

---

**RESUMO:** Este estudo pretende discutir alguns aspectos teóricos do *Comportamento Preventivo em Saúde* e suas implicações para a prática dos profissionais de saúde, a partir de achados bibliográficos. Pretendemos discutir o *Comportamento Preventivo em Saúde* a partir de uma perspectiva teórica, buscando contribuir para a fundamentação da prática profissional, especialmente àquela ligada à ações preventivas/promocionais. Buscando a compreensão desse conceito, abordaremos nesse estudo alguns aspectos que o envolvem tais como: a questão conceitual, ações positivas, determinantes motivadores e inibidores, componentes e fases e as formas de sua manifestação. Por fim, busca discutir o *Comportamento Preventivo em Saúde* na sua interrelação com a prática dos profissionais de saúde, numa tentativa de ir “para além da teorização”.

**ABSTRACT:** In the present study a discussion is intended, based on bibliographical data, of some theoretical aspects of *Preventive Behavior in Health*, as well as the implications to health professionals. It is our intention to discuss preventive behavior in health from a theoretical point of view, seeking to offer contributions to the professional practical groundwork, particularly that which is coupled with preventive/promotional actions. Seeking to understand that concept, we shall approach along this study a few concerning aspects such as: the conceptual questions, positive, actions, motivating and inhibiting determinants, the components, phases and forms of preventive behavior manifestations. Finally, it is our purpose to discuss the Preventive Behavior in Health as it interrelates with the practice, such as exercised by health professionals, in effort to go “beyond theorization”.

---

## 1. A QUESTÃO CONCEITUAL

O estudo do comportamento humano há muito vem preocupando estudiosos, pesquisadores e profissionais de várias áreas. Dentre os muitos estudos ligados a áreas da saúde, encontramos conceituações diversas de comportamento e, especialmente de *Comportamento Preventivo em Saúde* - CPS e, para o presente trabalho apresentamos os que seguem, buscando conhecer as diversas abordagens.

O conceito de *Comportamento Preventivo em Saúde* tem recebido várias conceituações e diferentes terminologias.

KALS<sup>(8)</sup> faz uma diferenciação entre comportamento em saúde e comportamento em doença. Para o

autor, ações como “check-up” e visitas ao médico, demonstram comportamento em doença, e ações como imunização e cuidados pré-natais, comportamento em saúde. Enquanto o comportamento em saúde se dá na ausência de sintomas, tendo como resultado a educação do indivíduo, o comportamento em doença se dá na presença de sintomas, os quais podem dar a motivação necessária de que o indivíduo precisa.

KALS E COOB<sup>(9)</sup>, identificam três tipos de comportamento ligado à saúde, a saber:

1. comportamento em saúde (preventivo), que é o comportamento com o objetivo de prevenir ou detectar doenças em um estado assintomático;

---

\* Docente Assistente I-DE do Depto. de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em enfermagem em Saúde do Adulto. Doutoranda em Filosofia da Enfermagem na UFSC.

2. comportamento em doença, que é a atividade realizada por uma pessoa que parece doente, buscando avaliar seu estado de saúde e determinar o tratamento adequado e,
3. comportamento do doente, representado pela atividade realizada por uma pessoa que se considera doente, para recuperar sua saúde.

A terminologia específica “*Comportamento Preventivo em Saúde*” tem sido usada por alguns autores, com diferentes enfoques.

WHEELER E RUNDALL (22) fazem uma distinção entre comportamento preventivo primário e comportamento preventivo secundário, pois, para os autores, a promoção em saúde como um exercício social, requer que os indivíduos se engajem, essencialmente, em duas espécies de comportamento.

Para os autores, o comportamento preventivo primário em saúde é manifestado quando as pessoas são encorajadas a engajarem-se em atividades que podem ter influência positiva em sua saúde e reprimir atividades que podem ter influência negativa. É considerado como comportamento preventivo primário porque o principal objetivo é a prevenção às doenças, sendo quase completamente controlado pelo indivíduo, no confronto de si mesmo e de sua situação sócio-econômica.

Já o comportamento preventivo secundário em saúde manifesta-se quando as pessoas são encorajadas a procurar profissionais, para tratamento adequado, assim que percebem mudanças deletérias em sua saúde. É considerado comportamento preventivo secundário porque o principal objetivo é a prevenção e o tratamento médico adequado, bem como mudanças subsequentes à redução do nível de saúde. Envolve uma interação entre o indivíduo e o prestador de cuidados de saúde.

A grande diversidade de conceituação e terminologia empregadas para identificar comportamentos ligados à saúde parece estar diretamente ligada às diferentes conceituações de saúde e doença de cada autor.

Assim, vemos que a maioria das conceituações de saúde, embora não claramente expressas, limitam-se ao plano biológico, de funcionamento orgânico, já que suas definições interrelacionam comportamento preventivo com a busca de um serviço de saúde.

PENDER (16), STEUART (19), KATALSKI (10) e HAMBURG e RUSSEL (15) são alguns dos autores que percebem a saúde como um fenômeno mais am-

plado, envolvendo a relação homem/universo, na medida em que afirmam que CPS são ações executadas pelo indivíduo saudável para minimizar as ameaças à saúde, embora PENDER (16) termine limitando tais ações àquelas dirigidas à uma doença específica.

Para PENDER (16) o *Comportamento Preventivo em Saúde* é entendido como “ações individuais ou coletivas, executadas com o objetivo de minimizar o potencial de ameaça das doenças. Em muitos momentos é voluntário, não sendo nem curativo, nem terapêutico. É uma atividade desempenhada pelo indivíduo assintomático em relação a uma doença específica”.

KATALSKI (10) entende *Comportamento Preventivo em Saúde* como “qualquer atividade empreendida por uma pessoa que se acredita saudável, com o propósito de prevenir doença ou detectá-la, num estágio assintomático”.

Dentro dessa linha de pensamento, HAMBURG e RUSSEL (15) afirmam que o comportamento evolui até ser o meio principal de relação do organismo com o ambiente que o cerca, ocupando-se de assuntos vitais como alimentação, água, moradia, sexo, defesa e criação da prole. Tal comportamento, segundo os autores, exerce profunda influência sobre a saúde, favorável ou não, sendo que a sociedade em que o homem vive pode facilitar, ou dificultar uma mudança de comportamento que melhore sua saúde.

Para os mesmos autores, os padrões de comportamento a longo prazo, que chamam de “estilo de vida”, estão ligados ao nível de desenvolvimento do meio social em que o indivíduo vive. Assim, nos países tecnicamente avançados, os padrões comportamentais, tais como beber, fumar, comer em demasia, sedentarismo, têm grande peso sobre os padrões de doença ali encontrados; também comportamentos ligados à saúde mental e física são respostas às tensões da vida diária. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, os padrões comportamentais estão relacionados à doença mental, nutrição, saneamento básico, planejamento familiar, entre outros.

STEUART (19) prefere falar em comportamento dirigido à saúde, que define como aquele comportamento em que a motivação primária é uma necessidade para manter ou prover saúde dentro do conceito tradicional. A busca de cuidados médicos, segundo o autor, é claramente um comportamento dirigido à saúde. De outro modo, o autor afirma que a intervenção no nível primário de prevenção é um envolvimento na vida diária dos indivíduos, famílias e comunidades, no qual o comportamento é menos dirigido à

saúde do que ligado à saúde. Ressalta ainda, que estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado que não há, provavelmente, áreas do comportamento humano que não sejam ligados à saúde, pois todo comportamento humano tem relação com a medicina preventiva.

Vemos, então, que o autor supracitado, diferencia comportamento dirigido à saúde, de comportamento ligado à saúde. Sua concepção de saúde parece estar vinculada à uma concepção mais abrangente do fenômeno saúde/doença.

### 1.1 A MANIFESTAÇÃO DO CPS: AÇÕES POSITIVAS

Os autores consultados não apresentam claramente as ações que consideram positivas ou negativas em relação ao *Comportamento Preventivo em Saúde*. Podemos, entretanto, identificar algumas ações que demonstrariam ações positivas implícitas nas colocações dos autores; a não realização das ações propostas ou ausência de tais ações representaria o comportamento negativo em saúde. Vejamos o que os autores dizem.

KASL<sup>(8)</sup> vê ações como imunização e cuidados pré-natais como demonstrativas de comportamento em saúde e ações como “check-up” e visitas ao médico, de comportamento em doença.

Para PENDER<sup>(16)</sup> as ações em comportamento preventivo não são nem curativas nem terapêuticas. Entretanto, o autor não esclarece qual a natureza de tais ações. Da mesma forma, KATALSKI<sup>(10)</sup> fala em qualquer atividade empreendida por uma pessoa, sem esclarecer que tipo de atividade seria. A abordagem desse autor parece abranger toda e qualquer atividade da vida do indivíduo, coadunando-se com STEUART<sup>(19)</sup>, que afirma que todo comportamento humano está ligado à saúde. Este autor relaciona necessidades como estabilidade de emprego, habitação adequada e maiores oportunidades de desenvolvimento pessoal como ligadas à saúde.

WHELLER e RUNDALL<sup>(20)</sup>, que distinguem comportamento preventivo primário e secundário, falam em ações cujo objetivo é o de combater doenças (primário), completamente controlado pelo indivíduo, e em ações ligadas à prevenção e tratamento médico adequado, que envolvem uma interação indivíduo/profissionais de saúde (secundário).

Nesta perspectiva mais abrangente, HAMBURG e RUSSEL<sup>(5)</sup> coadunam-se com os autores supra citados, quando falam em “estilo de vida” e sua

relação com os padrões de morbidade de uma dada comunidade.

Pelo exposto, as ações consideradas positivas e demonstrativas de *Comportamento Preventivo em Saúde*, da mesma forma que o conceito, parecem estar diretamente ligados à compreensão de saúde de cada autor. Parece existir uma clara relação entre o que o autor acredita ser saúde e as ações que considera demonstrativas de *Comportamento Preventivo em Saúde*. No Anexo I apresentamos um esquema do pensamento de alguns autores sobre o *Comportamento Preventivo em Saúde* e ações positivas.

### 2. MOTIVAÇÃO PARA COMPORTAMENTO PREVENTIVO EM SAÚDE

Alguns autores têm se preocupado com os determinantes motivadores e inibidores do *Comportamento Preventivo em Saúde*. Estes autores têm procurado identificar quais variáveis interferem positiva ou negativamente na determinação do indivíduo em engajar-se em comportamento preventivo.

ROSENSTOCK<sup>(17)</sup>, entre os estudos consultados, parece configurar-se como o que fundamenta a maioria dos trabalhos acerca do tema *Comportamento Preventivo em Saúde*. O autor apresenta um modelo de determinantes do comportamento individual em saúde, em que a maioria das variáveis do modelo é retirada e adaptada da teoria sócio-psicológica geral.

O Modelo de Crença em Saúde, proposto por ROSENSTOCK<sup>(17)</sup>, apresenta as seguintes variáveis:

1. percepção da susceptibilidade - riscos subjetivos de contrair uma dada condição;
2. percepção da gravidade - gravidade e tipo de dificuldades que o indivíduo acredita que uma dada condição criará;
3. benefícios da ação;
4. barreiras para a ação, que ocorrem quando o indivíduo percebe uma ação como inconveniente, cara, desagradável, dolorosa ou deprimente. Neste caso, a ação dependerá da prontidão do indivíduo em agir. Se a prontidão para agir é alta e as barreiras são mínimas, a ação é mais provável de ocorrer, mas se por outro lado, a prontidão é pequena e as barreiras são grandes, ocorrerá inibição da ação;
5. sugestões/estímulos para a ação - enquanto o nível de prontidão oferece a energia ou a força para a

ação, a percepção dos benefícios (menos as barreiras) oferece o caminho preferencial para a ação, um evento instigante deve ocorrer para colocar o processo em movimento. Esse evento ou sugestão/estímulo pode ser interno (percepção do estado do corpo) ou externo (interações interpessoais, meios de comunicação). A intensidade de sugestão/estímulo requerida varia com a diferença do nível de prontidão.

Os componentes do Modelo de Crença em Saúde de ROSENTSTOCK tem sido aplicados por vários autores, em diferentes estudos, buscando identificar o Comportamento Preventivo em Saúde dos indivíduos em diferentes condições. (v. Anexo II)

Para KATALSKI<sup>(10)</sup>, o Modelo de Crença em Saúde de Rosenstock obtém sua grande força por não confiar em características sócio-demográficas ou atitudes globais para explicar a aceitação do *Comportamento Preventivo em Saúde*.

Segundo o autor, o modelo repousa nas crenças de saúde dos indivíduos e percepções que são alteráveis, ao passo que fatores como “classe social baixa” ou “herança irlandesa” são relativamente fixos e duradouros. Embora este último grupo de variáveis possa estar relacionado com o problema particular de saúde, afirma o autor, programas de saúde pública pouco ou nada podem fazer para efetuar mudanças em tais variáveis.

Já outros autores acreditam que não apenas variáveis sócio-psicológicas influenciam o *Comportamento Preventivo em Saúde* dos indivíduos, mas também variáveis sócio-demográficas, econômicas, entre outras, como fizeram alguns autores que utilizaram o Modelo de Crença em Saúde e acrescentaram tais variáveis em seus estudos.

Entre esses autores encontramos ROSSER<sup>(18)</sup>, que acredita que a saúde das pessoas depende em parte do seu comportamento governado por suas opiniões, crenças, atitudes e valores ligados à saúde. O comportamento é influenciado e formado, em grande parte, também, pela natureza qualitativa e quantitativa das interações que ocorrem entre os profissionais, o público em geral e o ambiente social.

JONES e AGHAIE<sup>(7)</sup> apresentam em seu trabalho algumas variáveis que podem influenciar o comportamento do consumidor em saúde, que são: sexo, idade, estado marital, número de filhos, ocupação, educação, conhecimento em saúde e percepção do estado de saúde. Nesse mesmo trabalho, os autores fazem referência a outros estudos que apresentavam outras variáveis, tais como, o papel da mulher, espec-

tativas da classe social, sentimento de impotência e isolamento social, determinantes sócio-étnicos, fatores demográficos, fatores sócio-cognitivos e grau de susceptibilidade à doença.

Segundo WHELLER e RUNDALL<sup>(22)</sup> três diferentes perspectivas têm sido usadas para mostrar o processo causal ligado ao uso dos serviços de saúde preventiva: sócio-demográfico, econômico e sócio-psicológico.

Na abordagem sócio-demográfica, segundo os autores, estão incluídos fatores, tais como, idade, educação e raça como influenciadores no comportamento preventivo secundário em saúde; na abordagem econômica inclui-se percepção da relação custo/benefício. Barreiras financeiras, barreiras psicológicas e barreiras associadas, como a escassez de tempo/custo podem influenciar o comportamento, afirmam os autores.

Os mesmos autores apresentam um estudo de comportamento preventivo secundário em saúde, usando as seguintes variáveis: idade, renda familiar, sexo, educação, raça, influência familiar, percepção do status de saúde, percepção da susceptibilidade, percepção da gravidade, da eficácia da visitas médicas para cuidados preventivos, fonte usual de cuidado e número de visitas médicas preventivas por ano. Nesse enfoque, os autores buscaram uma abordagem integrativa entre os modelos propostos por economistas e os propostos por comportamentais em saúde.

Para LENZ<sup>(14)</sup>, vários fatores motivadores interferem no *Comportamento Preventivo em Saúde* dos indivíduos. Para ele tais fatores podem ser de três tipos:

1. “background” - características sócio-demográficas (idade, status sócio-econômico, estado marital, tipo de emprego, etnicidade e sexo) e experiência prévias em doença;
2. personalidade do indivíduo e,
3. contexto - existência de tempo, o grau de incerteza, o risco envolvido na decisão e sua importância para quem busca, o ambiente físico e interpessoal, cooperação e apoio.

KATALSKI<sup>(10)</sup> também afirma que os fatores que atuam na prontidão do indivíduo para aceitação do CPS compreendem quatro conjuntos:

1. motivação em saúde;
2. valor da redução da ameaça à saúde;
3. probabilidade de que o CPS reduza a ameaça e,

4. vários fatores modificadores e capacitantes, como os demográficos, os estruturais e os atitudinais.

No Anexo III apresentamos um esquema dos determinantes motivadores e inibidores do *Comportamento Preventivo em Saúde*, segundo os autores consultados, para melhor compreensão do exposto até aqui.

### 3. DISSECANDO O CONCEITO: COMPONENTES E FASES

Poucos autores dentre os consultados, descrevem componentes do *Comportamento Preventivo em Saúde*. Apenas LENS<sup>(14)</sup> e PENDER<sup>(16)</sup> o fazem, embora com abordagens diferentes. Vejamos, a seguir, o que cada autor diz a respeito.

PENDER<sup>(16)</sup>, que descreve comportamento preventivo como ações executadas para minimizar o potencial de ameaça das doenças, identifica dois grandes componentes do CPS: a prevenção primária e a detecção precoce. Alguns problemas de saúde, afirma o autor, são resolvidos com medidas de prevenção primária (dieta, exercícios, imunização), enquanto para outros, somente as técnicas de detecção precoce são eficazes.

Pelo exposto, vemos que o autor se mantém dentro de um modelo de epidemiologia clássica - níveis de prevenção primária, secundária e terciária, entendendo como componentes do CPS os subníveis propostos para o nível primário, conforme LEAVEL e CLARK<sup>(13)</sup>.

Para LENZ<sup>(16)</sup>, a busca de informação é um componente da decisão do cliente e do comportamento em saúde. Essa busca afirma o autor, pode ser ativa ou passiva e ajuda a esclarecer o comportamento arbitrário em saúde, pois afeta a extensão e natureza da informação adquirida, o leque de alternativas de ação conhecidas e a ação realizada.

Segundo o autor supra, a busca de informação pode determinar dois tipos de resultados, a saber:

1. resultados cognitivos, tais como: escolha da melhor alternativa para a solução do problema, formulação ou mudança de opiniões, atitudes ou crenças, mudanças na auto-percepção, na percepção dos outros e do ambiente ou no estado emocional e,
2. resultados comportamentais indiretos: muitos processos cognitivos ligados à avaliação e seleção de alternativas intervêm entre a aquisição da informação e a manifestação do comportamento.

O autor referido não discute, no trabalho consultado, o conceito de comportamento preventivo, mas sim a busca de informação como um componente desse. Sendo assim, não podemos desse afirmar que a busca de informação seja o único componente do CPS para o autor.

Em relação às fases, PENDER<sup>(16)</sup> afirma que o *Comportamento Preventivo em Saúde* manifesta-se em duas fases distintas:

1. tomada de decisão e
2. ação, sendo que a segunda está condicionada a primeira.

Na fase de tomada de decisão, os maiores determinantes são:

1. pessoais: o maior determinante pessoal é a percepção individual (idéias subjetivas que servem como forças motivadoras em direção ao CPS) com relação à importância da saúde, sua vulnerabilidade, valor atribuído à detecção precoce, gravidade, eficácia das ações e nível de controle interno/externo;
2. interpessoais: quatro fatores-chave influenciam diretamente esta fase: interesse de pessoas significativas, modelo familiar utilizado, expectativa dos amigos e presença informas dos profissionais de saúde;
3. situacionais: nestes determinantes estão incluídos a aceitação cultural do comportamento preventivo em saúde, as normas e padrões do grupo social e as informações de origem impessoal (meios de comunicação).

A fase de ação, continua o autor, ocorre após o indivíduo decidir engajar-se em um ou outro tipo de CPS. Para tanto, é necessário que haja um estímulo que pode ser interno (percepção da fadiga geral e envelhecimento) ou externo (comunicação interpessoal, publicidade). Outro fator que também pode interferir na fase de ação é a experiência pessoal com doença específica. A intensidade da ação necessária para motivar as pessoas nessa fase, ressalta o autor, depende do seu nível de prontidão para agir. Algumas pessoas precisam de pouco estímulo, enquanto outras precisam de estímulos mais intensos. Nesta fase são apontadas algumas barreiras que podem impedir a ação de uma pessoa, a saber:

1. conflito enfrentar/evitar: ocorre quando a pessoa confronta o valor da ação preventiva com o custo, inconveniência, aborrecimento ou desordem na sua vida; é o medo ao que tais medidas preventivas

podem evidenciar; refere-se frequentemente às medidas de saúde que estão ligadas à detecção precoce;

2. conflito enfrentar/enfrentar: ocorre quando há indecisão quanto ao tipo de método de prevenção a adotar; quando dois tipos de métodos podem ser igualmente efetivos e a pessoa não consegue decidir qual adotar;
3. conflito evitar/evitar: ocorre quando um problema de saúde, tanto quanto as mudanças no estilo de vida provocadas pelo Comportamento Preventivo em Saúde, são vistos como altamente desagradáveis.

Pelo exposto, acreditamos ser necessário uma ampliação da discussão dos aspectos que envolvem o *Comportamento Preventivo em Saúde*, buscando maior compreensão e entendimento do tema. Também faz-se necessário a realização de estudos para identificar as fases e componentes do CPS, adequadas à nossa realidade, já que fatores tais como cultura, crenças e valores, parecem ter influência decisiva no fato de assumir ou não ações de *Comportamento Preventivo em Saúde*.

#### 4. COMPORTAMENTO PREVENTIVO EM SAÚDE: PARA ALÉM DA TEORIZAÇÃO

A grande importância em conhecermos os determinantes do *Comportamento Preventivo em Saúde* reside no fato de que, a partir daí, podemos selecionar estratégias eficientes e eficazes para reforçar ou mudar tais comportamentos.

A grande questão é:

*“Como mudar o comportamento em saúde sem usar de coerção?”*

Responder a esta questão constitui o grande desafio para que sejam eficazes as ações com o objetivo de incentivar comportamentos preventivos.

HAMBURG e RUSSEL<sup>(5)</sup> afirmam que os esforços comunitários no sentido de orientar o comportamento para a saúde estão despertando o interesse mundial, buscando a formação de uma base científica. Para os autores, tem-se demonstrado, através de investigações científicas, que é possível alterar o comportamento como fator de risco, em favor de práticas de promoção de saúde.

Para responder à questão supra formulada segundo HAMBURG e RUSSEL<sup>(5)</sup>, é preciso observar os seguintes aspectos:

1. aprendizagem social - aptidões necessárias para

manter um comportamento de promoção de saúde;

2. conhecimento de como explorar motivações;
3. determinação de canais de informação pertinentes à saúde.

Os esforços comunitários promovem importantes e difíceis mudanças de estilo de vida e requerem pesquisa para esclarecer as condições em que as mudanças realmente ocorrem, afirmam os mesmos autores. Ressaltam ainda, que alguns elementos são essenciais na pesquisa de modificação de comportamento em saúde, para que cheguemos a uma ação eficaz, a saber:

1. esclarecimento dos fatos - informações biomédicas e comportamentais dos fatores de risco em uma comunidade;
2. esclarecimento dos obstáculos psicossociais ao engajamento num comportamento de promoção em saúde;
3. uso da ciência social e comportamental, a fim de conhecer os canais de maior eficácia para uma dada população, de modo que haja maior compreensão das oportunidades de promoção da saúde e,
4. emprego da ciência social e das estratégias de comunicação de massa, para promover uma participação comunitária condizente à uma modificação do comportamento em saúde.

Os autores referidos acreditam que os programas de educação em massa sejam uma estratégia altamente positiva para as mudanças comportamentais em saúde. Para eles, os programas de educação em massa nos países desenvolvidos, evidenciam a grande influência que pode resultar em alterações de comportamento desfavorável à saúde. Sugerem, ainda, que os países em desenvolvimento devem estudar tal estratégia, buscando adaptá-la às suas condições próprias e culturas específicas, podendo servir de modelos para estimular o interesse pela educação sanitária, isto porque a revolução no campo da informação pode ter grande efeito para a saúde dos países em desenvolvimento.

ROSENSTOCK<sup>(17)</sup> mantém, entretanto, uma posição cética quanto a capacidade dos meios de comunicação para mudar comportamento em saúde. Para o autor, estes mecanismos contribuem para reforçar crenças e comportamentos em saúde, especialmente se as crenças estão profundamente enraizadas. Além disso afirma, as pessoas se expõem aos meios de comunicação de massa e apreendem-nos de forma seletiva, ou seja, grupos diferentes podem apreender coi-

sas diferentes da mesma mensagem. Assim, conclui, as abordagens de comunicação em massa deveriam ser consideradas à luz de necessidades particulares que enfrentam os trabalhadores em saúde, na tentativa de alcançar os grupos que precisam maior estímulo para assumir *Comportamento Preventivo em Saúde*.

Da mesma forma, STEUART<sup>(19)</sup> afirma que do ponto de vista da educação em saúde, programas isolados sobre drogas, acidentes de trânsito, doenças venéreas ou saúde mental são menos práticos que programas dirigidos a adolescentes, incluindo os temas citados. Ou seja, programas isolados causam pouco impacto sobre os indivíduos, afirma o autor.

Para STEUART (19), os determinantes do comportamento vão além da comunicação verbal e não-verbal. Todas as experiências do indivíduo influenciam seu comportamento. Certamente a forma como o indivíduo percebe uma experiência, independente da especificidade da mensagem a que é submetido, pode ter influência fundamental em suas futuras ações.

Para o referido autor, o indivíduo não determina seu padrão comportamental em isolamento; ele é modelado, movido, forjado e influenciado pelas forças interpessoal, cultural e social, que estão presentes em sua vida, e pelo pessoal e recursos que dão incentivo e oportunidade para assumir comportamento de proteção à saúde. Assim, afirma, muitas pessoas envolvidas em serviços que dão considerável importância para educação dos pacientes e do público para a prevenção, agem de maneira que contradiz diretamente tais mensagens - "prevenção é melhor que cura, mas ninguém age como se acreditasse nisso", diminuindo a credibilidade das mensagens de educação.

Ressalta ainda, o autor, que a existência de uma intrínseca contradição entre a busca de técnicas mais eficazes para influenciar o comportamento para a prevenção e manutenção da saúde, que seriam oferecidos pelos serviços de atenção médica, e a transmissão aos usuários da massiva impressão de que não há tempo nem inclinação para devotar esforços para este fim, também prejudicam sobremaneira a determinação dos indivíduos em engajar-se em ações preventivas em saúde.

Pelo exposto, depreende-se que a crença dos autores quanto as variáveis que influenciam positiva ou negativamente o comportamento preventivo, bem como as estratégias para influenciá-lo, estão intimamente vinculados ao conceito de saúde de cada autor, da mesma maneira que em relação ao conceito de CPS e às ações positivas.

Assim, autores que defendem o Modelo de Cren-

ça em Saúde parecem perceber o comportamento frente à questão saúde/doença como um fenômeno exclusivamente sócio-psicológico. Já outros autores, que incluem variáveis de outra natureza, o vêem como um fenômeno mais amplo, que envolve a situação de vida do indivíduo como um todo. Como afirma STEUART<sup>(5)</sup>: não há área do comportamento humano que não esteja ligada à saúde.

A medicina preventiva e a saúde pública estão relacionadas com todo comportamento humano, e a eficácia em influenciá-lo dependerá da extensão com que os serviços podem atender diretamente às necessidades prioritárias dos clientes, indivíduos, grupos e comunidades, quaisquer que sejam essas necessidades. Para isso, a maioria dos sistemas de assistência à saúde deve ser capaz de escutar e interpretar as necessidades prioritárias estabelecidas pelas pessoas e poder responder a elas, pelo menos exercendo influência sobre os outros serviços de ajuda, a estrutura de poder comunitário e os governantes. A maioria está apta para estender a base de suas relações com os clientes, reforçando sua credibilidade e relevância e assumindo grande poder para influenciar mudanças sociais e comportamentais a nível de prevenção primária<sup>(19)</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

Conhecer os aspectos teóricos do CPS é de grande relevância para as ações de saúde, especialmente os de ação comunitária, que entre outros objetivos, busca motivar a adoção de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, individuais e/ou coletivas, que possibilitem uma transformação nas condições de vida e saúde.

A compreensão dos determinantes motivadores e inibidores do CPS pode ajudar na capacitação dos profissionais de saúde, contribuindo com meios e estratégias que facilitem as indivíduo, família e comunidade à utilização máxima dos recursos disponíveis para o atendimento de suas necessidades.

Acreditamos que mudanças de comportamento só serão possíveis mediante um processo de reflexão crítica acerca dos problemas que afetam os grupos envolvidos. "Nenhuma mudança em saúde poderá ser feita se não terminarmos com a alienação da comunidade e dos profissionais de saúde"<sup>(20)</sup>.

Para tanto, devemos buscar alternativas metodológicas capazes de motivar e estimular a reflexão desses grupos acerca de sua cidadania. Discutir os aspectos referentes aos seus hábitos e práticas de vida e saúde, às relações capital/força de trabalho/saúde,

suas condições de habitação, alimentação, saneamento básico, transporte, educação, lazer, responsabilidade do poder público quanto à assistência à saúde e à vida dos cidadãos e, finalmente a importância e responsabilidade de todos no controle social.

Para alguns autores, como vimos no decorrer desse trabalho, a educação via meios de comunicação em massa seria uma estratégia eficaz para incentivar o engajamento dos indivíduos em *Comportamento Preventivo em Saúde*.

A respeito dessa questão, pensamos que a prática educativa em saúde deva ser entendida como um processo de intervenção social, de cunho libertador e não domesticador, o que implica numa fundamentação e postura suficientemente capazes de conduzir o homem a apropriar-se cada vez mais de seu próprio destino. Concordamos com a afirmação de que a "pedagogia da conscientização deve ser a marca fundamental no conteúdo da ação comunitária" (4).

Estas questões, acreditamos, só serão resolvidas mediante um apoio teórico que conduza ao conheci-

mento de como o *Comportamento Preventivo em Saúde*, ou como preferimos chamar, comportamento promocional em saúde, se manifesta: como pode ser influenciado, estimulado ou transformado; conhecimento dos fatores que motivam ou inibem os indivíduos/grupos/comunidade a adotarem práticas de promoção em saúde.

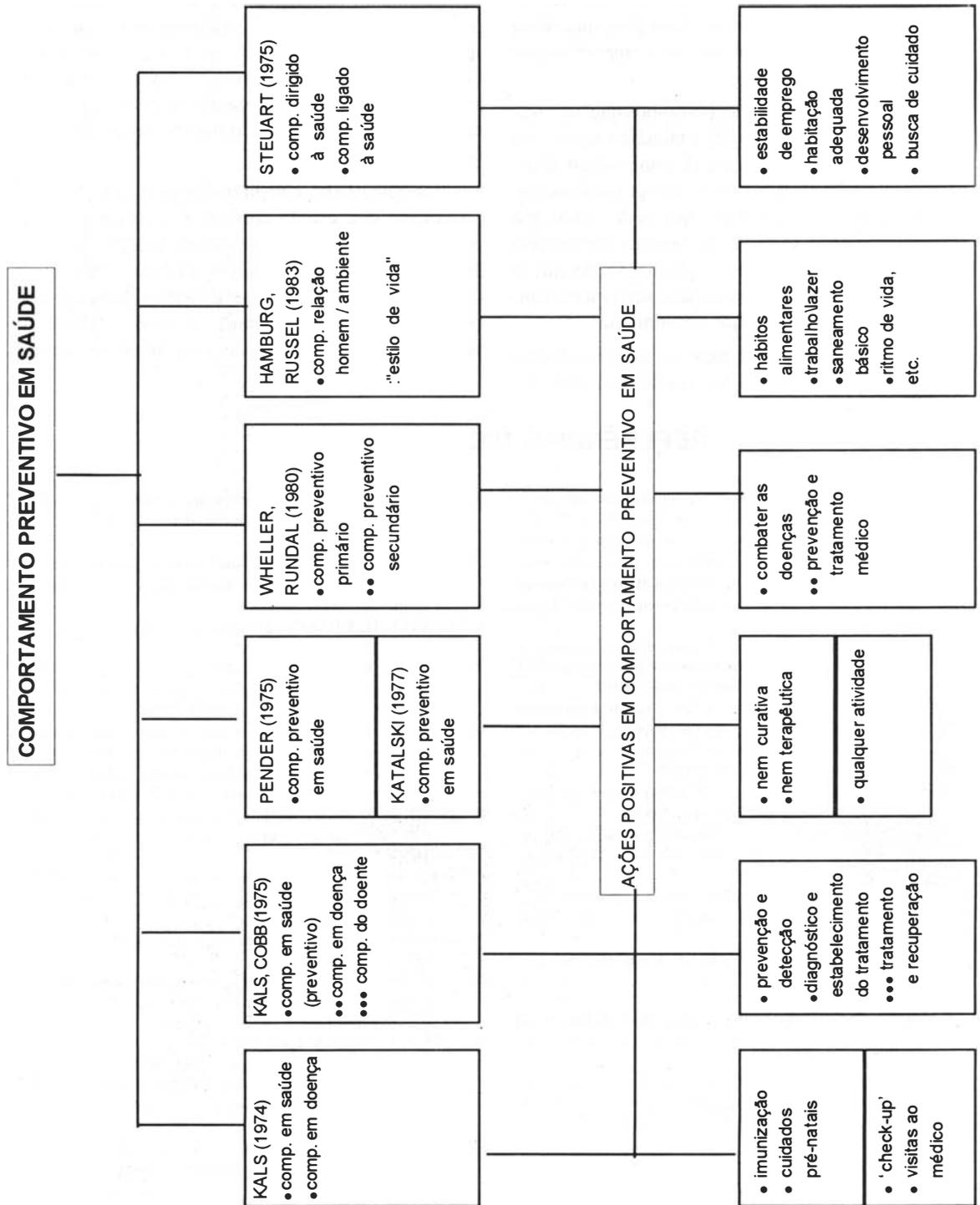
Enfim, através da presente revisão bibliográfica, podemos reconhecer a necessidade e a relevância do aprofundamento de estudos acerca do conceito de *Comportamento Preventivo em Saúde*, a fim de que as ações comunitárias possuam uma sólida fundamentação teórica, o que certamente as levará a uma maior eficácia e eficiência.

Por outro lado, considerando as limitações que certamente este estudo contém, recomendamos que sejam aprofundados estes e outros aspectos teóricos do *Comportamento Preventivo em Saúde*, bem como sejam realizadas pesquisas que identifiquem os aspectos que o envolvem, considerando as especificidades de nossa realidade e, em especial, das práticas de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASPECTOS teóricos de la medicina comunitária. *Educacion médica Y salud*. New York: v. 9, n. 1, p. 5-10, 1975.
2. BARRET, M.B. *The health of person utilizing diagnostic cancer screening*. Chicago: 1979. 66 p. (A research paper presented to the Graduate School, Department of Nursing in partil fulfillment of the requirements for the degree master of Science).
3. FERREIRA, S.L. *Crenças das mães em relação à vacinação*. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1983.
4. HALLAL, J.C. The relationship of health beliefs, health locus of control and self concept to the practice of breast self examination in adult human. *Nursing Research*. New York: v. 31, n. 3, p. 137-142, 1982.
5. HAMBURG, D.A., RUSSEL, A. Conduta e saúde. *A Saúde no Mundo*. Genebra: p. 27-29, dez. 1983.
6. JENKINS, D.C., The semantic differential for health - a technique for measuring. *Public Health Reports*. Washington: v. 81, n. 6, p. 549-558, 1966.
7. JONES, B., AGHAIE, R. Variables influencing health consumer behavior. *J. Am. Coll. Health Assoc.* v. 23, n. 4, p. 289-294, 1975.
8. KALS, S.V. et al. The Health Belief Model and behavior related to chronic illness. *Health Education Monographs*. v. 4, n. 2, p. 433-454, 1974.
9. KALS, S.V., COOB, S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Arch. Environmental Health*. Chicago: v. 12, p. 531-541, abr. 1966.
10. KATALSKI, M. E. The Health Belief Model as a conceptual framework for explaining contraceptive compliance. *Health Education Monographs*. Oakland: v. 5, n. 3, p. 232-243, 1977.
11. KAWASHI, G. F. et al. Personality correlates of selected elements of the Health Belief Model. *J. Social Psychology* v. 112, p. 219-227, 1980.
12. KIRSCHT, J.P. et al. A national study of health beliefs. *J. Health Human Behavior*. Forvorth: v. 7, p. 248-254, 1966.
13. LEA VEL, H., CLARCK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw Hill, 1976.
14. LENZ, E. R. information seeking: a component of client decisions and health behavior. *Advances in Nursing Science*. New York: v. 6, n. 3, p. 59-72, 1984.
15. MAINAN, L. A. et al. Scales for measuring Health Belief Model dimensions: a test of predictive, value, internal consistency, and relationships among beliefs. *Health Educ. Monographs*. Oakland: v. 5, n. 3, p. 215-230, 1977.
16. PENDER, N. J. A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing Outlook*. New York: v. 26, n. 6, p. 385-390, 1975.
17. ROSENSTOCK, I. M. Why people use health services? Milbank Memor. *Found Quaterly*. New York: v. 64, n. 3, p. 94-127, jul. 1966.
18. ROSSER, J.M. Values and health. *J. School Health*. p. 386-389, set. 1971.
19. STEUART, G. M. The people: motivation, education and action. *Bull. N. Y. Acad. Med.* New York: v. 51, n. 1, p. 174-185, 1975.
20. VIDAL, C. *Medicina comunitária: nuevo enfoque de la medicina*. New York: v. 9, n. 1, p. 11-46, 1975.
21. WATTS, R.J. Sexual functioning, health and compliance with high blood pressure medications. *Nursing Research*. New York: v. 31, n. 5, p. 278-283, 1982.
22. WHEELER, J.R.C., RUNDALL, T.G. Secondary preventive health behavior. *Health Education Quarterly*. v. 7, n. 4, p. 243-262, 1980.

**ANEXO I - Esquema do pensamento de alguns autores sobre Comportamento Preventivo em Saúde e ações positivas.**



## ANEXO II

### Alguns estudos desenvolvidos a partir do modelo de Crença em Saúde de ROSENSTOCK.

KIRSCHT et al. <sup>(12)</sup> realizaram estudo sobre as crenças em saúde relacionadas à quatro problemas de saúde (câncer, tuberculose, cárie dentária e doença gengival);
JENKINS <sup>(6)</sup> verificou as crenças sobre tuberculose, poliomielite, câncer e doença mental;
KALS <sup>(8)</sup> utilizou o modelo ligado a doenças crônicas, acrescentando outra variável - importância que o indivíduo atribui à questão saúde dentro de sua vida. Para o autor, a priorização ou não da questão saúde, influencia a prontidão do indivíduo em assumir um Comportamento Preventivo em Saúde;
MAINAN et al. <sup>(15)</sup> utilizaram o modelo para estudar o engajamento de mães no tratamento de seus filhos obesos;
BARRET <sup>(2)</sup> investigou a presença das variáveis do modelo com relação ao comportamento de uma população que utilizava clínicas de diagnóstico precoce de câncer;
KAWASH et al. <sup>(11)</sup> estudaram o comportamento nutricional num contexto de prevenção de doenças cardíacas. O estudo investigou variáveis individuais (personalidade), crenças em saúde, conhecimento de nutrição e características demográficas;
HALLAL <sup>(4)</sup> estudou o modelo relacionado à prática do auto-exame de mamas;
WATTS <sup>(21)</sup> trabalhando com clientes de um programa de hipertensos e usando o modelo, buscou identificar se a disfunção sexual provocada pelo uso de drogas anti-hipertensivas era percebida ou não como barreira de participação no programa pelos clientes;
FERREIRA <sup>(3)</sup> identificou a importância das variáveis do modelo no comportamento preventivo de mães que iniciam a vacinação básica dos filhos. A autora acrescentou duas variáveis ao modelo: renda mensal familiar e nível de escolaridade.

**ANEXO III - Representação esquemática dos determinantes motivadores e inibidores do Comportamento Preventivo em Saúde, segundo alguns autores**

