

O MODELO BIOMÉDICO E A ABORDAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO

Graça Simões Carvalho¹, Artur Gonçalves¹, Vitor Rodrigues² & Carlos Albuquerque^{1,3}

¹ – LIBEC/CIFPEC, Universidade do Minho,

² – Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro,

³ – Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu.

1. O modelo biomédico de saúde

Embora actualmente se assuma o conceito holístico de saúde, a verdade é que o **modelo biomédico de saúde**, de carácter reducionista, tem vindo a dominar quase por absoluto a saúde individual e das populações. Este modelo, que emergiu no século XVII, veio sistematicamente a alicerçar-se na ciência e na técnica, que foram evoluindo à medida que se desenvolvia o conhecimento do mundo biológico por meio da observação, classificação e cálculo bem como pela construção de instrumentos de apoio técnico cada vez mais elaborados e sofisticados.

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

Por outro lado, a medicina tem vindo a ser vista como uma actividade intimamente ligada ao exercício do poder profissional (Stacey, 1988), uma vez que o controlo sobre a

saúde e a doença tem vindo a ser cada vez mais exercido pelos profissionais de saúde em detrimento das próprias pessoas. Na concepção de Foucault (referido por Revel, 2002:18) trata-se da gestão política da vida, ou "*biopolítica*", que tem como objectivo "*gerir as populações pela institucionalização de verdadeiros programas de administração da saúde, da higiene, etc.*".

2. A promoção da saúde

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

Já Antonovsky em 1987 (1987; 1993 – referido por Katz & Peberdy, 1998) se interessou, não pelas causas que levam à doença, mas antes pelas causas que conduzem a uma boa saúde, numa **abordagem "salutogénica"**. Neste quadro conceptual, a ênfase é dada às causas que permitem que as pessoas se mantenham saudáveis, considerando que os agentes de stress e de perturbação podem ser evitáveis ou contornáveis, pelo que a relação dinâmica entre o indivíduo e o seu ambiente torna-se extraordinariamente relevante. Neste sentido, é essencial que as pessoas criem recursos próprios e adquiram competências para se poderem debater permanentemente com tais agentes de perturbação, criando um "sentido de coerência" que é conseguida com a integração das seguintes três componentes, propostas por Antonovsky (1987 – referido por Katz & Peberdy, 1998):

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

A combatividade depende não só dos recursos pessoais, mas também do relacionamento com os outros e do apoio social e ambiental. Assim, neste quadro salutogénico, é dada grande ênfase não só às próprias pessoas mas também ao suporte social e ambiental que lhes é proporcionado. O paradigma salutogénico faz uma ponte interessante entre o modelo médico e o chamado **modelo social de saúde** que propõe que para melhorar a saúde das pessoas e das populações é necessário dar atenção às causas mais a montante, como factores socio-económicos, de habitação, de nutrição e de higiene pessoal e social.

3. A educação para a saúde na prevenção de comportamentos de risco

Neste contexto, a **Educação para a Saúde** e a **Literacia para a Saúde** surgem como ferramentas fundamentais para o processo de capacitação (ou *empowerment*) das populações. Para além disso, a Educação para a Saúde e a Literacia para a Saúde são essenciais para que os indivíduos adquiram competências para saberem tratar da sua saúde e podê-la melhor no seu dia-a-dia (Carvalho, 2003).

É actualmente reconhecido que as campanhas de Educação para a Saúde, nomeadamente para a prevenção de comportamentos de risco, que se focalizam apenas na transmissão de informação, sem ter em conta as circunstâncias sociais e económicas dos indivíduos, não atingiam os resultados esperados em termos de impacto nos comportamentos de saúde (Scriven 1996). Assim, mais recentemente, os programas de Educação para a Saúde tendem a preocupar-se não só com o contexto social para a possibilidade de tomadas-de-decisão comportamentais, mas também em ajudar as pessoas a desenvolverem competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis (Jones e Naidoo, 1997;

Ewles e Simnett, 1999). O forte impacto desta nova área de conhecimento e de intervenção social levou ao surgimento de diversas tentativas para se definir “Educação para a Saúde”, sendo a conceptualização proposta por Tones e Tilford (1994:11) a mais bem aceite actualmente:

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

Embora nos meios profissionais competentes esta definição nada tenha de discutível, há ainda quem acredite que os estilos de vida não-saudáveis são exclusivamente devido à ignorância das pessoas e, conseqüentemente, ficam altamente surpreendidos quando verificam que os indivíduos persistem nas suas formas de vida mesmo depois de "bombardeados" com grandes quantidades de informação.

Esta visão simplista baseia-se na fórmula de que o **Conhecimento (C)** por si só conduz às **Práticas (P)**, ou seja, que “C implica P”. Ora C é condição necessária mas não suficiente para que ocorra P e por isso teremos de inserir “A” - de **Atitude** entre C e P. Assim a fórmula mais apropriada será: “C – A – P”, indicando-nos que para além do *Conhecimento* adquirido, as *Atitudes* terão de ser mudadas para que se possa processar a adopção de novas *Práticas* (ou comportamentos) saudáveis.

A definição de Educação para a Saúde anteriormente referida incorpora implícita e explicitamente muitos dos factores que influenciam as **tomadas-de-decisão**. Consideremos, por exemplo, o que poderá influenciar a tomada-de-decisão de uma pessoa na sequência de uma intervenção educacional sobre a prevenção do consumo excessivo de álcool. É óbvio que, antes de mais, seria necessário transmitir-lhe algum conhecimento sobre a natureza do álcool e dos seus efeitos nefastos no organismo. Isto é, a pessoa precisaria de ficar a saber os

níveis de álcool dos diversos tipos de bebidas bem como os respectivos limites recomendados para um consumo regrado das mesmas.

Embora necessário, este conhecimento poderá não ser suficiente para que a pessoa adopte a “mensagem de saúde” que lhe foi transmitida. Será necessário um conjunto de apoios para a sua atitude perante o álcool, como por exemplo, ser-lhe dada a oportunidade de adquirir competências de interacção social para que possa resistir à pressão dos seus pares num meio propício ao consumo exagerado de álcool, como em bares ou discotecas.

É assim que o famoso “**modelo de convicção de saúde**” (*i.e. Health belief model*) oferece uma óptima orientação para as campanhas de "Educação para a Saúde" (Sidell 1997), apresentando, contudo, algumas limitações que têm a ver com o eventual conflito entre a mensagem de saúde recebida pela pessoa e o seu sistema de valores individuais, situação que é particularmente crítica quando valores morais ou religiosos são postos em jogo. Outra situação limitativa deste modelo verifica-se no caso de indivíduos — normalmente jovens — que embora possam estar convictos da sua susceptibilidade a um dado risco de saúde, insistem nessas práticas radicais pelo próprio prazer de viverem as experiências no seu limite máximo.

Neste campo, os **factores psico-sociais** e **ambientais** revestem-se de especial relevância, contribuindo directamente para o *empowerment* (ou aquisição de competências) para a tomada-de-decisões para estilos de vida saudáveis e para evitar comportamentos de risco de saúde. Nestas circunstâncias, o *empowerment*, tanto individual como colectivo, constitui um objectivo-chave da educação e promoção da saúde (Tones, 1997). Por exemplo, uma pessoa com hábitos de excessivo consumo de álcool tem, antes de mais, de sentir a motivação para modificar o seu comportamento alcoólico e terá então de adquirir competências para evitar circunstâncias ambientais propícias ao consumo excessivo. Para tal, precisa de adquirir competências (*i*) para resistir à pressão social, (*ii*) para resistir à tentação

de beber em excesso por meio de competências auto-reguladoras, e (iii) para arranjar compensações que lhe sejam gratificantes.

Assim, a educação para a saúde no âmbito da prevenção de comportamentos de risco, tem de ter em conta não só a informação técnico-científica mas também, e sobretudo, a aquisição de competências ("empowerment") para atitudes conscientes para com os riscos em saúde, sendo para tal importante desenvolver os níveis de literacia para a saúde das pessoas e das populações.

Referências:

- Carvalho, G. S. (2003) Literacia Para a Saúde: Um Contributo Para a Redução das Desigualdades Em Saúde. In Leandro, M. et al. (org.) *Saúde. As teias da discriminação social*. Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- Cochrane, A.L. (1972) *Effecectiveness and Efficiency*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Ewles, L. & Simnett, I. (1999). *Promoting health - A practical guide*. London: Baillière Tindall.
- Illich, I. (1975) *Medical Nemesis, Part 1*. London: Calder and Boyers.
- Jones, L. & Naidoo, J. (1997). Theories and models in health promotion. In J. Katz & A. Peberdy (Eds.), *Promoting health - knowledge and practice* (pp. 75-88). London: Macmillan Press.
- Katz, J. e Peberdy, A. (1998) *Promoting Health: Knowledge and Practice*. London: MacMillan.
- Marmot, K.G. e McDowall, ME. (1986) Mortality decline and widening social inequalities. *The Lancet*, 2 August, 274.
- McKeown, T. e Lowe, C.R. (1974) *An Introduction to Social Medicine*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Revel, J. (2002) *Le vocabulaire de Foucault*. Paris: Ellipses.
- Sidell, M. (1997a). Supporting individuals and facilitating change: the role of counselling skills. In J. Katz & A. Peberdy (Eds.), *Promoting health - knowledge and practice* (pp. 133-154). London: Macmillan Press.
- Scriven, A. (1996). The impact of recent government policy on the provision of health education in schools. In A. Scriven & J. Orme (Eds.), *Health promotion - professional perspectives* (pp.119-128). London: Macmillan Press.
- Stacey, M. (1988) *The Sociology of Health and Healing*. London: Unwin Hyman.
- Tones, K. (1997) Health education as empowerment. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz & A. Peberdy (Eds.), *Debates and dilemmas in promoting health - A reading*. London: Macmillan.
- Tones, K. e Tilford, S. (1994). *Health education - effectiveness, efficiency and equity*. (4ª Ed.) London: Chapman & Hall.