

Psicologia da Saúde: Contributos para uma Abordagem Interdisciplinar da Educação para a Saúde

Maria Cláudia Perdigão Andrade *



Com vista a uma valorização do papel da Psicologia da Saúde, no âmbito da Medicina Preventiva e da Saúde Pública, apresentamos a seguinte reflexão teórica que se reporta às principais coordenadas do moderno conceito ecológico de Saúde e de Doença, bem como ao enquadramento geral da Medicina Preventiva e da epidemiologia face ao comportamento perante a Saúde.

As questões que são equacionadas pretendem transmitir a necessidade de uma fundamentação teórico-prática de convergência interdisciplinar em torno da promoção da Saúde.

1. Conceito Ecológico da Saúde e da Doença

A Saúde e a doença não são mais do que o equilíbrio dinâmico / biológico entre o Homem e o seu Ambiente, ou seja, o resultado da recíproca acção ecológica entre o indivíduo e o mundo. A Saúde é uma adaptação a esse meio e a doença um desajuste ou inadaptação. Portanto, a doença é parte da biologia, ou seja, da ecologia humana, já que resulta do impacto entre o homem e o seu mundo circundante, do equilíbrio ecológico na adaptação do indivíduo perante a multiplicidade de factores causais provenientes do seu exterior, e não só. Quer dizer que tanto a doença como a Saúde são

fenómenos ecológicos sujeitos, por conseguinte, a “leis” biológicas.

Segundo PIRES (1986), citando MATARAZZO, os conceitos de patogénese e imunogénese comportamental foram criados para designar, respectivamente, os factores de risco e defesa que no presente século dão conta das principais causas de morte.

Tendo em mente a importância desses conceitos (já que nos dão conta de uma real mudança quanto aos percursos saudáveis na prevenção das mesmas) podemos referir, brevemente, alguns dos patogénese e imunogénese psicossociais.

Assim, podemos falar nas pessoas com personalidade tipo A que são, de acordo com SULS (1990), indivíduos que ao nível das emoções/acções se caracterizam por uma luta contínua e vigorosa por objectivos e que de um modo geral se

* Mestre em Psicologia Social; Assistente do Instituto Superior Bissaya Barreto – Coimbra.

apresentam como competitivas, “viciadas” no trabalho, agressivas e apressadas. Este modo de encarar a vida torna o indivíduo mais propenso a uma série de doenças (nomeadamente doenças coronárias) e, potencialmente, até à morte prematura, sendo o risco duas vezes maior do que na população em geral.

Conhecidos patogénos são o tabaco, com os seus efeitos nefastos para o fumador e não só, e o álcool que é causador de diversas perturbações psicológicas, bem como, no caso de mães alcoólicas da possibilidade de nascimento de filhos com sérias malformações. Ainda, será de referir os erros alimentares, mais concretamente, a alimentação em excesso que conduz à obesidade e ao risco de sofrer de hipertensão, diabetes e / ou doenças cardíacas entre muitas outras. Para PIRES (1986), existem ainda outros patogénos entre os quais o autor destaca como exemplos não fazer avaliações periódicas da pressão sanguínea, o uso excessivo de sal, a não utilização dos cintos de segurança e conduzir a velocidade excessiva.

No que se refere aos imunogénos e ainda de acordo com PIRES (1986), citando o “Alameda Country Study” (projecto longitudinal que envolveu 6 928 pessoas de uma mesma comunidade urbana e que se centra sobre os efeitos do estilo de vida, na Saúde), são sete os factores altamente correlacionados com a Saúde, a saber: 1. Dormir entre 7 e 8 horas/noite; 2. Tomar pequeno almoço quase diariamente; 3. Nunca ou raramente comer entre as refeições; 4. Estar dentro do peso adequado; 5. Nunca fumar cigarros; 6. Não consumir, ou consumir moderadamente, álcool e 7. Praticar regularmente exercício físico.

Deste modo, se destaca o papel preponderante dos imunogénos psicossociais que se inserem num contexto essencialmente preventivo, em que o fim a prosseguir será o bem estar da população.

2. A Medicina Preventiva, no contexto da Psicologia da Saúde

O comportamento face à Saúde, quer em termos pessoais, quer em relação a terceiros, é

particularmente relevante a nível da Medicina Preventiva. A Organização Mundial de Saúde estabeleceu o objectivo de Saúde para todos no ano 2000 (W.H.O., 1990). Tal desidrato requereu a implementação de adequados programas de Medicina Preventiva e de Saúde Pública. De acordo com THIER (1990), considera-se indispensável a participação de profissionais de Saúde não Médicos, nos serviços de medicina Preventiva. Uma integração bem sucedida dos Serviços Preventivos nos cuidados primários de Saúde requer, por seu turno, uma efectiva interacção entre pacientes, Médicos e os Serviços e Cuidados de Saúde. Assim, a mudança de perspectiva inerente à Medicina Preventiva implica alterações a nível sócio-cognitivo (atitudes, crenças, expectativas) e a nível da prática médica, bem como a nível do comportamento da população em geral, na opinião de SCUTCHFIELD (1989). Os desafios da Medicina Preventiva requerem atitudes, crenças e práticas dos Médicos mais positivas acerca da prevenção e da avaliação dos factores de risco comportamental dos pacientes. Por exemplo, a detecção precoce da depressão, no contexto da prevenção do suicídio, é paradigmática a este título. Por outro lado, a Prevenção requer um maior envolvimento e uma mudança de atitudes, crenças e comportamentos por parte dos utentes.

As linhas de força traçadas acerca da Medicina Preventiva implicam directamente a área da Psicologia de Saúde, na medida em que esta diz respeito ao agregado das contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da disciplina da Psicologia para a promoção e manutenção da Saúde, a prevenção e tratamento da doença, a identificação dos correlatos etiológicos e de diagnóstico da Saúde, doença e disfunções associadas, bem como a análise e melhoramento do sistema dos cuidados de Saúde e organização da política de Saúde (MATARAZZO, 1980).

Aliás, quer a Medicina Comportamental, quer a Saúde Comportamental, enquanto campos interdisciplinares, são subsidiárias da Psicologia da Saúde.

Neste campo interdisciplinar, a Medicina Comportamental foi a área pioneira, no quadro da qual a Psicologia da Saúde é uma das mais importantes disciplinas (PIRES, 1986).

De um modo mais específico, podemos considerar que a Medicina Comportamental é o campo interdisciplinar respeitante ao desenvolvimento e integração dos conhecimentos das Ciências Biomédicas e das Ciências do Comportamento, bem como das técnicas relevantes na Saúde e na doença, e à aplicação deste conhecimento e destas técnicas, à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Assim, a Medicina Comportamental designa um vasto campo de investigação, educação e prática científica que abarca, quer a Saúde quer a doença, quer, ainda, as disfunções afins (v.g.hipertensão essencial, colesterolémia, stress, tabagismo, obesidade, etc.). Por seu turno, o termo Saúde Comportamental delimita uma nova subespecialidade interdisciplinar da Medicina Comportamental especificamente dedicada à promoção e manutenção da Saúde, à Prevenção da doença e de disfunções em pessoas habitualmente saudáveis (MATARAZZO, 1980).

3. Níveis de Prevenção

Durante muito tempo o termo Prevenção foi utilizado para designar um conjunto integrado de actividades e programas pouco relacionados entre si. Todavia, é uma prática comum dividir o domínio técnico da Prevenção em três níveis, a saber: Prevenção Primária, Secundária e Terciária.

Dado que os tipos Primário e Secundário de Prevenção proporcionam verdadeiras alternativas ao modelo médico tradicional, constituem mais claramente objectivos preventivos. As Prevenções Terciária e Secundária avançada, ao contrário, coincidem em maior grau com as perspectivas tradicionais. Um dos objectivos preventivos primários (centrado no sistema) trata de estabelecer os meios que facilitem a optimização do bem estar. Este nível requer muito trabalho, em muitas situações, para identificar os factores que favorecem o crescimento e o desenvolvimento saudáveis, nomeadamente através de estudos de Prevenção orientados em Instituições, Escolas, família, etc. ... Os métodos preventivos centrados na pessoa

constituem um outro grupo principal de intervenções preventivas. Estes métodos tratam de promover, nos indivíduos, atitudes, competências e comportamentos preventivos contra problemas futuros.

Estes últimos métodos podem, por exemplo, centrar-se nas pessoas em crise ou nos adolescentes.

Muitos dos programas preventivos baseiam-se na intervenção de profissionais de Saúde não Médicos.

O conceito de Prevenção está longe de ser claro, de modo que a sua aceitação deve decorrer dos aspectos específicos que cada um dos seus níveis operacionais comporta. A promoção da Saúde e a protecção específica contra certas doenças, reduzindo a incidência, na Prevenção Primária. O diagnóstico precoce e o tratamento imediato, bem como a limitação dos danos, reduzindo a prevalência na Prevenção Secundária. A reabilitação e a reinserção social, reduzindo a prevalência, na Prevenção Terciária. Em resumo, à perspectiva curativa e reabilitadora da posição tradicional da Medicina, contrapõe-se a perspectiva promotora e construtiva da posição preventiva da Medicina moderna.

Seguidamente, apresentamos uma sinopse dos níveis de Prevenção de acordo com a W.H.O. (1990):

A) *Prevenção Primária*: dirige-se ao período pré-patogénico, procurando promover um estado óptimo de Saúde, proteger especificamente o Homem contra os agentes das doenças e estabelecer barreiras contra os agentes ambientais.

De forma resumida: evitar a ocorrência da doença.

Pode ainda dividir-se em dois níveis:

Primeiro nível: Fomento da Saúde.

1. Objectivos:

- criar as condições mais favoráveis para resistir ao ataque da doença;
- aumentar a resistência do indivíduo e colocá-lo num ambiente favorável à Saúde;
- criar um ambiente desfavorável à doença.

2. Medidas:

- educação para a Saúde;
- alimentação e estado nutricional adequados à fase de crescimento e desenvolvimento do indivíduo e outros estados fisiológicos;
- condições favoráveis para o óptimo desenvolvimento da personalidade;
- habitação adequada, lazer e condições agradáveis no lar e no trabalho;
- educação sexual, aconselhamento pré-matrimonial e planeamento familiar;
- exames de Saúde periódicos a grupos aparentemente saudáveis;
- estudos de genética e aconselhamento genético.

Segundo nível: Protecção específica.

1. Objectivos:

- proteger especificamente contra determinadas doenças.

2. Medidas:

- imunizações específicas;
- adequada higiene pessoal;
- saneamento do meio;
- protecção contra os perigos do trabalho e acidentes;
- ingerir os nutrientes necessários, em quantidade e qualidade;
- protecção contra alérgenos e cancerígenos.

B) *Prevenção Secundária:* quando a doença é detectada nos primeiros momentos do período patogénico, adoptam-se medidas de prevenção do diagnóstico precoce e tratamento adequado e precoce. Mas, se o processo é detectado tardiamente, um tratamento adequado pode prevenir sequelas e limitar os danos.

Terceiro nível: Diagnóstico precoce e tratamento imediato.

1. Objectivos:

- curar e deter o processo da doença;
- prevenir a propagação das doenças transmissíveis;
- prevenir as complicações e sequelas;
- prevenir as incapacidades prolongadas.

2. Medidas:

- descoberta de casos de doença nos primeiros estádios (nos indivíduos);

- descoberta de casos individuais em grupos de população: rastreio;
- estudo de grupos para detectar a doença;
- exames periódicos selectivos a certos grupos da população;
- tratamento imediato e adequado dos casos descobertos.

Quarto nível: Limitação das consequências - Complicações e sequelas.

1. Objectivos:

- evitar o “mal maior”;
- prevenir ou retardar as consequências de uma doença clinicamente avançada.

2. Medidas:

- tratamento adequado para impedir um estágio mais avançado da doença e para prevenir mais complicações e sequelas;
- prover serviços para limitar as consequências e prevenir a morte.

C) *Prevenção Terciária:* aplica-se quando a doença progrediu até aos últimos estádios da patogénese e se alcançou o “handicap”. A reabilitação pode evitar uma inutilidade completa e absoluta e o desmoronamento psicológico e social do indivíduo.

Quinto nível: Reabilitação.

1. Objectivos:

- reintegrar o indivíduo como sujeito útil da e à sociedade;
- obter o máximo uso das capacidades remanescentes.

2. Medidas:

- serviços nos hospitais, comunidade e indústria, para o treino e educação do incapacitado, com o fim de obter o uso máximo das capacidades residuais;
- educação da comunidade no sentido de reintegrar os reabilitados;
- máximas facilidades de emprego para o reabilitado;
- terapêutica ocupacional nos hospitais;
- medidas de segurança no trabalho;
- colocação selectiva do reabilitado, tratando de aproveitar ao máximo as suas capacidades restantes.

4. Epidemiologia e Factores de Comportamento face à Saúde

A Epidemiologia, enquanto método, baseia-se no pressuposto de que um exame cuidadoso dos factores relacionados com um determinado problema poderá ajudar a descobrir os princípios para a compreensão dos mecanismos nele envolvidos (BUTCHER e PFEFFER, 1986). Isto sugere a possibilidade de uma Epidemiologia do comportamento relativa à Saúde: o estudo das diferenças de atitudes e de comportamento das pessoas pode fornecer uma melhor compreensão acerca de como as pessoas agem e solicitam intervenção.

O comportamento das pessoas face à Saúde distribui-se ao longo de um vasto espectro que varia desde as acções para manter e promover positivamente a Saúde, até aquelas envolvidas na doença e na morte. Para KASL e COBB (1966), o comportamento face à Saúde é uma actividade levada a cabo por uma pessoa que se considera a si mesma saudável com o propósito de prevenir a doença ou detectar a doença num estado assintomático. Obviamente que esta actividade pode dizer respeito à própria pessoa, tal como se passa na obtenção de imunizações, ou relativamente a outras pessoas, tal como os pais que levam o seu filho ao pediatra para um check-up, ou uma mulher que procura os cuidados pré-natais para o seu filho que ainda não nasceu.

Na definição apresentada, o comportamento face à Saúde envolve uma grande diversidade de acções. Algumas delas são medicamente orientadas e verdadeiramente preventivas: as imunizações são o melhor exemplo. Outras envolvem o rastreio ou detecção tal como o verdadeiro check-up, mas não previnem realmente nada (excepto, talvez, uma desnecessária ansiedade).

Muito mais complexos são os comportamentos face à Saúde envolvendo o estilo de vida e as acções repetitivas do dia-a-dia (BRUCE e BURNETT, 1991). A dieta, o exercício, evitar de hábitos e factores de risco, lavar os dentes e o uso de medidas de segurança são tipicamente dependentes de uma

prática voluntária e disseminados nos hábitos da vida quotidiana. Estes comportamentos são mais difíceis de mudar e de manter do que outros, além de estarem menos relacionados com um sistema formal de cuidados de Saúde. Assim, um aspecto do comportamento preventivo diz respeito aos tipos de acções envolvidas com vista à promoção da Saúde.

Os comportamentos de Saúde medicamente orientados parecem mostrar um certo grau de uniformidade geral, no que se refere aos dados sobre quem neles participa (ROSENSTOCK, 1974).

Virtualmente, qualquer comportamento preventivo deste tipo encontra-se fortemente associado ao estatuto sócio-económico e apresenta marcadas diferenças sexuais (favorecendo as mulheres).

Estas diferenças no estatuto sócio-económico persistem mesmo quando o custo dos cuidados é removido enquanto barreira, ou quando as diferenças de rendimento são parcialmente esbatidas. As diferenças entre os sexos persistem mesmo fora do contexto de qualquer comportamento relacionado especificamente com a Saúde dos filhos.

Da constelação de variáveis reunidas sob o estatuto sócio-económico, o rendimento é, sem dúvida, importante quando os custos estão envolvidos, mas a educação constitui, por si só, um factor muito mais significativo. Estas relações verificam-se em muitos comportamentos relativos à Saúde: lavar os dentes, medidas de segurança, etc. Os comportamentos face à Saúde, contudo, não são de qualquer modo lineares, relativamente a um mesmo indivíduo, ainda que os níveis entre os grupos difiram.

Parece consistente uma certa relação entre os diferentes comportamentos medicamente orientados, ainda que estas correlações sejam habitualmente moderadas, por exemplo, entre a imunização das crianças, os cuidados maternos pré-natais e o check-up dentário. Os diferentes tipos de comportamento preventivo não medicamente orientados (v.g. limitações calóricas, check-ups médicos, fumar, uso de cintos de segurança) podem apresentar uma baixa interrelação.

Existem aspectos específicos, situacionais e normativos para cada tipo de comportamento

preventivo. Os Serviços de Saúde não têm um acesso uniforme e geral; alguns comportamentos preventivos têm motivos que não se relacionam com a Saúde; a importância atribuída pelos sujeitos aos diferentes aspectos da Saúde podem assumir níveis muito desiguais. Um outro aspecto do comportamento preventivo pode, ainda, ser mencionado. Sejam quais forem os factores subjacentes às decisões de participar ou procurar os serviços médicos, tais factores podem não estar associados à continuação ou adesão às medidas preventivas e aos tratamentos. Isto parece ser muito relevante, no abandono do hábito de fumar, na actividade física e na utilização de contraceptivos.

5. Aspectos psicológicos da adesão (*Compliance/Adherence*) aos comportamentos preventivos

Nesta secção procuramos analisar a importância dos factores psicológicos e sociais da adesão (*compliance* ou *adherence*) aos comportamentos preventivos, isto é, procurar esclarecer quem age preventivamente, como age e porque age, ou, por outras palavras, quais as razões que promovem tal atitude, que características do indivíduo o levam a aderir ou não à prevenção, em que medida a tomada prévia de um comportamento deste tipo pode influenciar a tomada de outro, etc.

Para obter uma melhor visão acerca de como os indivíduos agem e solicitam intervenção, no campo da Saúde, é necessário estudar as diferenças de atitudes e comportamentos desses mesmos indivíduos. Surge, assim, uma epidemiologia do comportamento relacionada com a Saúde.

O comportamento das pessoas face à Saúde envolve múltiplas acções, que tanto podem ser preventivas, como o rastreio e a detecção, como podem ser medicamente orientadas, mas na realidade não previnem.

Verificam-se vários aspectos específicos, situacionais e normativos para cada tipo de comportamento preventivo. E há sempre que considerar os comportamentos preventivos

orientados medicamente ou não, verificando-se que muitos comportamentos deste género têm motivos que não se relacionam com a Saúde. Convém, desde já, focar que os indivíduos que agem preventivamente são aqueles que, à partida, promovem os “imunogenes” em detrimento dos “patogenes”, pertencendo estes indivíduos, de um modo geral, a grupos sociais com acesso a um nível de informação e de educação considerado médio ou superior.

Por outro lado, certas convicções baseiam-se em equívocos, informações erradas, distorções da verdade e mitos culturais resultantes de uma informação e educação de certo modo deficitária, contribuem, logicamente, para uma não adesão (*compliance* ou *adherence*) aos comportamentos preventivos. Parece-nos que o esclarecimento dos factores psicológicos da adesão e das suas causas constitui um pilar importante de estudo, permitindo retirar algumas implicações relevantes para a Psicologia da Saúde e para a epidemiologia do comportamento relacionado com a Saúde.

A adesão deve considerar-se um fenómeno dinâmico e complexo, que pode alterar-se com o tempo. O facto de um indivíduo aderir a um comportamento preventivo, não significa que, muitas vezes, aja da mesma forma, relativamente a outros cursos de acção.

O termo adesão é usado para implicar um envolvimento voluntário maior e mais activo, num determinado comportamento aceite para produzir um resultado desejado, seja este preventivo ou terapêutico. O termo comporta, ainda, a escolha e a mutualidade, no planeamento e na implementação de um comportamento preventivo, sendo muito mais do que uma simples aceitação, designação geralmente utilizada para fazer referência à “obediência cega”, por parte de um indivíduo, às prescrições do profissional de Saúde, o que sugere um papel passivo por parte do sujeito.

Estudos realizados demonstraram que a adesão aos comportamentos preventivos se verifica, com maior relevância, em sujeitos de determinados estatutos sócio-económicos. A importância da situação social do indivíduo manifesta-se, nas seguintes vertentes, que levam à insatisfação e à

desmotivação, relativamente a um regime preventivo: a) Falta de apoios sociais; b) Falta de harmonia e apoio familiar; c) Residência precária; d) Ambiente que promove comportamentos de não adesão; e) Exigências que entram em conflito com o regime preventivo (pobreza, desemprego); f) Falta de recursos (dinheiro, tempo).

O conhecimento acerca dos determinantes da adesão às recomendações preventivas é, ainda, reduzido, mantendo-se num estado inicial de desenvolvimento científico. Os estudos efectuados, a este nível, incidem sobre o mesmo tipo de objectos, limitando-se a focar os factores psicológicos que diferenciam aqueles que aderem satisfatoriamente aos comportamentos preventivos daqueles que não o fazem.

Embora não tenha sido atribuída nenhuma relação consistente entre a adesão e variáveis tais como a idade, sexo, classe social, estado civil e características da personalidade, parece plausível que esta relação seja estudada uma vez que se poderá vir a verificar. No entanto, os médicos parecem dar mais ênfase à relação estabelecida entre a adesão e as características da personalidade. Podem considerar-se, os factores psicológicos, como verdadeiras “barreiras emocionais” à adesão aos comportamentos preventivos orientados para a Saúde.

Torna-se curioso verificar que o nível de adesão parece decrescer quando o regime recomendado é exactamente ao nível profilático, isto é, intervém numa altura em que não se verificam sintomas desagradáveis. Assim, como o indivíduo não se sente incomodado, também não se mostra receptivo a aderir a comportamentos preventivos tal como seria desejável.

Verifica-se, ainda, que os indivíduos insatisfeitos com qualquer tipo de experiência prévia (pessoal ou de terceiros) estarão mais sujeitos a rejeitar qualquer tipo de recomendação de natureza preventiva.

Quando o regime preventivo interfere no comportamento pessoal, altera o estilo de vida ou a rotina, o nível de adesão parece, também, decrescer.

Por outro lado, não podemos descuidar a importância da relação utente/profissional de Saúde (v. g., médico / doente), porque se a comunicação

entre estes for deficiente, o indivíduo desinteressar-se-á, à partida, mais facilmente do regime preventivo. Quer a percepção do indivíduo em relação à simpatia e à acessibilidade do profissional de Saúde, quer a convicção de que é tratado com respeito e tido em alta estima, influenciam, positivamente, o grau de adesão do sujeito. Ao estabelecer-se um grau de confiança elevado facilita-se a compreensão da informação prestada e motiva-se o indivíduo a colaborar.

Conclusão

Geralmente, sugere-se uma maior informação da população acerca de todas as áreas da Saúde, quer se trate de doenças do coração, do alcoolismo, do cancro, ou do planeamento familiar. Isto é, da Educação para a Saúde, quer a um nível formal, por exemplo, nas Escolas ou outras Instituições, quer a um nível informal.

Segundo ROGERS (1973), exceptuando algumas mensagens específicas, a maior parte dos profissionais de Saúde não tem uma estratégia de comunicação para atingir tais objectivos. De um modo científico, não conhecemos nada de muito concreto acerca disto. Quanto mais vastas forem as questões públicas envolvidas menos seguras serão as informações e as recomendações que podem ser feitas. Algumas vezes, as questões de Saúde são objecto de controvérsia.

Quanto mais os assuntos de saúde tocam valores e crenças implantadas, mais provável é que a controvérsia se desenvolva numa sociedade pluralista. As crenças das pessoas nos benefícios resultantes da adopção de comportamentos preventivos são frequentemente bastante específicos. Assim, de uma forma resumida, procurámos focar alguns dos factores psicológicos que condicionam a forma como os indivíduos actuam face aos regimes preventivos (favorável ou desfavoravelmente). Estes comportamentos abrangem um largo espectro, que vai desde a adesão consciente, passando pela complacência, à não adesão no pólo oposto. Verificámos, também,

que os indivíduos que à partida se encontram motivados para comportamentos preventivos básicos, reagem de forma positiva a regimes preventivos mais elevados. No entanto, existem vários factores psicológicos capazes de modificar este facto e condicionando, assim, diferentes padrões psicológicos de motivação.

Esta trata-se, com efeito, de uma área altamente promissora, que exige a maior atenção por parte da Psicologia da Saúde.

Acrescendo que o papel e a pessoa do profissional que presta os cuidados preventivos contribui decisivamente para a percepção do valor destes, parecendo um dado adquirido que as pessoas doentes seguem mais facilmente as recomendações feitas pelo seu próprio médico assistente. Este último aspecto leva a encarar a necessidade de integrar os cuidados Preventivos nos Cuidados Primários de Saúde, ou seja, ao nível privilegiado dos Médicos de família e dos profissionais de Saúde Pública, no contexto da relação Médico (profissional) - doente (paciente / utente).

O propósito do nosso trabalho foi o de perspectivar o interesse da Psicologia da Saúde para a Medicina Preventiva, tendo por objecto fundamental a promoção da Saúde e a Prevenção da doença.

Finalmente, é de salientar que as actividades de promoção da Saúde devem ser levadas a cabo com o concurso de um esforço interdisciplinar, no qual se destaca a Psicologia da Saúde.

Quer o Estado, através das organizações de Saúde Pública, por um lado, quer a Comunidade e a população por outro, necessitam de considerar as vantagens e os benefícios da promoção da Saúde e da Prevenção da doença, bem como de participar mutuamente para aumentar a eficácia e melhorar os resultados, através da mudança de comportamentos e de estilos de vida.

Para os contrariar, é necessário, segundo os mesmos autores, implicar, quer o público, quer os profissionais de Saúde, no reconhecimento do valor da prática dos comportamentos Preventivos.

Quanto a nós, o contributo da Psicologia da Saúde no domínio do estudo dos conhecimentos, das atitudes, das crenças (e outras variáveis sócio-cognitivas) e dos comportamentos face à Saúde,

reveste uma importância decisiva para alcançar o objectivo proposto pela O.M.S. "Saúde para todos".

Bibliografia

BRUCE, N. & BURNETT, S. – Prevention of lifestyle related disease: general practioners' views about their role, effectiveness and resources. *Family Practice*, 8, 1991, 373-377.

BUTCHER, P. & PFEFFER, J. M. – The behavioral approach in medical practice. *British Journal of Hospital Medicine*, 36, 1986, 209-215.

DANFORD, D. E. & STEFHESON, M. G. – Healthy people 2000: development of nutrition objectives. *Journal American Diet Association*, 91, 1991, 1517-1519.

HENRY, R. C., OGLE, K. S. and SNELLMAN, L. A. – Preventive medicine: physician practices, beliefs and perceived barriers for implementation. *Family Medicine*, 19, 1987, 110-113.

KASL, S. & COBB, S. – Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. *Archives Enviromental Health*, 12, 1966, 246-266.

MATARAZZO, J. D. – Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 1980, 808-817.

PIRES, C. M. L. – Psicologia da Saúde: As Novas Fronteiras da Psicologia. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XX, 1986, 279-300.

ROGERS, E. – *Communication Strategies for Family Planning*. 1973, Free Press: New York.

ROSENSTOCK, I. – The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monography*, 2, 1974, 354-386.

SCUTCHFIELD, F. D. & MOOR, C. – Preventive attitudes, beliefs and practices of physicians in fee-service and health maintenance organization settings. *West Journal of Medicine*, 150, 1989, 221-225.

THIER, S. O. – The future of disease prevention. *Journal of Genetics International Medicine*, 5, 1990, 136-137.

SULS, J. – Type A Behavior pattern: the role of anxiety, self-awareness and denial. In D. G. BYRNE - *Anxiety and the Heart*. 1990, New York, H.P. Coeoperation, 257-259.

W. H. O. – Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives for the 2000. *MMWR - Monography Mortal Wkeely Report*, 39, 1990, 695-697.