por conseguinte, esta ação permite alcançar as metas de saúde nacionais e internacionais, como por exemplo, “As Metas de Desenvolvimento do Milênio”. Nesta Conferência certificaram que através da implementação da promoção saúde podemos criar sociedades mais justas, que permitam às pessoas levar uma vida que elas valorizam, aumentando o controle sobre a sua saúde, a responsabilidade pela melhoria da sua qualidade de vida e os recursos necessários para alcançar o bem-estar.

Os participantes da Conferência comprometeram-se a usar as evidências para convencer os decisores políticos da importância da promoção da saúde para (WHO, 2009): (1) enfrentar desafios nacionais e internacionais (alterações climáticas, ameaças pandémicas globais, crise económica); (2) renovar os cuidados de saúde primários estimulando a promoção da participação da comunidade, políticas públicas saudáveis e posicionando as pessoas no centro da atenção; e (3) construir sobre a resiliência das comunidades e utilizar os seus recursos para fazer face e diminuir as doenças transmissíveis e as não transmissíveis (crónicas). As estratégias e ações apresentadas tiveram por base os sub temas da Conferência (WHO, 2009):

- **Capacitação em promoção da saúde** (para fechar as lacunas da implementação da promoção da saúde *é fundamental construir uma infra-estrutura sustentável e desenvolver uma capacitação a todos os níveis*);
- **Fortalecimento dos sistemas de saúde** (as intervenções de promoção da saúde são sustentáveis, a integração da promoção da saúde em todas as funções dos sistemas de saúde e em todos os níveis, melhora o desempenho global destes);
- **Estabelecimento de parcerias e ação intersectorial** (a abordagem eficaz dos determinantes de saúde e o alcance da equidade em saúde implica ações e parcerias que vão além do sector da saúde);
- **Empoderamento comunitário** (as comunidades devem compartilhar o poder, os recursos e a tomada de decisões de forma a assegurar e manter as condições para a equidade na saúde);
- **Literacia em saúde e comportamentos de saúde** (a literacia é uma componente essencial para o desenvolvimento e promoção da saúde; as intervenções de literacia em saúde devem ser desenhadas a partir das necessidades sociais, culturais e de saúde; a capacidade que as pessoas apresentam para obter, processar e compreender informação de saúde nos serviços é necessária para a tomada de decisões apropriadas).

A “8ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde”, realizou-se em Helsínquia, na Finlândia (9-14 Junho de 2013), com o tema “*Building on our heritage, looking to our future*” (Construindo sobre a nossa herança, olhando para nosso futuro). Partindo do princípio de que a “Saúde para Todos” é um importante objetivo social dos governos e a pedra angular do desenvolvimento da sustentabilidade, foi apresentada a “*Declaração de Helsínquia sobre a saúde em todas as políticas*”. Os participantes da Conferência afirmaram o seu compromisso com a equidade em saúde e reconheceram que atingir o nível mais elevado de saúde é um dos direitos fundamentais de cada ser humano, sem distinção de raça, opinião política, condição económica ou social. Admitiram que os governos são responsáveis pela saúde do seu povo e que a equidade em saúde é do foro da justiça social. É seu entendimento que uma boa saúde melhora a qualidade de vida, aumenta a capacidade de aprendizagem, reforça as famílias e comunidades e melhora a produtividade da força de trabalho; e que medidas promotoras de

equidade contribuem para a saúde, a redução de pobreza, a inclusão social e a segurança (WHO, 2013a, 2013b).

A “*Saúde em Todas as Políticas*” apresentou-se como uma abordagem das políticas públicas em todos os sectores que têm em consideração as implicações para saúde da tomada de decisões, a procura de sinergias e o evitamento dos impactos nocivos a fim de melhorar a saúde da população e a equidade na saúde. Pretendia-se aumentar a responsabilização dos decisores políticos pela formulação das suas políticas e alertá-los para as consequências das políticas públicas sobre os sistemas de saúde, as determinantes da saúde e o bem-estar. Neste sentido, realizou-se um apelo dirigido aos governos e um apelo dirigido à OMS, e no final, os participantes desta Conferência comprometeram-se a comunicar as mensagens-chave da “*Declaração de Helsínquia*” aos governos, instituições e comunidades.

No primeiro apelo, sugere-se que os governos cumpram as suas obrigações para com a saúde e o bem-estar dos seus povos através de sete ações (WHO, 2013b):

- **Comprometer-se com a saúde e a equidade na saúde como uma prioridade política** (adotar os princípios de “*Saúde em Todas as Políticas*” e tomar medidas sobre os determinantes sociais da saúde);
- **Assegurar estruturas, processos e recursos eficazes** (permitir a implementação do plano de “*Saúde em Todas as Políticas*” nos vários níveis dos governos e entre governos);
- **Fortalecer a capacidade dos Ministérios da Saúde para envolver outros setores do governo** (tendo por base a liderança, parceria, advocacia e mediação para alcançar melhores resultados de saúde);
- **Desenvolver a capacidade institucional e as competências** (permitir a implementação do plano de “*Saúde em Todas as Políticas*” e fornecer evidências sobre determinantes da saúde e desigualdade e sobre respostas efetivas);
- **Adotar uma auditoria transparente e mecanismos de prestação de contas** (assegurar os impactos em saúde e equidade que são geradores de confiança entre o governo e entre os governos e o seu povo);
- **Estabelecer medidas de conflito de interesses** (contemplar salvaguardas eficazes para proteger as políticas da distorção por meio comercial, interesses adquiridos e jogos de influência);
- **Incluir comunidades, movimentos sociais e sociedade civil** (defender a inclusão no desenvolvimento, implementação e monitorização da “*Saúde em Todas as Políticas*”, construindo a literacia em saúde na população).

No apelo à OMS foram considerados quatro chamadas para a ação: (1) Apoiar os Estados-Membros a pôr em prática a “*Saúde em Todas as Políticas*”; (2) Reforçar a sua própria capacidade em “*Saúde em Todas as Políticas*”; (3) Usar a abordagem de “*Saúde em Todas as Políticas*” ao trabalhar com agências das Nações Unidas e outros parceiros sobre a agenda inacabada dos “*Objetivos de Desenvolvimento do Milénio*” e a “*Agenda de Desenvolvimento*” pós-2015); (4) Exortar a família das Nações Unidas, outras organizações internacionais, bancos multilaterais de desenvolvimento e agências de desenvolvimento, para conseguir coerência e sinergia no seu trabalho com os Estados Membro de forma a permitir a implementação da “*Saúde em Todas as Políticas*”.

Durante os trinta anos da Carta de Ottawa observámos apelos aos governos e governantes de todos os países do mundo para que estes atuem sobre os determinantes sociais da saúde e da equidade, a nível global, nacional e local, na cidade e na comunidade (*Quadro 5*). Sem dúvida

que eles desempenham um papel crucial para a promoção da saúde das gerações atuais e das vindouras.

Nos dias 25 e 27 de Setembro de 2015, mais de 150 líderes mundiais estiveram presentes na sede da Organização das Nações Unidas (ONU), em Nova Iorque, para adotar formalmente uma nova “*Agenda de Desenvolvimento Sustentável para 2030*”. Esta agenda é formada por dezassete “*Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*” (ODS), que devem ser implementados por todos os países do mundo durante um período de 15 anos, até 2030 (United Nations, 2015) (*Quadro 6*).

Quadro 6: 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU até 2030)

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (2015)
Objetivo 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares
Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover uma agricultura sustentável
Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades
Objetivo 4. Assegurar uma educação de qualidade, inclusiva e equitativa e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos
Objetivo 5. Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e meninas
Objetivo 6. Assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e saneamento para todos
Objetivo 7. Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos
Objetivo 8. Promover o crescimento económico sustentável, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos
Objetivo 9. Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação
Objetivo 10. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles
Objetivo 11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis
Objetivo 12. Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis
Objetivo 13. Tomar medidas urgentes para combater as alterações climáticas e os seus impactos *
Objetivo 14. Conservar e utilizar de forma sustentável os oceanos, os mares e os recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável
Objetivo 15. Proteger, recuperar e promover a utilização sustentável das ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade
Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para a desenvolvimento sustentável, proporcionar acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis
Objetivo 17. Reforçar os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável

*Reconhecendo que a “*Convenção Quadro das Nações Unidas para as Alterações Climáticas*” (CQNUAC, em Portugal) é o principal fórum internacional intergovernamental para negociar a resposta global às alterações climáticas

Fonte: Adaptado de Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (2015). In “*Follow-up to the outcome of the Millennium Summit-document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda*”, United Nations, 2015, 14

A 22 a 26 de Maio de 2016, em Curitiba, no Brasil, decorreu a “*22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Promovendo Saúde e Equidade*” organizada em conjunto pela *União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação* (UIPSE) e *Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Ministério da Saúde do Brasil e Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva*. Este evento teve

como seu principal objetivo criar um *fórum global* que permitisse aos investigadores, profissionais e políticos ficarem envolvidos e estabelecerem um compromisso conjunto com a promoção da saúde e a equidade. Os temas abordados revelam as preocupações sobre a saúde do momento: (1) Imperativos éticos e culturais em intervenções que promovam saúde e equidade; (2) Mudanças urbanas fazendo diferença localmente, considerando vozes emergentes; (3) Saúde em todas as políticas e ações intersectoriais: inovações na teoria, avaliação e pesquisa; (4) Caminhos para alcançar o desenvolvimento humano sustentável e saudável em escala global; e (5) Levantamento questões de pesquisa compartilhados para aproximar a investigação da prática.

A “*Declaração de Curitiba para Promoção da Saúde e Equidade*” ou “*Carta de Curitiba*” escrita pelos participantes da Conferência (investigadores, profissionais de saúde, membros de movimentos sociais e formuladores de políticas) constitui-se com um compromisso local e global com a democracia, a equidade e a justiça. Defende-se a promoção dos direitos sociais e “*saúde para todos*” num mundo inclusivo e sustentável e destaca como “*o fortalecimento da promoção da saúde e de maior equidade podem melhorar a vida das pessoas, independente de onde vivam, trabalhem, brinquem e aprendam*”.

Foram deixadas mensagens de apelo e de estímulo ao envolvimento e participação na saúde dirigidas às organizações internacionais, governos em todos os níveis, cidadãos, profissionais de saúde e investigadores. Em conformidade com os princípios defendidos considerou-se que os objetivos da Promoção da Saúde só serão plenamente alcançados a partir da incorporação dos quatro princípios básicos: *Equidade; Direitos Humanos; Paz; e Participação*.

As evidências mostram que são precisas ações continuadas de promoção da saúde, focadas na tomada de medidas para tornar as nossas cidades em espaços de saúde para todos. É importante tomar consciência que metade da população mundial já vive em áreas urbanas, e espera-se que cresça para cerca de dois terços até 2030 (WHO, 2016a, 2016b).

Foi neste clima que em Xangai, na China (20-24 de Novembro, 2016), decorreu a “*9ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde*”. Este evento foi organizado pela *Organização Mundial da Saúde (OMS)*, em parceria com a “*Comissão de Saúde Nacional e Planeamento Familiar*” da República Popular da China, e teve como tema principal “*Promoting health in the Sustainable Development Goals: Health for all and all for health,*” (“*Promoção da Saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Saúde para todos e todos para a saúde*”), até 2030. Considerando o momento histórico da celebração do 30º aniversário da “*Carta de Ottawa*”, editada na “*1ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde*” (Ottawa, 1986), a 9ª Conferência pretendia ser uma oportunidade para reafirmar o contributo da “*Promoção da Saúde*” para “*melhorar a saúde*” e a “*equidade na saúde*”. Assim, o objetivo primordial do encontro era o de reforçar a relação entre a “*Promoção da Saúde*” e a “*Agenda 2030*” ao nível do “*desenvolvimento sustentável*”). Neste evento foram considerados três pilares da promoção da saúde: (1) *Boa governação*; (2) *Cidades saudáveis*; e (3) *Literacia em Saúde* (WHO, 2016a, 2016b)

Nesta Conferência criou-se um documento sobre a promoção da saúde, designado de “*Declaração de Xangai*”, que foi aprovada pelos participantes, e que se constitui como uma plataforma de entendimento sobre compromissos e ações a desenvolver por todos os países envolvidos e a estimular o mundo global (WHO, 2016b):

- **Reconhecimento de que a saúde e o bem-estar são essenciais para alcançar desenvolvimento sustentável** (a saúde é um direito universal, um recurso essencial para a vida quotidiana, um objetivo social compartilhado e uma prioridade política para todos os países; os “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (ODS) da ONU estabelecem o dever de investir em saúde, assegurar a cobertura universal de saúde e reduzir as desigualdades em saúde para pessoas de todas as idades);
- **Promoção da saúde ocorrerá através da ação em todos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)** (as vidas saudáveis e o crescimento do bem-estar para as pessoas de todas as idades só podem ser alcançados promovendo a saúde através de todos os ODS e envolvendo toda a sociedade no processo de desenvolvimento da saúde; agir de forma decisiva em todos os determinantes da saúde, capacitando as pessoas a aumentar o controlo sobre sua saúde e garantir sistemas de saúde centrados nas pessoas);
- **Tomada de opções políticas audaciosas para a saúde** (iniquidades sanitárias inaceitáveis exigem não só uma ação política em vários sectores e regiões, mas também, uma coletiva global; em particular, uma ação sobre os direitos das mulheres, das pessoas em movimento e do número crescente de pessoas afetadas pela crise humanitária e ambiental; uma boa governação exige uma ação local por meio das cidades e comunidades e o empoderamento das pessoas, promovendo a literacia em saúde; é preciso dar uma elevada prioridade à inovação e ao desenvolvimento no sentido de apoiar as pessoas a viver uma vida saudável e de dar prioridade à saúde dos mais vulneráveis);
- **Boa governação é essencial para a saúde** (os governos têm uma responsabilidade fundamental a nível nacional, local e global para abordar os efeitos nocivos da produção e consumo insustentáveis, incluindo a compensação de políticas económicas que criam desemprego e condições de trabalho inseguras e possibilitam a comercialização, o investimento e o comércio que comprometem a saúde; o lucro não pode ficar acima da saúde das pessoas; os governos devem envolver-se na luta contra a epidemia de doenças não transmissíveis (DNT));
- **Cidades e comunidades são ambientes determinantes para a saúde** (considerando que a saúde é um dos marcadores mais eficazes do desenvolvimento sustentável de uma cidade, é preciso tornar as cidades inclusivas, seguras e resilientes para toda a população e possibilitar o acesso a todos os cidadãos aos serviços de saúde; os líderes municipais, devem resolver os problemas que surgem da combinação tóxica de migração rural-urbana rápida, movimentos populacionais globais, estagnação económica, alto desemprego e pobreza, bem como deterioração ambiental e poluição);
- **Literacia em saúde capacita e impulsiona a equidade** (observa-se que a literacia em saúde capacita os cidadãos e permite o seu envolvimento na ação coletiva de promoção da saúde; uma elevada literacia em saúde dos decisores e investidores solidifica o seu compromisso com o impacto na saúde, co-benefícios e ação eficaz sobre os determinantes da saúde; a educação para a saúde baseia-se no acesso inclusivo e equitativo a uma educação de qualidade e à aprendizagem ao longo da vida, pelo que, deve ser parte integrante das competências a serem desenvolvidas ao longo da vida, e em primeiro lugar através do currículo escolar);
- **Chamada para a ação** (a saúde é uma escolha política que implica combater os interesses prejudiciais à saúde e remover barreiras à capacitação, especialmente, para mulheres e meninas; os líderes políticos de diferentes setores e de diferentes níveis de governação, do setor privado e da sociedade civil devem unir-se na determinação de promover a saúde e o bem-estar em todos os ODS e a responsabilidade da promoção da saúde).

Os participantes da “*Declaração de Xangai*”, prometeram acelerar a implementação dos ODS através de um maior empenho político e investimento financeiro na promoção da saúde. Neste sentido, foram acordados os seguintes compromissos (WHO, 2016b):

1) Boa governação é essencial para a saúde

- *Aplicar plenamente os mecanismos disponíveis ao governo para proteger a saúde e promover o bem-estar através de políticas públicas;*
- *Reforçar a legislação, regulamentação e tributação de produtos insalubres;*
- *Implementar políticas fiscais como uma ferramenta poderosa para permitir novos investimentos em saúde e bem-estar, incluindo sistemas de saúde pública fortes;*
- *Introduzir a cobertura universal da saúde como forma eficaz de alcançar a protecção sanitária e financeira;*
- *Assegurar a transparência e a responsabilidade social e permitir o envolvimento alargado da sociedade civil;*
- *Reforçar a governação mundial para abordar melhor as questões de saúde transfronteiras;*
- *Considerar a crescente importância e valor da medicina tradicional, o que poderia contribuir para melhorar os resultados da saúde, incluindo aqueles nos ODS.*

2) Cidades e comunidades são ambientes determinantes para a saúde

- *Priorizar políticas que criem benefícios entre saúde e bem-estar e outras políticas da cidade, fazendo pleno uso de inovação social e tecnologias interativas;*
- *apoiar as cidades a promover a equidade e a inclusão social, aproveitando o conhecimento, as habilidades e as prioridades de suas diversas populações através de um forte envolvimento da comunidade;*
- *reorientar os serviços sociais e de saúde para otimizar o acesso equitativo e colocar as pessoas e as comunidades no centro.*

3) Literacia em saúde capacita e impulsiona a equidade

- *reconhecer a literacia em saúde como um determinante essencial da saúde e investir no seu desenvolvimento;*
- *desenvolver, implementar e monitorizar estratégias nacionais e locais intersectoriais para fortalecer a literacia da saúde em todas as populações e em todos os ambientes educacionais;*
- *aumentar o controle dos cidadãos sobre sua própria saúde e seus determinantes, aproveitando o potencial da tecnologia digital;*
- *Assegurar que os ambientes de consumo apoiem escolhas saudáveis através de políticas de preços, informação transparente e rotulagem clara.*

A Conferência de Xangai e os seus dois principais resultados (a “*Declaração de Xangai*” e o “*Consenso dos Governantes sobre as Cidades Saudáveis*”) servirão nos próximos tempos como um apelo à ação dos líderes de cidades de todo o mundo, pois, também eles têm um papel fundamental na promoção da saúde dos seus cidadãos do presente e do futuro. É como disse Oleg Chestnov.(2016; cit. WHO, 2016a), o Subdiretor-Geral das Doenças Não Transmissíveis e da Saúde Mental, OMS: “*Think global and act local*” (“*Pense global e atue localmente*”).

2.3. A Promoção da Saúde na Cidade e na Comunidade

Espera-se que as cidades sejam cada vez mais espaços de aglomerados populacionais de diversidade, por exemplo, 20 a 30 cidades terão populações maiores do que 20 milhões (Goldstein & Kickbusch, 1996a; Goldstein & Kickbusch, 1996b) outras por certo diminuirão. De acordo com Goldstein e Kickbusch (1996a;1996b) muitos dos problemas de gestão urbana mais prementes estão associados ao rápido crescimento urbano, incluindo questões de saúde ambiental como o abastecimento de água, habitação, poluição e gestão de resíduos sólidos, mas, também como a marginalização e a violência. Os autores referem que em 1990, pelo menos 600 milhões de pessoas em áreas urbanas de países em desenvolvimento viviam em condições que ameaçavam a vida e ameaçavam a saúde. É preciso agir em a saúde através da ação local, gerando consciência, características de uma cidade saudável, desafios para cidades saudáveis e configurações que suportem a saúde. É nestes ambientes que apoiam a saúde que se pode adotar como lema que *“A healthy city is a better city”* (Goldstein & Kickbusch, 1996b). Mas, não podemos ignorar que para melhorar a saúde de uma cidade é preciso melhorar a saúde de cada cidadão ou cidadã ao longo do ciclo de vida.

Observando a evidência de que no mundo de hoje mais de metade da população mundial vive em cidades, e de que é inadmissível a existência das disparidades na expectativa de vida entre diferentes comunidades na mesma cidade (a expectativa de vida das pessoas mais pobres pode ser 20 anos menor do que a das pessoas mais ricas), Margaret Chan, a Diretora-Geral da OMS, no seu Comentário de 1 de Dezembro de 2016, na página da WHO, chama a atenção depois da Conferência de Xangai (2016) que está na hora de revisitarmos o *“link” “The future of public health lies in cities”, (“O futuro da saúde pública reside nas cidades”)*. Não é só uma questão de lembrar porque este assunto é importante, mas é urgente desenvolver esforços para viabilizar a *“Declaração de Promoção da Saúde de Xangai”* e o *“Consenso das Cidades Saudáveis”*. Os dois documentos salientam a importância que as cidades desempenham na promoção da saúde e no desenvolvimento sustentável. Como diz o Consenso; *“A saúde é criada no nível local, nos ambientes da vida quotidiana”*. As cidades podem tornar-se mais saudáveis através da introdução de medidas que facilitam a possibilidade democrática de comer alimentos mais saudáveis e viver estilos de vida mais ativos. A este propósito, Margaret Chan (2016) salienta três eixos a desenvolver e dá exemplos como é possível torná-los realidade, a saber: (1) *Melhorar a vida das comunidades*; (2) *Expandir o acesso a estilos de vida mais saudáveis e seguros*; e (3) *Cidades mais inteligentes apresentam cuidados de saúde mais inteligentes*.

Na véspera da Conferência de Xangai a cidade introduziu regulamentos que proibiam fumar em aeroportos, comboios e hotéis a entrar em vigor em Março de 2017. O governo chinês, com o objetivo de conter o número elevado de mortes causadas pela exposição ao fumo passivo, que mata cerca de 100 mil pessoas na China a cada ano, comprometeu-se com a promoção da saúde. Assim, anunciou durante o evento os planos que iam avançar com novos regulamentos anti-tabagismo que deviam entrar em vigor nas cidades e em outras áreas em todo o país, até o final de 2016. Este é um exemplo de como se pode melhorar a vida de uma comunidade.

Experiências abonatórias da expansão do acesso a estilos de vida mais saudáveis foram observadas em cidades que introduziram medidas específicas nos domínios da alimentação, obesidade, diabetes, poluição, atividade física, hipertensão arterial, segurança rodoviária, violência. A Cidade do México, em 2013, tornou-se a primeira cidade do mundo a cobrar um imposto sobre as bebidas açucaradas, que são conhecidas por contribuir para a diabetes e a obesidade. Londres e Paris foram duas das primeiras cidades a oferecer bicicletas gratuitas para o público, com o objetivo de reduzir a poluição e tornar o exercício mais fácil e mais acessível a todos. Na cidade de Kuwait, o conteúdo de sal no pão foi reduzido, ajudando a diminuir a incidência de hipertensão arterial entre os seus cidadãos. Na cidade de São Paulo, estão a ser introduzidas as medidas de Bogotá e Acra para reduzir os acidentes de trânsito. Na cidade de Pequim foi introduzido o *on-off* dias de condução para diminuir a quantidade de poluição no ar. *Street-lighting* introduzido em Nova Deli levou a menos violência, e a ruas mais seguras para os seus cidadãos.

No que diz respeito às “*Cidades Inteligentes*”, estas têm mostrado como a internet, telefones celulares e a tecnologia podem ser uma mais valia para melhorar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde urbanos. Em Barcelona, uma infraestrutura urbana interconectada de dados permite aos residentes acesso imediato a uma maior gama de serviços sociais e de saúde, incluindo cuidados 24 horas para idosos e deficientes. Um outro exemplo, é o projeto “*Cidades Saudáveis*” da OMS que incentiva à mudança positiva das cidades e consequentemente de um país e à aprendizagem entre cidades.

Transformar as cidades e as comunidades em espaços de saúde implica investir na promoção da saúde, compreendida como uma entrega de mensagens atuais, convincentes e apelativas que alterem os comportamentos dos humanos, que os levem a optar por não fumar, por beber menos, ter uma dieta saudável e mais atividade física.

A “*Associação Internacional de Cidades Educadoras*” (AICE) foi fundada em 1994 e constitui-se como uma estrutura permanente de colaboração entre os governos locais comprometidos com a “*Carta das Cidades Educadoras*” de Barcelona (1990) que reclama a importância da educação na cidade. O movimento das “*Cidades Educadoras*” surgiu no “*I Congresso Internacional de Cidades Educadoras*” em 1990, tendo daí resultado um documento designado de “*Declaração de Barcelona*” que foi atualizada em vários encontros científicos e adotou posteriormente a designação de “*Carta de Barcelona*”. De acordo com Pinto (2001; 9; cit. Ribeiro, Correia, Luz, Oliveira & Gomes, 2010, 152) os vinte princípios acordados defendem no seu conjunto que “*todos os cidadãos e todas as instituições locais são solidariamente responsáveis pela educação de todos, jovens e adultos, num processo estrategicamente orientado para a expansão das potencialidades económicas, ecológicas e culturais do território e, consequentemente, para o aumento das condições de realização e felicidade dos seus habitantes*”. Assistimos ao desenvolvimento de uma diversidade de projetos ou ações contextualizados nas necessidades educativas dos cidadãos, verificando-se que muitas das iniciativas estendem-se a ações preventivas no âmbito de comportamentos de risco e de promoção da saúde. Em Portugal, no presente, 62 cidades fazem parte da AICE.

Uma cidade educadora e saudável só pode ser construída com o envolvimento de todos. Não basta só intervir ao nível da responsabilização dos municípios pelo bem-estar dos seus cidadãos, é preciso que os municípios sejam chamados a participar e se sintam envolvidos no projeto comum de construir a sua cidade saudável, educadora, inteligente e sustentável. Mas,

os políticos também têm de estar envolvidos e comprometidos a apoiar de forma continuada as iniciativas planeadas de proteção e de promoção da saúde.

A propósito do potencial solidário na prevenção dos maus-tratos às crianças, Ribeiro e colaboradores (2010), referem que *“as estruturas políticas deverão assumir-se e ser consideradas como parceiros sociais nas ações de prevenção relativas, nomeadamente, aos maus-tratos, protagonizando e fomentando a liderança do envolvimento solidário e cívico dos seus cidadãos. Os esforços realizados no sentido da redução da pobreza, implementação de respostas sociais de qualidade, no apoio à família e aos cuidados infantis, bem como o apoio às atividades recreativas e culturais, entre outras, dão com toda a certeza um contributo inestimável no âmbito da prevenção primária.”* (Ribeiro, Correia, Luz, Oliveira & Gomes, 2010, 157).

Uma cidade saudável é geradora de ambientes de bem-estar para todos e disponibiliza os recursos da comunidade aos seus cidadãos proporcionando o desenvolvimento do seu potencial e a satisfação das suas necessidades. Goldstein e Kickbusch (1996a) definiram cidade saudável como aquela que cria e melhora de forma contínua o ambiente físico e social e expande os recursos da comunidade de forma a permitir o apoio mútuo entre os grupos da população para se viver melhor. Na altura, já os autores observavam a desconexão entre o ritmo acelerado do crescimento da urbanização e o fato dos recursos governamentais não acompanharem as necessidades das pessoas. De acordo com os autores em 1990, pelo menos 600 milhões de pessoas urbanas nos países em desenvolvimento enfrentavam ameaças à vida e à saúde. Havia pobreza, alimentação e abrigo inadequados, posse insegura, aglomeração física, má eliminação de resíduos, condições de trabalho inseguras, serviços governamentais inadequados, uso excessivo de substâncias nocivas e poluição ambiental. Verificaram ainda a existência de uma exposição à atividade sexual precoce de adolescentes, relações transitórias, altos níveis de prostituição e limitado controle de natalidade. O uso insustentável dos recursos naturais e a destruição ambiental representavam ameaças para a produtividade urbana e restringem as futuras opções de desenvolvimento.

No momento, continuamos a apelar aos decisores políticos para que coloquem na sua agenda a *Promoção da Saúde* assinalada como uma prioridade e a apostar no desenvolvimento de estratégias locais a favor da saúde e do desenvolvimento sustentável.

A *“Rede Europeia de Cidades Saudáveis”* (RECS) da Organização Mundial de Saúde é constituída por cidades da Europa, que se candidataram e fizeram prova de que se encontravam em conformidade com um conjunto de critérios de designação e de seleção definidos pela OMS, sendo posteriormente elegíveis como *“Cidades Saudáveis”*, fazendo também parte da Rede das *“Redes Nacionais de Cidades Saudáveis”*, que conta atualmente com 30 redes.

Em Portugal a *“Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis”* (RPCS) existe desde 1997, pautando a sua atuação em concordância com as diretrizes da OMS e no sentido do desenvolvimento de esforços para o apoio e promoção de estratégias locais que permitam conduzir a ganhos de saúde. No ano de 2001, a *“Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis”* insere-se no *“Movimento das Cidades Saudáveis”* da OMS, através da adesão à REDE das *“Redes Nacionais de Cidades Saudáveis da Europa”* da OMS, que conta no momento, com 34 municípios portugueses saudáveis e que tem como principal missão apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do projeto *“Cidades Saudáveis”* nos municípios que assumam a promoção da saúde como uma prioridade.

A maioria localiza-se no litoral, próximos de Lisboa, e no Alentejo. Em 2016, encontramos quatro municípios saudáveis no Alentejo: Beja, Serpa, Vidigueira e Odemira. Embora cada uma escolha a sua área preferencial de intervenção, todos se encontram unidos à volta de seis áreas principais de atuação na qual se inserem os seus projetos: (1) envelhecimento ativo e saudável; (2) desenvolvimento ambiental e sustentabilidade, (3) equidade, multiculturalidade e imigração; (4) saúde mental e bem-estar social; (4) diminuir as doenças; e (5) saúde e cidadania. E visam para além da população em geral e de algum grupo específico, os seguintes públicos alvos: crianças; jovens, seniores, população ativa, minorias/emigrantes, população carenciada, comunidade educativa, mulheres, população portadora de deficiência.

A “*Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis*” apresenta-se com o lema “*um município saudável é inclusivo, sensível e para todos os cidadãos*” denotando uma preocupação de saúde e bem-estar social para todos. De acordo com o seu *II Plano Estratégico para o Desenvolvimento da RPCS (2008-2013)* abarcou o desafio do desenvolvimento de ações de cooperação na Europa que transcendem as suas fronteiras, mas, que constitui uma mais valia para estabelecer linhas colaboração no âmbito do projeto “*Cidades Sustentáveis*”.

De acordo com o documento apresentado pelo Ministério do Ambiente, Ordenamento do Território e Energia português (2015) a ideia das “*Cidades Sustentáveis 2020*” pretende reforçar a dimensão estratégica do papel das cidades nos domínios da Estratégia 2020, consolidando a visão de um desenvolvimento sustentável. Neste prisma, obriga a abordagens integradas e articuladas com o território, perspetivando os seguintes desafios: (1) *Competitividade e crescimento* (afirmação da cidade através da valorização do capital humano); (2) *Inclusão e coesão social* (combate da cidade à exclusão social e pobreza); (3) *Transformações demográficas* (adaptação da cidade à perda de população nos centros urbanos procurando uma distribuição geográfica mais equilibrada e dando respostas à necessidades dos cidadãos das várias idades); (4) *Governança estratégica* (estimulação da cidade ao envolvimento e capacitação dos agentes urbanos ao nível nacional, regional, sub-regional e local); (5) *Disciplina do uso do solo* (a cidade estabiliza o uso do solo e procura a redistribuição equitativa de benefícios e encargos afetos à urbanização); (6) *Viabilidade financeira* (a cidade prioriza o investimento no desenvolvimento urbano sustentável); (7) *Regeneração urbana* (ação da cidade para a promoção do desenvolvimento funcional, cultural, social e económico das áreas urbanas e compromisso dos agentes territoriais); (8) *Sustentabilidade e resiliência* (a cidade reforça a sustentabilidade do modelo de desenvolvimento urbano potenciando os recursos endógenos e melhorando a resposta aos riscos); (9) *Integração urbano -rural* (a cidade como promotora de relações dos centros urbanos com o meio não urbano); e (9) *Integração no espaço internacional* (ação da cidade para desenvolver conectividade das áreas metropolitanas em contexto europeu e mundial favorecendo a proximidade aos territórios e mercados internacionais).

Muito se exige à Cidade do século XXI, que seja uma “*Cidade educadora, saudável, inteligente e sustentável*”. Será que os decisores políticos estão preparados para concretizar os desafios que se colocam? Sendo a saúde de todos e para todos como é compreendida a construção e promoção da saúde na comunidade?

Em Portugal, no âmbito da investigação participada de base comunitária na construção da saúde foi realizado o “*Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde*” (PROCAPS) (Loureiro, Gomes, Dias & Santos, 2011), e neste âmbito, foi desenvolvido um estudo que pretendia identificar as necessidades e as potencialidades de ação e formação em promoção da saúde a

nível local, regional e nacional. Participaram 26 Autarquias que pensaram com a equipa a Promoção da Saúde, 96 Autarquias que estiveram disponíveis para a recolha de dados e as Administrações Regionais de Saúde do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve. O projeto tinha como objetivo conhecer o potencial existente e apoiar os municípios ao nível da Promoção da Saúde das suas comunidades locais no âmbito da construção de um referencial orientador comum em promoção da saúde e da identificação dos problemas de saúde a nível local e de NUTSIII (sub-regional), de necessidades de informação para a intervenção e de necessidades de formação. Foram aplicados dois instrumentos, o “*Questionário PROCAPS*” ao qual responderam 96 Autarquias (31,2% da população original) e o “*Questionário Disponibilidade de Indicadores Relacionados com a Saúde a Nível Local*” adaptado para o efeito do trabalho de Ozamiz e colaboradores em 2007 (cit. Loureiro, Gomes, Dias & Santos, 2010), ao qual responderam 73 Autarquias (23,7% da população original).

Os resultados mostraram que: a) o envolvimento nas políticas de Promoção da Saúde é “*importante*” (53,9%) ou “*muito importante*” (46,1%); b) as áreas prioritárias em Promoção da Saúde são: *saúde* (1ª), *ação social* (2ª), e *educação* (3ª); c) há necessidade de mais verbas do Estado (1º), de desenvolvimento de candidaturas a projetos específicos (2º) e de mais profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) (3º), para desenvolverem intervenções na área da Promoção da Saúde; d) as competências referidas como mais necessárias em Promoção da Saúde referem-se ao trabalho em equipa (3ª), a negociar e construir parcerias (2ª) e a mobilizar os parceiros relevantes (1ª); e) a maioria das Autarquias (93,3%) afirma ter uma “*boa*” articulação com o sector da saúde; e f) apenas 2 dos 37 indicadores relacionados com a saúde estão disponíveis em 100% das Autarquias respondentes (“*existência de escolas com cantina, componente de apoio à família e/ou tempos livres*” e “*espaços verdes com acesso público*”). De salientar que sessenta e duas autarquias (69,6%) consideram “*bom*” ou “*muito bom*” o nível de saúde dos seus municípios e que catorze autarquias avaliaram de “*mau*” (17,7%).

Neste estudo, apenas vinte e quatro das Autarquias (27%) possui programas de formação na área da promoção da saúde. As áreas de formação para as quais os técnicos das autarquias estão mais preparados são: a “*atividade física*” (59,6%), a “*educação parental*” (41,6%) e o “*consumo de risco*” (33,7%). Áreas como a “*sexualidade*”, “*apoio à cessação tabágica*” e “*preparação para o nascimento*” são apenas mencionadas por menos de 20% das Autarquias. As restantes, “*alimentação*” (29,2%), “*planeamento participado*” (27%), “*saúde mental*” (25,8%) e “*metodologia de projeto*” (25,8%) apresentam valores baixos de referência.

No que diz respeito ao assunto das Autarquias enquanto membros da “*Rede Cidades Educadoras*”, a rede mais presente, verificou-se que oitenta e uma não responderam (91,0%), e das que registaram informação, oito (9,0%) apontam como pontos fortes a “*partilha de experiências*”, seis (6,7%) o “*trabalho em parceria*” e cinco (5,6%) o “*processo de divulgação e comunicação*”. Os pontos fracos estão relacionados com a “*ausência de recursos*” (5,6%), e “*deficiência comunicação na rede*”, “*conceito de Cidade Educadora demasiado abrangente*” e fraca “*deficiente implementação/ fraca viabilidade da rede*” com (3,4%) cada uma.

Através dos dados apresentados pelo PROCAPS consolida-se uma vez mais o princípio de que é preciso envolver os vários protagonistas na promoção da saúde para que esta possa ser uma realidade, a nível local e regional. Um esforço de convergência entre as perceções das necessidades apresentadas pelo público e as perceções dos profissionais de saúde tem de ser realizado, já que, “*A participação da comunidade no processo de proteção e promoção da sua*

saúde pode constituir, por si mesma, uma estratégia de capacitação dos atores locais se emanar de um processo de reflexão e sistematização da informação relevante” (Loureiro, Gomes, Dias & Santos, 2010,64).

De uma forma sucinta, podemos dizer que *“a promoção da saúde é o processo que permite às pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e os seus determinantes”* (Tang, Beaglehole & O’Byrne, 2005, 884). De acordo com os autores, esta tarefa é essencialmente feita através do reforço das competências e capacidades individuais e da capacidade dos grupos para alterar as muitas condições, especialmente as causas sociais e económicas, que afetam a saúde.

O valor da promoção tem sido cada vez mais reafirmado, porque é eficaz e rentável. Por outro lado, podemos também dizer que as ligações entre a saúde, a promoção da saúde e o desenvolvimento humano e económico são cada vez mais reconhecidas. Face às evidências apresentadas, verificamos que é preciso espaço para a intervenção organizada, contextualizada e especializada em promoção da saúde. Só através da viabilização da intervenção em psicologia da saúde (a nível individual, de grupo e comunitário) é possível proteger a saúde, manter comportamentos saudáveis, prevenir e/ou mudar comportamentos de risco; e realizar o tratamento possível da doença com sucesso.

2.4. Estilo de Vida

No princípio do século XX, Alfred Adler, que pertencia ao círculo de Freud durante o período de 1902 a 1911, utiliza pela primeira vez o conceito de *estilo de vida*, compreendido numa perspetiva holística do funcionamento individual. Mais tarde, Lalonde (1974) valoriza os aspetos que mais afetam a saúde (comportamento individual e meio ambiente) e considera que a comunidade deve assumir a responsabilidade pela saúde (pessoal, social e ambiental) participando nas dimensões que podem melhorar o estilo de vida (Ribeiro, 2010).

Nos anos 60 do século passado, a esperança de vida mereceu uma atenção especial ao nível da qualidade da existência humana. No sentido de descobrir o efeito que os hábitos de saúde pessoais podiam ter na qualidade de vida dos humanos, condições crónicas e sua mortalidade, vários investigadores da Califórnia criaram um *“Laboratório de População Humana”* em Berkeley, na Califórnia. A partir daí, desenvolveram um projeto que tinha como principal objetivo avaliar as práticas de saúde selecionadas numa amostra probabilística da população do Condado de Alameda (*Alameda County*) na Califórnia, nos Estados Unidos da América. A amostra foi estudada com recurso a uma metodologia *mail type*, através do preenchimento de questionários. Em 1965, os participantes responderam às perguntas iniciais da pesquisa sobre os seus hábitos de vida, com recolhas de informação subsequentes nos anos de 1973, 1985, 1988, 1994 e 1999 (Housman & Dorman,2005). Na tentativa de avaliar os efeitos dos hábitos de saúde e das relações sociais na saúde física e mental, Belloc e colaboradores (Belloc, Breslow & Hochstein, 1971; Belloc & Breslow, 1972) obtiveram informações a partir de 6928 entrevistados no município de Alameda. A amostra probabilística incluiu 3158 homens e 3770 mulheres e foi considerada uma amostra que incluiu 360 homens e 530 mulheres com idade superior a 65 anos, que ficou conhecida como o corte de 1965 Alameda. Cada participante respondeu a questões sobre satisfação conjugal e de vida, parentalidade, atividades físicas, emprego, experiências infantis e dados demográficos. Os participantes foram ainda convidados a relatar os níveis de deficiência *“sem queixas”*, *“sintomático”*, *“condições*

crônicas", *"incapacidade-menor"* e *"deficiência-grave"*. Os resultados do estudo Alameda evidenciaram que os melhores comportamentos de saúde estavam relacionados com melhor saúde e que os piores comportamentos de saúde encontravam-se ligados à mortalidade (Berkman & Breslow, 1983).

No estudo longitudinal com a população de Alameda, Belloc (1973) observou que o número de comportamentos de saúde (não fumar, peso adequado para a altura, beber moderadamente, horas de sono, regularidade das refeições, exercício físico) estavam relacionados com a mortalidade. Foram então sete os comportamentos/fatores protetores identificados e a considerar para se ter mais saúde: (1) Dormir diariamente 7 a 8 horas; (2). Tomar sempre o pequeno-almoço;(3) Fazer três refeições por dia; (4) Manter uma atividade física regular; (5) Manter o peso adequado; (6) Não fumar; e (7) Consumo moderado de bebidas alcoólicas.

De acordo com Housman e Dorman (2005), embora os estudos iniciais focalizassem as associações entre os resultados de saúde e os hábitos de saúde pessoal conhecidos como *"Alameda 7"*, os estudos subsequentes salientaram as relações entre as variáveis sociais, religiosidade, vários problemas de saúde crônicos e saúde a longo prazo. Segundo os autores, observaram-se resultados significativos durante as avaliações periódicas do coorte original de 1965 que deram forte apoio para uma ligação entre hábitos de estilo de vida e resultados de saúde a longo prazo. Além disso, as redes sociais, a religiosidade e várias variáveis demográficas foram encontradas associadas ao desenvolvimento de doenças crônicas.

O estudo Alameda permitiu compreender como as escolhas e vivências do passado têm implicações no presente e no futuro da vida dos humanos, permitindo abordagens mais rigorosas sobre o desenvolvimento de atividades de saúde pública. No futuro, os profissionais de saúde devem continuar a melhorar os programas de forma a aumentar a consciencialização sobre os problemas de saúde prevalentes e as medidas que podem ser tomadas para prevenir resultados negativos para a saúde (Housman & Dorman,2005). Além disso, devem concentrar-se em reduzir os resultados negativos da saúde, tentando fornecer métodos destinados a aumentar o predomínio de comportamentos de saúde do *"Alameda 7"*.

Embora os esforços dos promotores de saúde e outros profissionais de saúde tenham impacto em alguns comportamentos, outros comportamentos negativos de saúde permanecem prevalentes. Por conseguinte, a promoção da saúde como uma profissão pode ser uma mais valia para reforçar o estilo de vida saudável dos cidadãos e um determinante na saúde a longo prazo.

A constatação de que o comportamento humano estava ligado à saúde e às doenças (Belloc, 1973) permitiu o surgimento de uma linguagem salutogénica (orientada para a saúde) e a compreensão de conceitos como o de *"Estilo de Vida"* e de *"Wellness"*, que se mostraram componentes significativos para a promoção e proteção da saúde e na prevenção de doenças. De acordo com Hettler (1982) podemos definir *"Wellness"* como um *"processo ativo através do qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas que conduzam a uma melhor existência, ou como um método integrado de ação visando maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente em que funciona"* (Hettler,1982,207).

Como já foi referido anteriormente, o conceito de *"Estilo de Vida"* surge no princípio do século XX, com Alfred Adler, que o compreendia como *"a adaptação ativa, do indivíduo ao meio social e se desenvolvia como um produto pessoal e único, da necessidade, simultânea, de integração e diferenciação desse meio social"* (Papanek, 1975, 575; cit.Ribeiro, 2010, 47). Nos anos 70, do século passado, o conceito é revisitado com Marc Lalonde, que o definiu como *"o*

agregado de decisões que afetam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controle” (Lalonde, 1974, 32; cit. Ribeiro, 2010, 47). A Organização Mundial de Saúde apresenta o estilo de vida como “*um conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais*” (WHO, 1986a, 43) ou como “*um aglomerado de padrões de comportamento, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros fatores*” (WHO, 1988a, 114).

Na altura da *Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde*, em particular, no documento emitido designado de *Carta de Ottawa* (1986a) foi utilizado o conceito de “*personal skills*”, em vez de *Estilo de Vida*, pelo que o conceito foi afastado da área da promoção da saúde (Ribeiro, 2010). De acordo com Ribeiro (2004) os conceitos de *Estilo de Vida* e de *Wellness*, podem ser considerados equivalentes.

Queremos manter e promover *estilos de vida saudáveis* e mudar comportamentos e prevenir *estilos de vida de risco* ao longo do ciclo de vida. Bennett e Murphy (1999) chamam a atenção para o fato das ações eficazes em promoção da saúde estarem relacionadas com a variedade de métodos utilizados para facilitar a mudança comportamental. Os métodos de comunicação de massas, legislação ou mudanças ambientais são geralmente utilizados com populações e subgrupos e os métodos educacionais ou de aconselhamento individuais ou em grupo são dirigidos aos indivíduos em particular. Conforme os autores, as abordagens populacionais são eficazes em função dos custos e as intervenções individuais são eficazes em função dos resultados, mas, numa abordagem a realizar é conveniente que sejam utilizados a combinação dos dois métodos. De acordo com os autores, as intervenções individualizadas são vantajosas dado que permitem identificar a compreensão que o indivíduo apresenta do assunto em análise, possibilitando a transmissão da informação de modo adequado ao seu nível de conhecimentos. E ainda, direcionar a intervenção para assuntos do interesse do indivíduo e identificar resistências à mudança permitindo que sejam de imediato trabalhadas. Os métodos devem ser adequados à compreensão dos indivíduos para enfrentarem e alcançarem a mudança pretendida, é preciso conhecer os seus recursos pessoais para iniciar e manter a mudança. As questões de literacia em saúde devem ser equacionadas.

As técnicas orientadas para a ação são utilizadas nos modelos comportamentais com o objetivo de dar ao controle ao indivíduo sobre sua própria vida, resolver problemas interpessoais, emocionais e de tomada de decisão (Guerra & Lima, 2005). Parte-se do princípio que a maioria dos problemas comportamentais, cognitivos e emocionais é aprendida e por conseguinte, pode sempre ser alvo de uma nova aprendizagem caso não vá no caminho da saúde e do bem-estar do indivíduo. Destaquemos o *Modelo Multimodal de Lazarus* e a *Terapia Racional Emotiva de Ellis*. No primeiro, a pessoa é considerada como um todo, perspectivada como um ser único pelo que o seu tratamento tem de ser ajustado de forma individualizada. Esta flexibilidade na intervenção terapêutica é uma mais valia para o êxito da ação. Lazarus (1989, 1993, cit. Guerra & Lima, 2005) refere a existência de sete áreas de funcionamento da personalidade, que apesar de interativas podem ser trabalhadas em terapia de forma separada: *comportamento; humor; sensações; imaginação; cognição; relacionamento interpessoal; estilo de vida e dependências*. Pretende-se avaliar a situação problema e as suas implicações comportamentais através da análise das interações, seja através da funcionalidade de cada área face ao problema e depois analisar as interações entre as áreas. No segundo, tudo se centra no indivíduo e na descoberta dos interesses pessoais, sociais e de autoaceitação. Na terapia racional emotiva de Ellis (1992, cit. Guerra & Lima, 2005) enfatiza-se

a relevância das cognições e emoções nos comportamentos, defendendo que a maior parte dos problemas das pessoas vem da sua cultura e do biológico (condições ambientais e biológicas) que consideram valores e crenças transformadas em obrigações (o que se deve) e que não vão no sentido dos próprios valores.

A intervenção em Psicologia da Saúde passa pelo seu investimento na promoção da qualidade de vida (QDV) visando em particular, a modificação do comportamento, cognições, atitudes, emoções. Por conseguinte, uma vez que o comportamento é um dos elementos a mudar para a promoção da QDV, o psicólogo da saúde também se encontra antes da doença e do risco, e ao longo do ciclo de vida. É como referia Matarazzo nos anos 80 a propósito da mais valia da inovação que a Psicologia da Saúde tinha trazido, que era: «*a forte ênfase na exaltação e promoção da saúde, e na prevenção das disfunções, em crianças e adultos saudáveis*” (Matarazzo, 1982, 5; cit. Ribeiro, 1994b,187). Por conseguinte, a partir da relevância que a saúde tem para a Psicologia da Saúde a sua intervenção foca-se na mudança do *Estilo de Vida* e nas suas componentes (físico-comportamentais, psicológicas e sociais) ao nível da percepção e da ação (Ribeiro, 1994b), isto é, o comportamento deve ser um elemento central a mudar. Em conformidade se é um recurso de saúde a adotar ou se é um comportamento a evitar porque põe em risco a saúde. Na mudança comportamental estão previstas abordagens dos aspetos cognitivos e emocionais que estão na base do comportamento alvo, acabando por o sustentar ou ser consequência do comportamento. A este propósito Ribeiro (1994b,187-188) refere duas ilações que podem ser evidenciadas numa intervenção em QDV: 1) *a intervenção deve focar os aspetos positivos e não os negativos, as potencialidades e não as disfunções*; e ainda, 2) *deve ser privilegiada a intervenção Comunitária*.

De acordo com Chambel (2016) uma intervenção para ter sucesso tem de ser feita à medida. A autora chama a atenção para este princípio que constitui a base do sucesso de uma implementação de intervenções organizacionais na área da Psicologia da Saúde Ocupacional. Só depois da identificação dos recursos e das exigências profissionais específicas é possível delinear um programa de intervenção, que deve contemplar desde as estratégias individuais às organizacionais e os benefícios para todos os agentes envolvidos (trabalhadores, suas famílias e organização). Uma das ferramentas para promoção da saúde e proteção das pessoas é a literacia em saúde e a educação positiva em saúde.

3. EDUCAÇÃO POSITIVA: ENSINAR SAÚDE E BEM-ESTAR

3.1. Contributos da Psicologia Positiva para a Saúde e Bem-estar

Nos últimos tempos do século XXI, a Psicologia da Saúde tem sofrido a influência da abordagem da Psicologia da Positiva, que chamou a atenção para o fato das disciplinas psicológicas se centrarem tendencialmente na doença e no mal-estar, em vez de investirem os seus esforços no estudo e na promoção dos fatores individuais e institucionais, que hoje sabemos que contribuem para a saúde, o bem-estar e a felicidade dos humanos (Duckworth, Steen & Seligman, 2005, cit. Cruz, Jesus & Nunes, 2009, 8). Os autores destacaram várias evidências relativas à relevância das investigações sobre a doença e as características pessoais

dos doentes (Cruz, Jesus & Nunes, 2009). Nas experiências de doenças graves, como é o caso do cancro, observaram-se vivências de emoções e sentimentos positivos, que contribuem para o crescimento pessoal dos doentes. Por conseguinte, as características pessoais positivas, como o otimismo, e a opção de estilos de vida positivos contribuem para resiliência em todo tipo de doenças e até, para a melhoria do seu estado de saúde, longevidade e reforço do sistema imunológico.

As pessoas do mundo contemporâneo dos países ditos desenvolvidos são fustigadas com o stress, instabilidade, insegurança, pessimismo, recessão económica, mobilidade, terrorismo, desemprego e pobreza, levando à constatação da premência de que a Psicologia devia alterar a sua predominância negativa e associar-se à Psicologia Positiva, passando a estudar o lado positivo do ser humano. As suas técnicas de investigação e intervenção psicológica passariam a centrarem-se numa abordagem positiva dos fenómenos psicológicos de forma a compreender melhor o comportamento de adaptação, criatividade e realização emocional (Jesus & Resende, 1999) e suas implicações na vida dos humanos das várias gerações.

A ameaça ao bem-estar do indivíduo provocada pelo stress é hoje uma realidade com a qual convivemos uns melhor do que outros, de uma forma consciente ou não. Podemos dizer que o stress pode ser “*bom*” ou “*mau*”, tudo depende da forma com se consegue lidar com ele. No nosso dia a dia, é importante identificar quais os mecanismos que o regulam e o seu impacto nas nossas vidas, de modo a “*prevenir o pior*” e “*ampliar o melhor*”.

De acordo com Vaz Serra (1999) o stress surge quando existem circunstâncias a que o indivíduo é sensível. Através de um filtro cognitivo, o indivíduo avalia se esse acontecimento ou situação é considerada importante para si e se lhe cria um grau de exigência superior aos seus recursos e aptidões para lidar com ela. No processo de avaliação da situação (as ocorrências são “filtradas”) ficando a saber se tem ou não controlo sobre o acontecimento em causa. Se o indivíduo considerar que não tem aptidões ou recursos pessoais ou sociais para ultrapassar o problema então entra em stress e a sua saúde fica ameaçada. Contudo, de acordo com o autor a intensidade do stress é amortizada em função do apoio social.

Existe consenso na literatura de que na base do stress se encontra sempre uma exigência que requer um esforço acrescido da pessoa para responder de forma adequada ou adaptativa às novas circunstâncias ou situações adversas. Contudo, esta exigência não tem que ser obrigatoriamente compreendida como negativa. Na vida das pessoas existem situações positivas que implicam alterações do estilo de vida e uma adaptação que pode levar ao stress.

A partir do modelo integrativo do desenvolvimento de situações de bem/mal-estar (Jesus, 2002; cit. Jesus & Resende, 2009) podemos compreender melhor a construção de bem-estar e as implicações que o *coping*, resiliência e stress podem ter para a sua ocorrência. De acordo com o autor, a noção de stress pode integrar-se no conceito de bem-estar, isto é, se o indivíduo for bem-sucedido é uma situação de *eustress*, em que durante a ação desenvolvida este teve a oportunidade de otimizar o seu funcionamento adaptativo (*Figura 3*). Quando no futuro se encontrar em situação idêntica sentir-se-á mais autoconfiante e por certo resolverá a situação mais rapidamente. Pelo contrário, no processo de desenvolvimento de *distress* que conduz ao mal-estar, o indivíduo encontra-se diante de uma situação problema que avalia como ameaçadora, difícil e exigente e, não dispondo este de competências de resiliência e estratégias de *coping*, tudo indica que não será bem-sucedido a lidar com a situação e a resolvê-la, fato que em nada vai contribuir para o desenvolvimento do seu bem-estar.

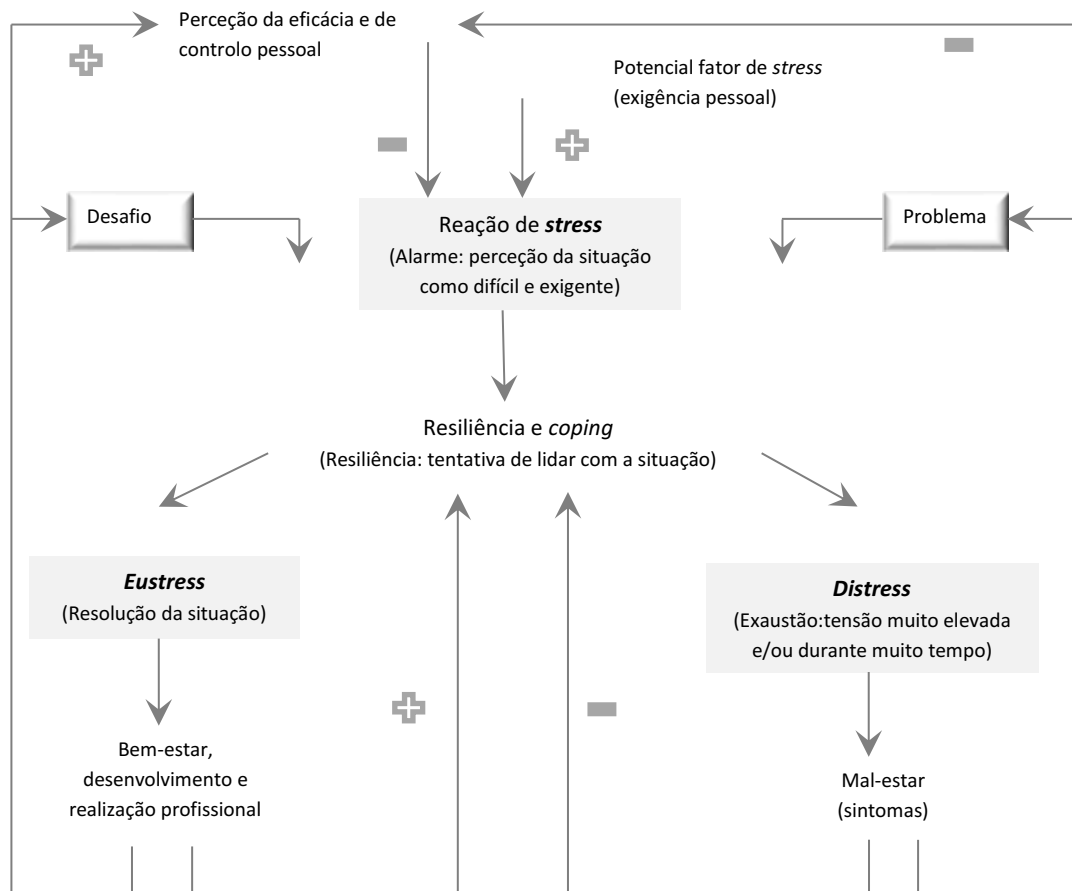


Figura 3 –Modelo Integrativo do desenvolvimento de situações de bem/mal-estar

Fonte: Retirado de Jesus (2002; cit. Jesus & Rezende,2009, 21)

É certo que o mundo de hoje é cheio de desafios e que por isso, a tensão e o stresse fazem parte do nosso dia a dia (Vaz Serra, 1999), não vamos poder escapar, mas, podemos aprender a lidar com a situação. As exigências dos dias de hoje são cada vez mais imprevisas, intensas e continuadas e se o individuo não possui competências para lidar com as exigências, o mal-estar instala-se e a saúde fica em perigo, por isso, é importante investir na prevenção do *distresse* e na promoção da saúde e do bem-estar.

Os estudos sobre os conceitos de *saúde*, *qualidade de vida* e *bem-estar* aproximaram-nos de forma significativa, relacionando-os entre si (Ribeiro, 1998). Tudo porque, não se conseguia explicar em plenitude cada conceito sem se recorrer à referência ou ao estudo relacional de cada um deles. É disso exemplo a definição de saúde da OMS (WHO,1948) ou a constatação de que a saúde é a variável que melhor explica a qualidade de vida (Campbel, Converse & Rodgers, 1976; cit. Ribeiro, 1998).

O conceito de *qualidade de vida* tem sido apresentado em diversas perspetivas, mas a definição de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde é a que apresenta maior consenso internacional (Canavarro & Vaz Serra, 2010). A qualidade de vida é definida como “a percepção do individuo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e

preocupações” (WHOQOL Group, 1994,28). Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida a OMS criou o WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1994,1995,1998), que apresenta os seguintes domínios: *Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Ambiente; e Espiritualidade*. Mais tarde, foi realizada uma versão abreviada do WHOQOL que é composta por 26 itens e está organizada em quatro domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente*, incluindo uma faceta sobre QdV geral (qualidade de vida em geral e percepção geral da saúde) (Fleck, 2000; Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010; Canavarro & Vaz Serra, 2010).

A extensão do conceito de “*Bem-estar Subjetivo*” coloca-o na interface com vários domínios da Psicologia, em particular, com a Psicologia Clínica e da Saúde e a Psicologia Positiva. A literatura tem mostrado que mais saúde proporciona mais bem-estar e possibilita viver melhor, com qualidade de vida e de forma mais gratificante. A evolução do conceito acompanhou as revoluções de saúde enunciadas anteriormente. Hoje existe um consenso na aceitação de uma dimensão cognitiva e de uma dimensão afetiva do conceito e de um campo de estudo onde este é relacionado com outros conceitos como a *Qualidade de Vida, o Afeto Positivo* e o *Afeto Negativo*. O termo remonta a Wilson (1967; cit. Galinha & Ribeiro,2005) quando apresenta nos seus estudos duas hipóteses para o bem-estar, relacionando os conceitos de “*Satisfação*” e de “*Felicidade*”, observando-os numa perspetiva Base-Topo (*Bottom Up*) (Satisfação imediata de necessidades produz Felicidade e persistência de necessidades por satisfazer causa Infelicidade) e Topo-Base (*Top Down*)(o grau de Satisfação necessário para produzir Felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais e por outros fatores).

Durante algum tempo o termo “*Bem-estar*” esteve associado aos estudos de economia remetendo o seu significado para o bem-estar material (*Welfare*) e o rendimento. Assim, encontrava-se circunscrito à avaliação que o indivíduo realizava sobre o seu rendimento e à contribuição que os seus bens, serviços e dinheiro podem ter para comprar o seu bem-estar. Contudo, observou-se que também outros fatores eram precisos ser contemplados para se alcançar bem-estar e percecionara qualidade de vida (saúde, relações afetivas, satisfação com o trabalho, liberdade política) (Galinha, 2008). Por exemplo, verificou-se que, as pessoas centradas em objetivos materiais apresentam menor bem-estar e que uma focagem em objetivos mais intrínsecos e persistentes estão mais associados à felicidade (Ryan & Deci, 2001; cit. Novo, 2005). Segundo Galinha (2008) o bem-estar psicológico define-se como um construto multidimensional que inclui um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta.

A pesquisa tem evidenciado a existência de duas faces da felicidade, a centrada nas “*virtudes do ser*” e a orientada para a “*satisfação do ter*”, explicadas por recurso a teorias psicológicas sobre o bem-estar: *Bem-estar Psicológico* e *Bem-estar Subjetivo* e por um modelo de *Bem-estar social* (Novo, 2005). O *Bem-estar Subjetivo* considera as dimensões do *Afeto* e *Satisfação com a Vida* e o *Bem-estar Psicológico*, baseado em Ryff (1989), integra os conceitos de *autoaceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito de vida e desenvolvimento pessoal*. O Bem-Estar Psicológico é considerado um construto multidimensional que reflete características relativas ao funcionamento psicológico positivo ou ótimo e a operacionalização das dimensões permitiu o desenvolvimento de escalas psicométricas (Machado & Bandeira, 2012). Os estudos mostraram uma convergência em

relação a indicadores de bem-estar, qualidade de vida, marcadores biológicos de saúde, processos desenvolvimentais adaptativos e construtos que refletem dimensões positivas da saúde mental (Ryff & Singer, 2008). Ryff (1989) procurou legitimar teoricamente o *Bem-estar Subjetivo* a partir das modernas correntes da Psicologia, baseando a sua perspectiva integracionista nas teorias do desenvolvimento, teorias clínicas do desenvolvimento pessoal e nos escritos sobre saúde mental, resultando uma definição de seis características do bem-estar psicológico (Ryff, 1989; Ferreira & Simões, 1999), a saber:

- *Aceitação de si* – refere-se ao funcionamento positivo destacando o contributo de Maslow (conceito de auto-atualização), de Rogers (Eu como uma pessoa de valor) e de Jahoda (as atitudes positivas para com o Eu constituem um critério de saúde mental).
- *Relações positivas com os outros* – são compreendidas a partir de Maslow (os interesses sociais, a capacidade amor e de amizade estão presentes na auto-atualização), de Rogers (o funcionamento pleno da pessoa depende da sua confiança na natureza humana), de Allport (importância do indivíduo ter capacidade de estabelecer relações amistosas com os outros) de Erikson (os estados de desenvolvimento adulto compreendem a capacidade de união com os outros (intimidade), bem como a responsabilidade e a orientação das gerações futuras (generatividade) e Jahoda (um critério de saúde mental considera a capacidade de amar e estabelecer relações adequadas com os outros).
- *Autonomia* – caracterizada pela auto-atualização e a resistência à enculturação salienta a perspectiva de Rogers (a pessoa com funcionamento pleno tem dentro de si própria o seu locus de avaliação, pelo que, dispensa os padrões de avaliação e aprovação dos outros), de Jung (conceito de individuação – distanciação das convenções, das crenças e temores das massas), e de Jahoda (a autonomia é considerada um critério de saúde mental).
- *Domínio do ambiente* – de acordo com Neugarten (no desenvolvimento adulto, a meia idade é o período de excelência em que os indivíduos realizam com êxito atividades complexas nos domínios da vida profissional, familiar e pessoal) e Allport (o indivíduo maduro desenvolve vários interesses ultrapassando o âmbito pessoal, participando nos vários circuitos da atividade humana).
- *Sentido de vida* – salientado por Rogers (característica da pessoa que funciona em pleno), Allport (conceção filosófica unificadora da vida) e Jahoda (a integração significativa constitui um critério de saúde mental – perspectiva unificadora, que dá sentido e orientação à vida).
- *Crescimento pessoal* – a importância do crescimento coextensivo à duração da vida é defendida por Rogers (uma pessoa plenamente desenvolvida mostra abertura à experiência), Maslow (o processo de auto-atualização caracteriza-se por ocorrer de modo contínuo) e Jahoda (a necessidade de auto-atualização ou realização das próprias potencialidades constitui um dos critérios de saúde mental).

De acordo com Monteiro, Tavares e Pereira (2012) as seis dimensões apresentadas (aceitação de si, relações positivas com os outros, domínio do meio, crescimento pessoal, objetivos de vida e autonomia) deverão ser encaradas como componentes do próprio bem-estar e não como contribuindo para o bem-estar.

De acordo com Diener (1984; cit. Ribeiro, 1998) podemos destacar três características do bem-estar subjetivo: (1) *baseia-se na experiência pessoal do indivíduo*; (2) *recorre a medidas positivas e não apenas pela ausência de medidas negativas*; e (3) *inclui a avaliação global de todos os aspetos de vida*. Diener, Diener e Diener (1995), da universidade de Illinois, realizaram uma investigação sobre os fatores preditivos do bem-estar subjetivo das nações. Ao

procurarem responder à questão “*Quais as variáveis que interferem na capacidade dos indivíduos alcançarem as suas metas?*” os autores tiveram em consideração os pressupostos que se seguem:

- Os recursos sociais ajudam as pessoas a atingirem os seus objetivos de satisfação com a vida e bem-estar afetivo, pelo que os direitos humanos devem estar relacionados com o bem-estar.
- A felicidade ou a ideia de felicidade relativiza o processo, isto é, o bem-estar subjetivo não depende só de um elevado nível de recursos em absoluto, mas da comparação com o nível passado ou com o nível dos outros circundantes e próximos.
- A saúde constitui um preditor de bem-estar subjetivo uma vez que, as pessoas que apresentam elevados recursos têm mais capacidades de realizar os seus objetivos e também porque ganhos elevados conferem um alto estatuto.

O estudo abrangeu 55 países (com uma média de 1143.4 respondentes por cada país, com um desvio padrão de 1478.4) e o bem-estar-subjetivo, definido enquanto, avaliações cognitivas e afetivas realizadas sobre os sujeitos sobre as suas vidas, foi perspetivado a partir de sete vertentes:

- 1) *Nível de bem-estar ou riqueza* (saúde per capita de cada nação; ganho per capita do poder de compra dos indivíduos; satisfação das necessidades fisiológicas básicas (qualidade de água para beber, condições sanitárias, nível de calorias diárias por pessoa) taxa de mortalidade infantil, nível médio de esperança de vida;
- 2) *Direitos* (violações graves dos direitos humanos; direitos civis e direitos políticos),
- 3) *Crescimento de saúde*;
- 4) *Comparação do rendimento social* (salário com enviesamento positivo, considerar como ponto de referência o salário do país vizinho);
- 5) *Igualdade* (salário, longevidade e acesso à educação nomeadamente, do sexo feminino);
- 6) *Individualismo – coletivismo* (relação com a possibilidade de atingir objetivos individuais no trabalho tais como tempo pessoal, liberdade e mudança; ou áreas do coletivismo relacionadas com o objetivo do trabalho treino, utilização das aptidões e condições físicas; taxa de divórcio como indicador e causa do individualismo);
- 7) *Heterogeneidade cultural* (homogeneidade cultural, diversidade étnica, separativismo entre as nações).

Portugal (N= 1 000) atingiu uma posição de 33º lugar, tendo sido colocados nos quatro primeiros, a Islândia, Suíça, Austrália e Dinamarca, e nos quatro últimos, USSR, China, Camarões, República Dominicana, respetivamente. O estudo procurou investigar características no âmbito social, económico e cultural de cada nação, chegando-se à conclusão que:

- O nível de vida, individualismo, direitos humanos e igualdade social estão relacionados entre si e correlacionados positivamente com o bem-estar subjetivo.
- Depois das necessidades básicas estarem controladas o individualismo destaca-se com uma forte ligação ao bem-estar subjetivo.
- A homogeneidade cultural e o nível de crescimento apresentam relações fracas com o bem-estar subjetivo.

A partir dos resultados obtidos os autores concluem que “*Este padrão sugere que a eficácia em termos de satisfazer as necessidades de cada um e a capacidade de seguir os objetivos de uma pessoa pode ser um fator transcultural importante na obtenção de Bem-estar Subjetivo. O rendimento permite atingir objetivos materiais, enquanto que os direitos e a igualdade significam que uma maior percentagem de cidadãos têm liberdade e oportunidade para procurar uma ampla variedade de objetivos.*” (Diener, Diener & Diener, 1995, 863). O bem-estar a longo termo tem como base as necessidades individuais e os desejos universais, bem como, as aptidões individuais para conseguir alcançar as metas pretendidas.

No mundo moderno, o respeito pelos direitos humanos, a prosperidade material, a liberdade individual, a igualdade, evidenciam-se como as dimensões mais importantes para encontrarmos bem-estar num futuro próximo (Faria, 2000). A experiência emocional e subjetiva do bem-estar não pode ser equacionada sem recorrer aos fatores cognitivos, afetivos, comunicacionais, sociais, culturais e de relação, que determinam a construção da identidade de uma pessoa, a contextualizam na atmosfera emocional em que vive, no clima emocional que percebe ou constrói. O desenvolvimento das aptidões dum indivíduo, o respeito pelas suas escolhas, a possibilidade de viabilizar o projeto de vida, estão para além das condições materiais; têm a ver com a sociedade em que vive, com os modelos que observa, com a existência da cultura do bem-estar, que atua no sentido de influenciar as condutas das pessoas. Por conseguinte, o modo como nos sentimos ou como designamos o que sentimos, a autoavaliação do bem-estar é uma expressão importante a ser considerada no estudo da personalidade e do avanço ou progresso positivo das sociedades salutaras.

O conceito de bem-estar reside na discussão filosófica e científica entre o *hedonismo* e a *eudaimonia* como objetivos de vida. Este debate conduziu a duas correntes de pensamento que orientam os modelos actuais de bem-estar : o *bem-estar subjetivo* (BES) (*subjective well being*) e o *bem-estar psicológico* (BEP) (*Psychological well being*) (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012). Segundo os autores a “*perspectiva hedónica*” está assente no princípio da acumulação do prazer e evitamento da dor, pelo que, o bem-estar consiste na avaliação subjetiva da felicidade e diz respeito às experiências de prazer e sofrimento. O modelo atual de bem-estar que sustenta tais orientações teórico-empíricas designa-se de BES. A “*perspetiva eudaimónica*” é mais abrangente, dado que se centra no funcionamento psicológico positivo e no desenvolvimento de valores como a autorrealização, o crescimento pessoal e o florescimento humano (Monteiro, Tavares & Pereira, 2012).

Seligman (2012) no seu livro “*A Vida que Floresce*” apresenta a sua compreensão sobre a Psicologia Positiva e de como mudou de ideias sobre a sua abordagem, passando da “*Teoria da Felicidade Autêntica*” (Tópico: *Felicidade*; Medida: *Satisfação com a Vida*; Objetivo: *Aumentar a satisfação com a Vida*) para a “*Teoria do Bem-Estar*” (Tópico: *Bem-Estar*; Medidas: *Emoção Positiva*; *Envolvimento*; *Significado*; *Relações Positivas*; e *Realização Pessoal*; e Objetivo: *Aumentar o florescimento promovendo a emoção positiva, o envolvimento, o significado, as relações positivas e a realização pessoal*). O autor refere que o bem-estar é um construto e que a felicidade é uma coisa, isto é, a teoria da felicidade autêntica explica uma *coisa real* (a felicidade, que é avaliada através da satisfação com a vida) e a teoria do bem-estar um *construto* (o bem-estar, que contém vários elementos mensuráveis embora nenhum o defina). Cada elemento de bem-estar tem de apresentar três propriedades, a saber: (1) *contribuir para o bem-estar*; (2) *ser desejado por muitas pessoas pelo seu valor intrínseco*; e (3) *ser definido e medido de forma independente dos outros elementos (exclusividade)*.

Martin Seligman (2012) apresenta o seu modelo PERMA (*positive emotion; engagement; meaning; positive relationships e accomplishment*) que foi projetado a partir de cinco elementos essenciais de bem-estar psicológico e felicidade. De acordo com o autor esses cinco elementos podem ajudar as pessoas a alcançar uma vida de satisfação, felicidade e significado. Este modelo também pode ser aplicado às instituições para desenvolver programas para ajudar as pessoas a desenvolver novas ferramentas cognitivas e emocionais.

A teoria de bem-estar de Seligman apresenta o bem-estar como o tópico da Psicologia Positiva. Considerando-o a partir dos seus cinco elementos mensuráveis (*emoção positiva, envolvimento, significado, as relações positivas e a realização pessoal*), em que cada um apresenta as três propriedades referidas anteriormente. A forma como elegemos o nosso percurso de vida passa por maximizar os elementos identificados. Saliente-se que, nenhum elemento considerado define o bem-estar, mas, todos os elementos contribuem para que ele se torne uma realidade. Nesta perspetiva, o bem-estar não é só uma questão cognitiva, é uma combinação entre sentirmo-nos bem e termos significado, boas relações e realização pessoal.

Na teoria da felicidade autêntica o modo como escolhemos o nosso percurso de vida é “definido pelo que sentimos e pensamos”. O autor explica que “*Esta diferença entre a teoria da felicidade e a teoria do bem-estar é verdadeiramente importante. A teoria da felicidade afirma que fazemos as nossas escolhas estimando quanta felicidade (satisfação com a vida) se seguirá, optando depois pelo percurso que maximiza a felicidade futura. Maximizar a felicidade é o derradeiro caminho comum da escolha individual.*” (Seligman, 2012, 39-40). De acordo com o autor, o objetivo da Psicologia Positiva na teoria do bem-estar é aumentar a quantidade de florescimento na nossa vida e no planeta.

Huppert e So (2009) definiram “*florescimento*” a partir de um conjunto de características que os indivíduos devem apresentar. Os autores consideram que para florescer um indivíduo tem de possuir três “*características nucleares*” (emoções positivas, envolvimento/interesse, significado/propósito) e seis “*características adicionais*” (autoestima; otimismo; resiliência: vitalidade; autodeterminação; e relações positivas), o que está em sintonia com a teoria do bem-estar de Seligman (2012).

O *Florescimento* (“*Flourishing*”) refere-se à experiência de uma vida que “*vai indo bem*”. É uma combinação de “*sentir-se bem*” e “*funcionamento eficaz*”, pelo que se constitui como sinónimo de um elevado nível de bem-estar mental personificando a saúde mental (Huppert & So, 2013). De acordo com os autores, para entender as características e as causas do florescimento, precisamos de o estudar no seu próprio direito, e não como a mera ausência de transtorno mental. Para isso, necessitamos de identificar e caracterizar as pessoas da população que estão florescendo e os grupos ou nações em que há altos níveis de florescimento. Os autores consideram que o seu trabalho realizado no princípio do século XXI proporciona uma base essencial para aqueles que se encontram envolvidos na promoção da saúde e na elaboração de políticas no sentido de aumentar o número de pessoas que estão florescendo.

No estudo sobre a prevalência do florescimento entre os países europeus, que participaram no *Inquérito Social Europeu 2006/7* (Huppert & So, 2013), observou-se que todos os países nórdicos estão no terço superior da distribuição, enquanto todos os países do leste europeu estão na metade inferior. Relativamente a cada país houve mais de quatro vezes a diferença entre os países mais altos e os mais baixos. A Dinamarca tem a taxa mais elevada de florescimento (40,6%), seguindo um pouco atrás a Suíça (30,2%) e a Áustria (27,6%). No outro

extremo da escala, três países têm taxas inferiores a 10%: Eslováquia (9,9%), Federação Russa (9,4%) e Portugal (9,3%). A pesquisa realizada por Huppert e So (2009) reuniu cerca de quarenta e três mil cidadãos europeus adultos, com mais de dezasseis anos em vinte e três países da União Europeia, e mostrou que o florescimento mais elevado está associado a níveis de escolarização mais elevados, a um maior rendimento e a ser casado. A saúde está moderadamente relacionada com o florescimento e parece declinar com a idade. O instrumento aplicado, o *Inquérito Social Europeu*, contém um *Módulo de Bem-estar* (Seligman, 2012), constituído por sete itens (*Quadro 7*).

Quadro 7- Itens de bem-estar aplicados a mais de 2 mil adultos em cada uma das nações

Item	
Emoção Positiva	• <i>De uma forma geral, quão feliz diria que é?</i>
Envolvimento, Interesse	• <i>Adoro aprender coisas novas.</i>
Significado, propósito	• <i>Geralmente, acho que o que faço na minha vida é valioso e meritório.</i>
Autoestima	• <i>Em geral, sinto-me muito bem comigo mesmo.</i>
Otimismo	• <i>Estou sempre otimista em relação ao meu futuro.</i>
Resiliência	• <i>Quando as coisas me correm mal na vida, costuma demorar muito tempo a voltar ao normal. (respostas no sentido oposto indicam maior resiliência).</i>
Relações Positivas	• <i>Há pessoas na minha vida que se preocupam muito comigo.</i>

Fonte: Retirado de Seligman (2012,42)

Da análise dos indicadores de bem-estar observou-se que a Dinamarca lidera o grupo de países europeus com 33% dos seus cidadãos a florescer, o reino Unido apresenta 18% de pessoas em florescimento, a Rússia apresenta 6%, ficando Portugal em penúltimo lugar no florescimento dos seus cidadãos (Huppert & So, 2009; cit. Seligman, 2012).

Um conjunto considerável de evidências empíricas agora indicadas permitiram dizer que o florescimento é uma condição desejável que qualquer comunidade, organização ou governo beneficiaria da proteção e promoção entre os seus cidadãos (Hone, Jarden, Schofield & Duncan, 2014).

De acordo com Seligman (2012) o objetivo da Psicologia Positiva é a teoria do bem-estar e desenvolver o florescimento humano e, ainda, indagar sobre o que nos faz realmente felizes. Mas, não basta, o autor vai mais longe, defende que o bem-estar deveria ser ensinado nas escolas e fundamenta a sua posição através de três boas razões para que isso seja relevante: (1) *depressão elevada nos jovens*; (2) *aumento nominal de felicidade nas duas últimas gerações*; e (3) *o bem-estar potência a aprendizagem*, que constitui o objetivo primordial da educação. Quem ensinará o bem-estar? Como se ensina bem-estar? Como criar as condições facilitadoras do florescimento das pessoas? Seligman considera que “*o bem-estar devia ser ensinado nas escolas, porque é um antídoto para a crescente incidência da depressão, uma forma de aumentar a satisfação com a vida e uma ajuda para aperfeiçoar a aprendizagem e o pensamento criativo.*” (Seligman, 2012, 95).

Cooperrider (1999) ao realizar um estudo sobre liderança observou que ao questionar os indivíduos sobre as suas experiências de sucesso e de fracasso existia um poder positivo das histórias relatadas sobre sucesso e sobre eficácia, o que o levou a experimentar uma nova metodologia para a intervenção em mudança organizacional, começando somente a perguntar

aos indivíduos sobre a sua experiência “*no seu melhor*”. Posteriormente, as palavras “*Inquérito Apreciativo*” surgem em notas de rodapé nos relatórios realizados na Cleveland Clinic e o desenvolvimento desta prática consegue um reconhecimento internacional (Coghlan, Preskill & Catsambas, 2003; Cooperrider, 1990; cit. Marujo; Neto; Caetano, & Rivero, 2007).

O Inquérito Apreciativo (IA) parte do princípio que a realidade é construída pela linguagem e que uma mudança de linguagem muda a realidade, pelo que se atua numa organização logo a partir da ação de “*Inquirir*” (ato de exploração e descoberta) e se facilita a mudança positiva ao “*Apreciar*”, reconhecendo e valorizando o melhor do que é vivido e experimentado; pelo que, o IA é aceite como um modelo de gestão e implementação da mudança nas organizações e comunidades (Marujo; Neto; Caetano, & Rivero, 2007). Por conseguinte, o IA serve-se de uma abordagem que apela à memória dos sucessos alcançados pelo indivíduo, do que funciona bem na equipa e no modo de trabalhar, envolvendo todos os seus intervenientes na construção da organização visada, e ao mesmo tempo, possibilitando a descoberta e a identificação do potencial existente e das vantagens estratégicas, visionando ganhos financeiros e sociais (Cooperrider & Srivastva, 1999). Esta abordagem positiva da organização procurando “*o seu melhor*” nas pessoas e no seu contexto organizacional possibilita uma mudança organizacional positiva.

A visão do futuro e a sua planificação partem da identificação e partilha de experiências positivas e de sucessos, pois, considera-se que “*O estímulo à mudança positiva procede da descoberta de experiências e momentos de sucesso, vivências de excelência, e aspirações positivas sobre o futuro. A forma de recolha destes elementos faz-se levando a que as pessoas partilhem em entrevista histórias sobre os seus melhores momentos e pontos altos no desempenho das suas funções e, em diálogo, sonhem coletivamente o futuro (Cooperrider, 2004).*” (Marujo, Neto, Caetano & Rivero, 2007, 121).

Quando surge um problema na vida de uma pessoa, a dificuldade obriga à mudança, evidenciando a sua forma de pensar, de se comportar, sentir e agir. Neste processo, o indivíduo sente a necessidade de ser apoiado na procura da solução do problema, na tomada de decisão do que precisa fazer e na sua execução. Pretende-se que no final haja a perceção de sucesso e que a pessoa se sinta confortável com a mudança. Foi neste contexto que surgiu o *coach*, um profissional que ajuda a encontrar soluções práticas para desafios concretos, isto é, que atua como facilitador, em vez de dizer às pessoas o que devem fazer. Segundo Rosinski (2003, 3) “*O Coaching é um humanismo pragmático. O coaching valoriza o bem-estar e a satisfação. Enfatiza o cuidar de si próprio, a qualidade de vida e o desenvolvimento humano. Chamo a isto a dimensão “ser”. O coaching é também um método para melhorar o desempenho e um estilo de liderança que consegue resultados. A isto chamo a dimensão “fazer”. Por outras palavras, o bem-estar é importante e o desenvolvimento humano é a melhor maneira de atingir resultados.*” Por conseguinte, os *coaches* ajudam as pessoas a beneficiar ao máximo do seu tempo, a melhorar a liderança e a comunicação, a concretizar objetivos de trabalho ambiciosos, ter um melhor equilíbrio de vida, compreender e usar emoções, desenvolver o pensamento criativo, ultrapassar o stress prejudicial ou estabelecer relações construtivas.

Tradicionalmente os processos de *coaching* tanto individuais como coletivos (de equipa) focalizam a sua atenção em áreas nas quais se deve mudar, avançar ou melhorar. Compreendido como um processo de desenvolvimento a sua atuação passa pelo recurso à inovação. A vertente apreciativa do *coaching* traz ao processo uma dose elevada de

positivismo e complementa “o foco na solução dos problemas” mudando o *coaching* tradicional (González, 2010). Por conseguinte, o centro da atenção passa para a ação de “*apreciar os pontos fortes de si mesmo e da sua equipa*” no sentido de transformar a realidade. Este processo implica a utilização do autoconhecimento para compreender os “*gaps*” de cada indivíduo.

As premissas fundamentais no processo do *Coaching Appreciativo* (CA) vão no sentido do desenvolvimento da resiliência: (1) *Construir vs Reconstruir* (utilização do poder da imaginação humana para criar e partilhar conhecimento que possa gerar mudança); e (2) *Do monólogo ao Diálogo* (partilhar o estilo participativo, dos “*diálogos transformativos*” aos “*monólogos reflexivos*”). Assim, CA está especialmente indicado para o desenvolvimento de competências como a criatividade e a inovação. Por conseguinte, objetivo do CA é o desenvolvimento da resiliência e da atitude positiva envolvendo os intervenientes na formulação de perguntas positivas sobre o que temos de bom. Nos processos individuais ou coletivos verifica-se que quanto mais positivas são as perguntas que fazemos, mais duradouro e bem-sucedido é o esforço no processo de mudança (González, 2010). De acordo com o autor as respostas estão sempre determinadas pelo tipo de questões, pelo que, as perguntas positivas evocam o melhor que há nas pessoas e são inspiradoras de respostas e soluções positivas.

Partindo do IA o CA vai guiar os seus clientes por quatro estádios (Descoberta, Sonho, Plano e Destino) permitindo que cada indivíduo sonhe, se centre na compreensão da sua vida presente e nas possibilidades do seu futuro. Diante da imprevisibilidade dos problemas quotidianos é preciso ter informação, compreendê-la e poder contar com alguém competente que escute, oriente e apoie, pois, é por esta via que se obtém mais saúde. A psicologia da saúde possibilita o empoderamento da saúde e do bem-estar.

No sentido de manter os comportamentos salutareos e as pessoas felizes a Psicologia da Saúde e a Psicologia Positiva encontram no bem-estar a sua interceção e os fundamentos para uma intervenção psicológica em contextos de saúde abarcando o contributo de outras profissões de saúde e desenvolvendo um trabalho de equipa em prole do florescimento e da saúde de cada cidadão, comunidade e nação.

3.2. Literacia em Saúde

A Organização Mundial da Saúde (WHO,1998,10) compreende o conceito de literacia em saúde destacando o seu carácter dinâmico e processual, definindo-o como “*habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar a informação de forma a promover e a manter uma boa saúde*”. No entender da OMS a literacia em saúde implica também a realização de um nível de conhecimento, competências pessoais e confiança para tomar medidas que permitam melhorar a saúde pessoal e comunitária, através da mudança pessoal.

A literacia em saúde tem sido perspetivada como a capacidade que os indivíduos apresentam para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis para tomar decisões de saúde adequadas (procura e escolha de ajuda terapêutica, de um médico, serviço de saúde, de tratamento, de estilos de vida saudável, do interesse e da implicação nos determinantes de saúde). Mas, como a obter? O desenvolvimento de competências de literacia em saúde pode ocorrer em contextos formais e informais de aprendizagem, pelo que

devemos identificar os ambientes e momentos de aprendizagem em saúde ao longo da vida. Por outro lado, mais saúde está também relacionado com um conjunto de competências emocionais, cognitivas e comportamentais e capacidade de aplicar os conhecimentos com sucesso (Faria, 2014).

Uma baixa literacia em saúde está relacionada com baixa percepção de autoeficácia na prevenção e gestão de problemas em saúde, dificuldades de compreensão dos folhetos informativos e da consulta na internet nos serviços de saúde ou *e.health*; uso inadequado de medicamentos; uso excessivo dos serviços de saúde; ineficácia em lidar com situações de emergência (Mancuso, 2008; Santos, 2010). Enquanto construto mediador para ganhos em saúde desempenha um papel determinante na promoção de comportamentos individuais promotores de saúde e de educação para a saúde de adultos, jovens e crianças.

A Escola é um espaço e um tempo de conhecimento, desenvolvimento, aprendizagem e inovação, pelo que pode contribuir de forma significativa para o incremento da literacia em saúde, possibilitando o desenvolvimento de (DGS, 2014, 29): (1)Competências básicas em promoção da saúde que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado; (2)Competências da pessoa com doença para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais; (3)Competências como consumidor para tomar decisões de saúde, selecionar bens e serviços e agir de acordo com os seus direitos, caso necessário; e (4)Competências como cidadão informado e conhecedor dos seus direitos em saúde, capaz de participar no debate de assuntos de saúde, integrado nas estruturas de saúde e organizações de doentes. No seu conjunto tais aptidões permitem a capacitação da comunidade educativa em literacia em saúde, e a redução dos custos à sociedade, aos sistemas de saúde, às pessoas e às famílias.

De acordo com Direção- Geral da Saúde (2014,21) *“Os profissionais de saúde devem integrar no processo de capacitação dos cidadãos as competências em saúde, em particular sobre acessibilidade aos recursos e serviços de saúde e à compreensão da informação de saúde, extensível e treinada no setting Escola”*. Esta visão sobre os profissionais de saúde implica que eles sejam competentes a comunicar saúde e estejam disponíveis para educar para a saúde os seus clientes.

Por vezes, os médicos sentem dificuldades em reconhecer níveis baixos de literacia em saúde ou até o estado de saúde do doente, por causa dos utentes terem dificuldades em se expressar. Esta situação dificulta o diagnóstico. Assim, uma baixa literacia em saúde pode por em risco o paciente (Seligman, Wang, Palacios, Wilson, Daher & Schillinger, 2005). A investigação tem mostrado que a baixa literacia em saúde é um fator de risco para algumas patologias, em particular, naquelas em que o comportamento se constitui como um agente patogénico e que implica autogestão da patologia, como é o caso da obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e de outras doenças crónicas (Santos, 2010). Nesta área da comunicação em saúde, os psicólogos têm evidenciado os contributos da Psicologia para os profissionais de saúde, em particular, ao nível da antecipação dos comportamentos de risco, já que, *“(...)considerando a atitude como um preditor do comportamento, ou seja, uma predisposição para ocorrer um determinado tipo de ação (Lima, cit. Vala & Monteiro, 1993), conhecê-la poderá dar ao profissional de saúde informações importantes para antecipar os comportamentos de saúde dos utentes (e.g., uma pessoa com atitude positiva em relação à prevenção da doença tem maior probabilidade de evidenciar comportamentos tais como manter, a vacinação atualizada ou realizar check-ups).”* (Grilo & Pedro, 2005, 72). Por

consequente, o alargamento dos horizontes e responsabilidades dos profissionais de saúde implica uma formação em comunicação e literacia em saúde, já que é determinante para a saúde e empoderamento dos cidadãos e para a humanização dos serviços.

SÍNTESE CONCLUSIVA

A saúde e a(s) doença(s) diferenciam-se de pessoa para pessoa na evolução para a saúde e o comportamento faz a diferença. A equidade em saúde é hoje compreendida como relevante do nascer ao último acontecimento de vida. Hoje as doenças não transmissíveis (cardiovasculares, oncológicas, musculoesqueléticas, mentais) preocupam-nos mais do que as transmissíveis (infeciosas), pois, para além de outros aspetos a considerar, exigem uma adaptação rápida do indivíduo e das suas famílias, e a existência de apoios sociais. A oncologia e a saúde mental estão na ordem do dia da sociedade contemporânea. As doenças crónicas são um fato conhecido e quando chegam vêm para ficar ao longo do ciclo de vida. A qualidade de vida na sua cronicidade exige cuidados resolutivos e integrados. Os riscos do tabaco, a glicemia, os consumos, o stresse, o *burnout*, o *bullying*, o *moobbing*, sedentarismo, iliteracia em saúde, baixo florescimento, a insegurança alimentar, social e ambiental são realidades com as quais convivemos.

Diante das evidências sabemos que é preciso desenvolver esforços que permitam reduzir/baixar a probabilidade de um cidadão morrer antes dos 70 anos, por isso, temos que encontrar as melhores estratégias para alcançar a meta visada e até a superar proporcionando aos humanos viver mais tempo com qualidade de vida. Por isso, temos de desenhar o futuro de uma forma antecipada e proactiva em que os agentes ligados à saúde e às doenças trabalhem em conectividade para o mesmo fim, a saber: a saúde, o bem-estar e a felicidade das pessoas.

Quando empreendemos a compreensão do comportamento humano temos de considerar a relevância das crenças de saúde na predição da conduta. As teorias da atribuição, do locus de controlo da saúde, do otimismo irrealista, do modelo transteórico de mudança têm estado na mesa da análise das crenças de saúde e dos comportamentos que dela resultam, bem como, os modelos delineados por psicólogos da saúde (modelo de crenças de saúde, teoria da motivação para a proteção, teoria comportamental planeada e a abordagem do processo de ação para a saúde).

Ampliar a salutogénese implica prestar atenção à relevância de uma educação para a saúde positiva, compreendida como a planificação de atividades que promovam aprendizagens gratificantes no domínio da saúde e do bem-estar. A Escola do futuro que se faz no presente podia optar por ensinar bem-estar às novas gerações. A literacia em saúde também é necessária ser implementada para promover melhor comunicação em saúde e proporcionar a compreensão e adesão ao tratamento, prevenção de risco e opções de saúde. Contudo, ainda é preciso ir mais adiante, isto é, possibilitar uma promoção da saúde que inclua de forma integrada medidas económicas, sociais, psicológicas, organizacionais, ambientais, legislativas, políticas, que em conjunto viabilizem comportamentos para proteger/melhorar a saúde das pessoas e das populações.

A Promoção da Saúde precisa de ser colocada na agenda dos intervenientes e dos decisores políticos e em particular, dos profissionais que trabalham em contextos de saúde e educação. Atuar antes da doença e do risco continua a ser uma prática de valor de saúde a ser implementada de forma continuada no e pelo indivíduo, grupo, organização, comunidade e sociedade. As evidências mostram que podemos reduzir a mortalidade através do diagnóstico precoce, dos rastreios, dos planos locais de saúde, da literacia em saúde, de mudança de comportamentos, de acesso democrático à saúde, de mais educação, de projetos de vida felizes que floresçam e de promoção de comportamentos que permitam gerar saúde, como optar por uma alimentação saudável, não fumar, controlar consumos, controlar a glicémia e praticar atividade física de forma continuada.

Hoje sabemos, e alguns têm a consciência, que os resultados de saúde são consequência de uma interação complexa entre fatores biológicos, sociais, ambientais, económicos e políticos, pelo que exigem uma abordagem sistémica de saúde. Atuar nos domínios da mudança dos comportamentos, manutenção de comportamentos saudáveis, proteção da saúde, promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção dos riscos ao longo da vida é a tarefa da Psicologia da Saúde, que nas suas interfaces partilha com outras áreas do saber. É disso exemplo os Congressos de Psicologia da Saúde, em particular o da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde que abre a porta a todos os profissionais interessados em gerar saúde, promover saúde e bem-estar, prevenir riscos individuais e comunitários, assegurar qualidade de vida para todos e saber lidar com a(s) doença(s). Deste posicionamento surgem as interfaces da Psicologia, em particular, da Psicologia da Saúde com a Promoção da Saúde e com o bem-estar.

A intervenção ao nível da promoção da saúde e do bem-estar pressupõe o reconhecimento dos determinantes de saúde e a compreensão anterior da existência de uma organização de cognições, emoções, motivações, convicções, significados e comportamentos interligados que conduzem a uma boa saúde de um indivíduo, grupo ou comunidade. A Psicologia da Saúde é o parceiro privilegiado com quem trabalhar para viabilizar a saúde, capacitar os indivíduos e intervir ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, ao nível individual e comunitário.

Observámos o movimento global que a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em torno da Promoção da Saúde. É sem dúvida um trabalho meritório, não só por ir já na sua 9ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, mas pelos documentos que têm sido produzidos e divulgados e pela responsabilização dos agentes e decisores de saúde a nível mundial. Sabemos que muito está por fazer, principalmente a nível local. É preciso dar continuidade às estratégias delineadas pela OMS na legitimação do caráter físico, psicológico, educacional, social, económico, político e ambiental da Promoção da Saúde, criando oportunidades de implementação das estratégias da OMS e meios que encorajem os comportamentos de saúde, desenvolvendo políticas de saúde públicas adequadas, proporcionando o incremento dos recursos dos cidadãos à saúde, capacitando os indivíduos através da literacia em saúde e do florescimento das suas vidas e fortalecendo a ação da comunidade.

A concetualização da teoria psicológica ligada aos domínios da promoção da saúde e do bem-estar remete-nos para o conhecimento da pessoa contextualizada, para o desenvolvimento dos recursos pessoais através da informação, literacia, formação em saúde e treino de competências ao nível do indivíduo, escola e comunidade. Leva-nos ainda, para a planificação, implementação e avaliação de projetos que não só constituam uma mais valia para as pessoas,

mas a que elas lhe atribuam significado e se sintam envolvidas no processo de mudança. No que diz respeito à avaliação dos resultados das iniciativas considera-se que para além da avaliação da mudança cognitiva e comportamental as avaliações do resultado obtido devem também considerar as dimensões subjetivas do bem-estar, do funcionamento, da qualidade de vida, da saúde subjetiva, do florescimento e da literacia em saúde.

Na visão psicológica da saúde e da(s) doença(s) defende-se uma abordagem positiva da promoção da saúde, que para além da prevenção ou da diminuição da incidência da doença, seja ela rara ou frequente, é preciso melhorar a qualidade de vida e o bem-estar individual considerada de uma forma sistémica. Por isso, é importante que as políticas e os atores da saúde se centrem em incentivos positivos em vez de abordagens punitivas. Um destaque também, para que sejam consideradas as competências a desenvolver e as normas a considerar em mudanças, que vão do cidadão ao ambiente onde vive. Por outro lado, é preciso criar incentivos e condições para que os profissionais que trabalham na área da saúde se disponibilizem, se envolvam e desenvolvam esforços conjuntos em parceria institucional para promover e alcançar saúde e bem-estar para todos.

Abrimos a porta da interface da Psicologia com a Promoção da Saúde e o Bem-estar, uma área de influência privilegiada para os psicólogos, vamos deixar a porta aberta para encontrarmos mais interfaces da Psicologia da Saúde.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association. (2017). *Bylaws of the American Psychological Association* (Amended January). Washington, DC: American Psychological Association.
- Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- Antonovsky A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, Mar; 36(6):725-33.
- Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-8.
- Belar, C.; Deardorf, W.; Kelly, K. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.
- Belar, C. & Deardorff, W. (1995). *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Belar, C. (2000). Psychological interventions and health: critical connections. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 11-17.
- Belloc, N. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.
- Belloc, N., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421.
- Belloc, N., & Breslow, L. & Hochstein, J. (1971). Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*, 93:328-36.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi. ISBN:972-8449-48-8
- Berkman, L. F., & Breslow, L. (1983). *Health and ways of living: the Alameda County study*. New York: Oxford University Press.

- Breslow L. (1989). Health status measurement in the evaluation of health promotion. *Medical Care*, 27, 3, 205–216.
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177.
- Buss, P. (2012). Uma Introdução ao Conceito de Promoção de Saúde. Czeresnia, D. & Freitas, C. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2nd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, (19-42). ISBN 978-85-7541-353-1.
- Canavarro, M.C, Pereira M, Moreira, H. & Paredes, T. (2010).Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*.; III(3):243-68.
- Canavarro, M. C., & Vaz Serra, A. (Eds.) (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Czeresnia, D., & Freitas, C. (Orgs.). (2012). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz. ISBN: 978-85-7541-183-04.
- Chambel. M. (2016). *Psicologia da Saúde Ocupacional*. Lisboa: Pactor.
- Chan, M. (2016). The relevance and importance of promoting health in national SDG responses, Keynote address at the 9th Global conference on health promotion. *World Health Organization*. Recuperado em 05 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/dg/speeches/2016/shanghai-health-promotion/en/>
- Chestnov, O. (2016). Making cities, workplaces healthy for all. *World Health Organization*. Recuperado em 05 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/chestnov-healthy-cities-workplaces/en/>
- CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.(2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Cooperrider, D. (1999). *Positive image, positive action: The affirmative basis of organizing*. In S. Srivastva, D. L. Cooperrider, and Assoc., *Appreciative management and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cooperrider, D. & Srivastva, S. (1999). Appreciative Inquiry into Organizational Life, *Research in Organizational Change and Development*. 1, 129-169.
- Cruz,J., Jesus, S. & Nunes, C. (2009). *Bem-estar e Qualidade de Vida: Contributos da Psicologia da Saúde*. Alcochete: Textiverso.
- Czeresnia, D. & Freitas, C. (Orgs.)(2012). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2nd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, ISBN 978-85-7541-353-1 .
- D'Almeida, V. (1985): Contribuição da Medicina Comportamental para a Redução (Controlo) dos Factores de Risco das Doenças Cardiovasculares. *Psiquiatria Clínica*, 6:7-29.
- Dahlgren G, Whitehead M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, ISBN: 978-91-85619-18-4.
- DeLeon, P. (2005). What Is Contemporary Clinical Psychology?, In Thomas Plante (Ed.), *Contemporary Clinical Psychology*. (3-32), New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Contemporary Clinical Psychology, 2nd ed., ISBN 0-471-47276-X .
- Dever, A. (1991). *Community health analysis: Global awareness at local level*. 2nd ed. USA: Aspen Publishers.
- Diarra-Nama, A. (2009). 7ª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde. *Boletim Informativo da 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde – Nairobi*, N°01 - 27 Outubro, 1-2.
- Direção-Geral da Saúde (DGS)(2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa; DGS
- Diário da República (2016). “Regulamento Geral de Especialidades Profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses”, 2.ª série — N.º 20 — 29 de janeiro, 3670-(38)-3670(44).
- Diener, E., Diener, M. & Diener, C. (1995) – Factors Predicting the Subjective Well-Being of Nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69,5,851-864.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.

- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535–544.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health—a systematic review, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (376-381), doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23 (2): 190-199. doi.org/10.1093/heapro/dan014
- Faria, M.C. (2000). *Comunicação e Bem-estar no limiar do século XXI, Conhecer através da Relação e Orientar para a Saúde*. Tese de Doutoramento em Psicologia (Psicologia da Saúde) apresentada à Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (23 de Maio de 2000). URI: <http://hdl.handle.net/10316/1001>
- Faria, M.C. (2014). Envolvimento dos estudantes na Escola e Promoção do *Coaching* Educacional e Empreendedorial. *Livro de Atas do I Congresso Internacional Envolvimento dos Alunos na Escola: Perspetivas da Psicologia e Educação*, Lisboa: Instituto de Educação da Universidade de Lisboa (1621-1633). ISBN: 978-989-98314-7-6
- Ferreira, J. & Simões, A. (1999). Escalas de Bem-Estar Psicológico (EBP). In M.R. Simões, M.M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (VOL:II)*, 111-121, Braga, SHO, APPORT.
- Ferreira, J. & Simões, A. (1999). Escalas de Bem-Estar Psicológico (EBP). M.R. Simões, M.M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (VOL:II)*, Braga: SHO, APPORT, 11-121.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspetivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
- France, C. (2013). American Psychological Association Division 38 (Health Psychology), Marc D. Gellman & J. Rick Turner (Editors), *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, New York: Springer, 82-83, Doi: 10.1007/978-1-4419-1005-9_1358
- Galinha, I. (2008). *Bem-Estar Subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto
- Galinha, I. & Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Graça, L. (2015). Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde. In Luísa Santos, Carina Parente, Jorge Ribeiro & Ângela Pontes (Coords). *Promoção da Saúde: da investigação à prática*. Lisboa: SPPS, Editora, LDA, (7-14) ISBN: 978-989-98855-1-6
- Goldstein, G. & Kickbusch, I. (1996a). WHO Healthy Cities Programme. *Urban Health Newsl.* Mar;(28):7-13.
- Goldstein, G. & Kickbusch, I. (1996b). A healthy city is a better city. *World Health*. 1996 Jan-Feb; 49(1):4-6
- González, R. (2010). Coaching apreciativo. Vía para desarrollar el liderazgo resiliente. *Capital Humano*, 242 (Abril), 40-12.
- Grilo, A. & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (1), 69-89.
- Gonzalez, B. & Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de Saúde e Dimensões de Personalidade em Jovens Estudantes Universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 107-127.
- Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi
- Heiman, T. (2004). Examination of the salutogenic model, support resources, coping style and stressors among Israeli university students. *The Journal of Psychology*, 138, 505-520.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber, & A. M. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction* (pp. 207-238). New York: Collier Macmillan Publishers.
- Hone, L., Jarden, A., Schofield, G.M., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 62-90. doi:10.5502/ijw.v4i1.4
- Housman, J. & Dorman, S. (2005). The Alameda County Study: A Systematic, Chronological Review. *American Journal of Health Education*. Sept., 36, 5,302-308.

- Humboldt, S. & Leal, I. (2008). A avaliação da relação de ajuda no sentido interno de coerência dos indivíduos idosos, *In Isabel Leal, José Luís Pais Ribeiro, Isabel Silva & Susana Marques (Org.s). Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Porto: Universidade do Porto.
- Huppert, F. & So, T. (2009). What percentage of people in Europe are flourishing and what characterizes them? presented at the meeting of the *OECD/ISQOLS meeting*, July 23/24 2009, Florence
- Huppert, F., & So, T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- Institute for the Future (IFF). (2003). *Health and healthcare 2010: The forecast, the challenge*. San Francisco: Jossey-Bass. Second Edition.
- International Conference on Primary Health Care Alma-Ata (1978). *Declaration of Alma-Ata*, 6-12 September. Alma-Ata USSR: WHO; Recuperado em 20 Novembro de 2016 de www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- Jesus, S. & Rezende, M. (2009). Saúde e bem-estar. *In J.Cruz, S.Jesus & C.Nunes (Cords). Bem-estar e Qualidade de Vida: Contributos da Psicologia da Saúde*. (11-29). Alcochete: Textiverso.
- Johnson, N. (2003). Psychology and health research, practice, and policy. *American Psychologist Association*, 58, 670–677.
- Karimi, M., Brazier, J. & Paisley, S. (2017). How do individuals value health states? A qualitative investigation. *Social Science & Medicine*, 172, 80-88.
- Kaplan, R. (1994). Biobehavioral Risk Factors: Reflections on Present and Future Research on Biobehavioral Risk Factors. In Blumenthal, S., Mathews, K. & Weiss, S. (Eds.) *New research frontiers in behavioral medicine: Proceedings of the National Conference*. NIH Publications No. 94-3772. Washington, DC: US Government Printing Office, 119-134.
- Kaplan, R. (2002). Quality of Life: An Outcomes Perspective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, (Suppl 2), S44-S50.
- Kasl, S. & Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior, (II Sick-Role Behavior), *Archives of Environmental Health: An International Journal*, Vol. 12, Iss. 4, 12, April, 531-541.
- Kobasa, S. (1979). Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1, (1-11).
- Kobasa, S., Maddi, S., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Lacerda, V., Pontes, E. & Queiroz, C. (2012). Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(2), 203-208.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200006>
- Laframboise H. (1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Can Med Assoc J*, Feb 3; 108(3): 388-91. Récupéré le 10 Septembre 2016 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/>
- Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; Recovered on September 10, 2016 in: www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf.
- Lau, R., Hartman, K., & Ware, J. (1986). Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5(1), 25-43.
- Leavell, C. & Clark, E. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Loureiro, I. (2009). Competências para promover a saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 43(2), 81-103.
- Loureiro I., Gomes J., Dias L, & Santos M. (2011). *A investigação participada de base comunitária na construção da saúde: Projecto de Capacitação em Promoção da Saúde: PROCAPS: resultados de um estudo exploratório*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, ISBN: 978-972-8643-56-0, Recuperado a 12 de Setembro de 2016 em <http://hdl.handle.net/10400.18/101>

- Loureiro, L.; Mendes, A., Barroso, T., Santos, J., Oliveira, R. & Ferreira, R. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios, *Revista de Enfermagem Referência* - III - 6 , 157-66.
- Loureiro, I., Miranda, N. & Miguel, J. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*;3 1(1):23-31.
Recuperado a 12 de Setembro de 2016 em <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>
- McIntyre, T.(Ed.) (1994). Psicologia da Saúde: Unidade na Diversidade. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. (17-32). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Machado, W. & Bandeira, B. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia I Campinas* 1 29(4), 587-595.
- Mancuso, J. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248-55.
- Marks, D.(Eds,) (2002). *The Health Psychology.Reader*. London: Sage.
- Marujo, H., Neto, L., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia Positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13(1), 115-136.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1): 1-14.
- Matos, M. (2002). Prevenir o mal-estar pessoal e o desajustamento pessoal. *Cidade Solidária*, 8 (5), 38-45.
- Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3 (XXII): 449-462
- McKeown, T. (1978). Determinants of health. *Human Nature Magazine*. New York: Harcourt Brace.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2012). Adaptação portuguesa da escala de medida de manifestação de bem-estar psicológico com estudantes universitários – EMMBEP. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 66-77.
- Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. In T.Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (No 22, pp.5-28). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Novo, R. (2005). Bem-estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP*, 20 (2), 183-2003
- Olbrisch, M.; Weiss, S.; Stone, G.; & Schwartz, G. (1985). Report of the national working conference on education and training in health psychology. *American Psychologist*, 40 (9), 1985. P. 1038-1041.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI. ISBN: 972-8449-16-X
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). *Boletim Informativo da 7ª Conferencia Global sobre Promoção da Saúde – Nairobi 2009*, Nº 1, 27 Outubro
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010). *Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, Recuperado em 12 de Setembro de 2016 em: whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf
- Paim, J. (2006). *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA, ISBN: 978-85-232-1176-6.
- Pereira, O. (1980). Para uma psicologia da saúde: breve balanço das contribuições da psicologia para a psiquiatria. *Psiquiatria. Clínica*, 1 (4), 233-238.
- Pereira, M. & Pereira, A. (2013). Validação das Escalas de Percepção de Risco da Hipertensão e Importância Atribuída à Saúde, *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 16. 2, 137-152
- Pimenta,F., Leal, I.& Maroco, J. (2009). Adaptação e estudo da Escala de Valor da Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2009, 10 (2), 217-225.
- Ribeiro, E., Coelho, A., Correia, C., Luz, D., Oliveira, E. & Gomes, R., (2010). Cidades educadoras: do conceito ao potencial solidário na prevenção dos maus-tratos na infância. *Millenium, Journal of Education, Technologies, and Health*, 38 (15), 147- 159.
- Ribeiro, J. (1989). A Intervenção Psicológica na Promoção da Saúde. *Jornal de Psicologia*, 8,2, 19-22

- Ribeiro, J. (1994a). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. (33-55). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, J. (1994b). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII (2-3), 179-191.
- Ribeiro, J. (1996). Saúde e desenvolvimento. *Análise Psicológica*. XIV(2-3) (177-190)
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia clinica e da saúde. *Análise Psicológica*, 4 (XIV): 589-599
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA, ISBN: 972-8400-07-1
- Ribeiro, J. (2004). A avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII): 387-397
- Ribeiro, J. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: QUARTETO, ISBN: 989-558-045-2
- Ribeiro, J. (2010). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo, Editora LDA, ISBN: 978-989-8463-04-3
- Ribeiro, J. (2011). A Psicologia da Saúde In Alves, R. (Org.). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB, 23-64, ISBN 978-85-7879-192-6.
- Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Avaliação e psicodiagnóstico em psicologia da saúde. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 357-370.
- Richmond, J. (1979). *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U. S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Rosinski, P. (2003). *Coaching Across Cultures: new tools for leveraging national, corporate, and professional differences*. London: Nicholas Brealey Publishing, ISBN: 1-85788-301-2
- Rubio, J., Anzano, S., Jiménez, Regaña, A. & Sánchez, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: UOC, ISBN: 978-84-9064-182-8.
- Ryff, C. (1989). Happiness is Everything, or Is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57.6, 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Singer B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1), 13-39.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Nero - Vol. 4, nº 3, JUL/SET 2010*, p. 127-129, URI: <http://hdl.handle.net/10174/2320>
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1),29-41.
- Seligman, M. (2012). *A Vida que Floresce*. Alfragide: Estrela Polar, ISBN:978-989-2068-1-7
- Seligman H, Wang F, Palacios J, et al. (2005). Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *J Gen Intern Med.*; 20,1001-7
- Stone, G. (1982). Health Psychology, a new journal for a new field. *Health Psychology*, Vol 1(1), 1982, 1-6.
- Schwartz, G. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 1040-1053. Recuperado em 12 de Setembro de 2016 em <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.50.6.1040>
- Tang, K., Beaglehole, R. & O'Byrne, D. (2005). Policy and Partnership for promotion – addressing the determinants of health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (12):884
- United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (2015). In *Follow-up to the outcome of the Millennium Summit-document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda*. (1-25). United Nations. Recuperado em 12 de Setembro de 2016 em http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E
- Teixeira, J. & Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde. Contexto e Intervenção (1990). *Análise Psicológica*, 4 (VIII), 453-458.
- Terris, M. (1990). Public health policy for the 1990s. *Ann. Review of Public Health*, 11: 39-51.
- Terris M (1992). Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública, pp. 37-44. In *OPAS 1996. Promoción de la Salud: Una Antología*. OPAS, Washington
- Torrati, F., Gois, C. & Dantas, R. (2010). Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. *Rev Esc Enferm USP*; 44(3):739-44 Recuperado em 12 de Setembro de 2016 em :www.ee.usp.br/reeusp/

- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do Autor.
- Weiss, S.(1982). Health Psychology: The time is now. *Health Psychology*, Vol 1(1)81-91
- World Health Organization (WHO)(1946). *Constitution of the World Health Organization*, Genève: WHO
- World Health Organization (WHO) (1948).*Official Records of the World Health Organization*, Nº2, 100. United Nations, World Health Organization, Geneva, Interim Comission.
- World Health Organization (WHO). (1978). *Declaration of Alma-Ata: international conference of primary health care*. World Health Organization. Recuperado em 12 de Setembro de 2016 de http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- World Health Organization (WHO/UNICEF) (1978). *Primary Health Care – Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978*. WHO, Genebra. *Health-for-All*, Series nº1.
- World Health Organization (WHO) (1986a). *1st Global Conference on Health Promotion, Ottawa*. World Health Organization, Recuperado em 5 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization (WHO). (1986b). *The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion*. World Health Organization Recuperado em 12 de Setembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>.
- World Health Organization (WHO) (1988a). *2nd Global Conference on Health Promotion. Adelaide*. World Health Organization, Recuperado em 05 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>
- World Health Organization (WHO). (1988b). *Adelaide Recommendations on Health Public Policy. Second international conference on health promotion*. World Health Organization. Recuperado em 12 de Setembro de 2016 de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/print.html>.
- World Health Organization (WHO) (1991a). *3rd Global Conference on Health Promotion. Sundsvall*. World Health Organization, Recuperado em 5 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
- World Health Organization (WHO). (1991b). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion*. Recuperado em 12 de Setembro de 2016 de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/print.html>.
- World Health Organization (WHO) (1997a). *4th Global Conference on Health Promotion. Jakarta*. World Health Organization. Recuperado em 5 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/>
- World Health Organization (WHO). (1997b). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion*. World Health Organization. Recuperado a 30 de Setembro de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/print.html>.
- World Health Organization (WHO). (1998). *Health Promotion Glossary*. Genève: WHO. Recuperado aem 16 de Novembro 2016 de <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2000). *5th Global Conference on Health Promotion Mexico. World Health Organization*, Recuperado em 05 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/>
- World Health Organization (WHO) (2002). *The World Health Report-Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland. World Health Organization. Recuperado em 11 de Setembro de 2016, <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- World Health Organization (WHO) (2005a). *6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok* , World Health Organization, Recuperado em 05 de Novembro de 2016 de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>

- World Health Organization (WHO). (2005b). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. World Health Organization. Recuperado em 5 de Novembro de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/index.html>.
- World Health Organization (WHO). (2009). *7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi*. World Health Organization, Recuperado em 05 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>
- World Health Organization (WHO) (2013a). *8th Global Conference on Health Promotion Helsinki 2013. World Health Organization*. Recuperado em 05 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>
- World Health Organization (WHO). (2013b). *The 8th Global Conference on Health Promotion: The Helsinki Statement on Health in All Policies*. World Health Organization. Recuperado em 12 de Setembro de 2016 de http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf.
- World Health Organization (WHO) (2016a). *9th Global Conference on Health Promotion Shanghai, China 21-24 November*. World Health Organization. Recuperado em 5 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/>
- World Health Organization (WHO) (2016b). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. World Health Organization. Recuperado em 05 de Novembro de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 12:1569-1585.

Anexos da Lição

Anexo I-Descriptor de Unidade Curricular de Psicologia da Saúde

Anexo II- Ficha de Trabalho de Grupo de Psicologia da Saúde

Anexo I-Descrição de Unidade Curricular de Psicologia da Saúde

Anexo II- Ficha de Trabalho de Grupo de Psicologia da Saúde

Anexo da Lição em Suporte Informático (Pen)

