

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

AS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE – A PASSAGEM À AÇÃO

Maria Cristina Faria¹ (✉ mcfaria@ipbeja.pt)

¹Instituto Politécnico de Beja, Portugal

A compreensão da saúde numa perspetiva 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, p. 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). Do entendimento dos problemas até às propostas de intervenção e sua concretização podemos observar múltiplas estratégias, medidas e atores.

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. in Buss, 2012, p. 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. in Buss, 2012, p. 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. in 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. in 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 adoptadas 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. Neste contexto, 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, p. 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. Em Maio de 1974 foi divulgado o documento *“A New Perspective on the Health of Canadians”*, 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 morbidade 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 Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*” (WHO/UNICEF, 1978, cit. in Faria, 2017) 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. Na Conferência enfatizou-se que a saúde é um direito humano fundamental e chamou-se a atenção para temas como: a existência da desigualdade no estado de saúde dos povos; 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 continuado de assistência à saúde; e a 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, cit. in Faria, 2017) e o seu documento final, a Carta de Ottawa (WHO, 1986b, cit. in Faria, 2017), que constitui uma referência até aos dias de hoje. Em 1987, a zona regional da OMS na defesa dos interesses de 33 países da região constitui 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*”.

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) (cf. Quadro 1).

Os países industrializados observam uma medicalização crescente da saúde na sociedade e nos sistemas de saúde pelo que optam por investir no compromisso mundial para a promoção da saúde. 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. in Buss, 2000, p. 170), destacando-se três estratégias fundamentais para a sua concretização: defesa da saúde; capacitação e mediação. 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*” compreendendo dezassete “*Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*” (ODS) (cf. Quadro 2), que devem ser implementados por todos os países do mundo até 2030 (United Nations, 2015).

Quadro 1

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 “ <i>A New Perspective on the Health of Canadians</i> ”, designada também como “ <i>Informe Lalonde</i> ” (1974).	
– Compromisso da OMS com os “ <i>Objetivos da Saúde Para Todos</i> ” (1977).	
– Conferência Internacional UNICEF / OMS sobre “ <i>Cuidados de Saúde Primários</i> ” 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 “ <i>International Conference on Health Promotion in Industrialized Countries</i> ”	Tendo como base a repercussões da Declaração sobre os “Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata” e o documento da OMS “ <i>As Metas da Saúde para Todos</i> ” foi provado um documento designado de “ <i>Carta de Ottawa</i> ” que apresenta as orientações para se atingir a “Saúde para Todos no ano 2000” e seguintes. “ <i>The Ottawa Charter for Health Promotion</i> ”
Adelaide, Austrália (5-9 Abril de 1988), Segunda Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “ <i>Healthy Public Policy</i> ”	Deu continuidade às orientações estabelecidas em Alma-Ata e em Ottawa, em particular, no que respeita às políticas públicas saudáveis. “ <i>Declaração de Adelaide</i> ” “ <i>Políticas Públicas Saudáveis</i> ” “ <i>Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy</i> ”
Sundsvall, Suécia (9-15 de Junho 1991), Terceira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “ <i>Health Promotion: Supportive Environments for Health</i> ”	Deu continuidade às preocupações iniciadas nos anos 70, em particular, às reuniões sobre “ <i>Políticas Públicas Saudáveis</i> ” (Adelaide, 1988) e “ <i>Chamada para a Ação: Promoção da Saúde nos Países em Desenvolvimento</i> ” (Genebra, 1989) e considerou a temática e o apoio a “ <i>Ambientes Favoráveis à Saúde</i> ”. “ <i>Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health</i> ”
Jakarta, Indonésia (21-25 Julho de 1997), Quarta Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “ <i>New players for a new era - leading health promotion into the 21st century</i> ”	A “ <i>Declaração de Jacarta</i> ” apresenta uma visão para a Promoção da Saúde no século XXI. “ <i>Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century</i> ”
Cidade do México, México (5-9 de Junho, 2000), Quinta Conferência Mundial para a Promoção da Saúde “ <i>The Fifth Global Conference on Health Promotion – Health Promotion: Bridging the Equity Gap</i> ”	Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde “ <i>Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health</i> ”
Bangkok, Tailândia (7-11 Agosto de 2005), Sexta Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “ <i>Policy and Partnership for Action: Addressing the Determinants of Health</i> ”	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. “ <i>Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num mundo Globalizado</i> ” “ <i>Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world</i> ”
Nairobi, Quênia (26-30 Outubro de 2009), Sétima Conferência Internacional para a Promoção da Saúde “ <i>Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap</i> ”	“ <i>Chamada para a Ação de Nairobi</i> ” 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 “ <i>Declaração de Nairobi</i> ” “ <i>Declaration of the Nairobi Call to Action</i> ”
Eventos anteriores à Conferência Mundial de Promoção de Saúde de Helsínquia e de Xangai (2010-2012)	
A <i>Estratégia Europa 2020</i> (2010-2020) contém oportunidades para as organizações de luta contra a pobreza.	
A “ <i>Agenda Global de Saúde</i> ” da OMS (2012) dá visibilidade à política da saúde que deve estar presente na agenda económica.	
A “ <i>Estratégia Saúde 2020</i> ” (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 “ <i>Health in All Policies</i> ”	“ <i>Declaração de Helsínquia sobre a saúde em todas as políticas</i> ” Saúde em Todas as Políticas: Estrutura para Ação em Países “ <i>Building on our heritage, looking to our future</i> ” “ <i>The Helsinki statement on Health in All Policies</i> ”
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 “ <i>Agenda de Desenvolvimento Sustentável para 2030</i> ” formada por dezassete “ <i>Objetivos de Desenvolvimento Sustentável</i> ” (ODS), que devem ser implementados por todos os países do mundo durante um período de 15 anos, até 2030.	
A “ <i>22^a Conferência Mundial de Promoção da Saúde: Promovendo Saúde e Equidade</i> ” 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 “ <i>Promoting health in the Sustainable Development Goals: Health for all and all for health</i> ”	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. “ <i>Declaração de Xangai</i> ”

Fonte: M.C. Faria (2017, p. 56).

Quadro 2

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 gênero 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 econômico sustentado, 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 “ <i>Convenção Quadro das Nações Unidas para as Alterações Climáticas</i> ” (CQNUAC, em Portugal) é o principal fórum internacional intergovernamental para negociar a resposta global às alterações climáticas

Fonte: M.C. Faria (2017, 63), 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.

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, cit. Faria, 2017). Foi neste clima que em Xangai, na China (20-24 de Novembro, 2016), decorreu a “9ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde” que 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, cit. in Faria, 2017).

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, cit. in Faria 2017), que destaca: (1) Reconhecimento de que a saúde e o bem-estar são essenciais para alcançar desenvolvimento sustentável; (2) Promoção da saúde ocorrerá através da ação em todos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS); (3) Tomada de opções políticas audaciosas para a saúde; Boa governação é essencial para a saúde; (4) Cidades e comunidades são ambientes determinantes para a saúde; Literacia em saúde capacita e impulsiona a equidade; e (5) 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 de investimento financeiro na promoção da saúde tendo sido acordados compromissos nesse sentido (WHO, 2016b, cit. in Faria, 2017).

DISCUSSÃO

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 adoptado

por todos os países desenvolvidos (Ribeiro, 2010). Estamos de acordo com Breslow (1989) em que hoje, mais do que nunca, 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, p. 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. Esta visão abrange a atenção à população a nível local e global, e não se circunscreve apenas aos doentes. Significa ainda considerar as responsabilidades individuais *versus* comunitárias para a saúde e pensar na alegada medicalização da vida e poluição do ambiente. Na perspetiva da promoção da saúde a focagem visa manter o nível de saúde e fortalecer o potencial (recursos) para a saúde do indivíduo, da sua família, da sua comunidade, da sua sociedade e do seu ambiente no planeta terra.

REFERÊNCIAS

- 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. In D. Czeresnia & C. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 19-42). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Czeresnia, D., & Freitas, C. (Orgs.). (2012). *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Faria, M. C. (2017). *A psicologia na interface com a promoção da saúde e o bem-estar*. Beja: Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja (108 p). Disponível em <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4768>
- 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. Retrieved from www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf

- Leavell, C., & Clark, E. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Ribeiro, J. (2004). A avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, *XXIII*, (2), 387-397.
- 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* (pp. 1-25). United Nations. Retrieved from http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E