

Competências para promover a saúde

Isabel Loureiro¹

É apresentado um breve historial da evolução do conceito de saúde, e a sua relação com o desenvolvimento social. São chamados vários protagonistas para o desempenho das funções de Promoção da Saúde, desde profissionais de saúde, a professores, técnicos de autarquias e outros agentes de desenvolvimento comunitário.

A saúde e a educação como direitos fundamentais reconhecidos. O empowerment é visto como uma estratégia para que aumente a participação e a autonomia e a capacidade de controlo sobre os determinantes individuais e sociais da saúde.

Introdução

A saúde é a base da produtividade no trabalho, da capacidade de aprender na escola e da capacidade de crescer intelectual, física e emocionalmente. E porque uma boa saúde não é apenas o resultado do desenvolvimento, mas um caminho para atingir o desenvolvimento, as questões que lhe dizem respeito sobressaem nos Objectivos de Desenvolvimento para o Milénio (UN, 2000).

Em termos económicos, saúde e educação são as duas pedras fundamentais do capital humano (WHO, 2001). *“Good education and health have intrinsic value for people’s well-being. And the two are closely linked: education helps improve health, and good health contributes to better education. Moreover, education contributes to economic growth and raises poor people’s incomes. Improvements in health also generate significant returns.”* (UNDP, 2003, p.68). O relatório da Comissão em Macroeconomia e Saúde revelou que investimentos em saúde contribuem de forma mensurável para o crescimento económico (WHO, 2001).

O Fórum Mundial de Educação realizado em Abril de 2000, em Dakar, no Senegal, pela Educação Internacional, OMS, UNESCO, UNICEF e o Banco Mundial chamou a atenção para a importância de um programa efectivo de saúde escolar, como uma das estratégias mais importantes para conseguir Educação Para Todos. Na Confe-

¹ Escola Nacional de Saúde Pública

rência sobre Educação Para Todos, promovida em Jomtien, na Tailândia, em 1990, é já referido o papel acrescido dos parceiros na promoção da igualdade e do acesso à educação. Assegurar que as crianças estão saudáveis e capazes de aprender constitui uma componente essencial para um sistema educativo eficaz e, por outro lado, essa eficácia e cobertura trará benefícios para a saúde e desenvolvimento económico das comunidades. Uma boa educação é uma condição para se ter um bom emprego e, mais tarde, um bom rendimento.

Sabe-se, também, que pessoas com um nível de educação mais alto, tendem a evitar comportamentos de risco, como o tabagismo, e a promover a sua saúde através, por exemplo, de hábitos alimentares saudáveis e actividade física regular (Menke, Streich, Rössler & Brand, 2000); dão melhor uso aos serviços de saúde e são mais propícios a envolver-se em programas de prevenção e diagnóstico precoce (US Institute of Medicine, 2003; Ferrinho, Bugalho, Miguel, 2004).

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, a saúde foi considerada não uma finalidade em si mesma mas “um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades”; é uma perspectiva centrada sobretudo na comunidade como receptor e organizador dos vários contributos individuais.

Em 1986, na Conferência de Otava, a saúde surge como um conceito positivo, que vai para além das capacidades físicas, atribuindo importância aos recursos sociais e pessoais. São apresentados como pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, salário, eco-sistema estável, recursos sustentados, justiça social e equidade. É aceite por todos os países participantes na Conferência de Otava que a saúde deixa de ser apenas da responsabilidade do próprio sector e que a sua promoção requer uma acção concertada entre todos: governos, sector da saúde e outros sectores sociais e económicos, ONGs, autoridades locais, indústria e meios de comunicação social. Esta perspectiva tem vindo a ser reforçada por outras conferências. Em 2006, o Conselho da Europa, presidido pela Finlândia, assume o documento “Health in All Policies”², co-responsabilizando todos os sectores sociais no impacte na saúde das suas políticas.

Sendo o nível de literacia um dos factores determinantes da saúde, o sector da educação é um aliado inevitável do sector da saúde. O conceito de saúde, desenvolvido ao longo dos séculos, primeiro com uma larga abrangência e, posteriormente, mais

² Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (eds) (2006). Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki, Finland: Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Ministry of Social Affairs and Health. European Observatory on Health Systems and Policies.

restrito a uma visão biomédica, desperta novamente para um entendimento da pessoa na sua totalidade, no seu ambiente físico e social e em interacção com ele.

A saúde é, progressivamente, compreendida nas suas dimensões socio-económicas e socio-ecológicas e é atribuída cada vez maior importância à participação das pessoas, exigindo uma maior literacia em saúde³ bem como as tomadas de decisão política alicerçadas no terreno, com base na evidência e nas necessidades. Esta base local pode ter lugar através da proximidade dos cuidados primários de saúde (Loureiro, Goês, Câmara, Gonçalves-Pereira, Maia, Saboga, 2009) mas também nas atribuições dadas às autarquias nos campos da educação, saúde e acção social. (Decreto-Lei n.º 115/2006).

A mudança nos determinantes sociais da saúde, como a pobreza, a acessibilidade aos bens ou à educação, a capacidade de ouvir os cidadãos, exige políticas de investimento social que promovam a democracia, ambientes saudáveis, rendimentos económicos capazes de satisfazer, pelo menos, as necessidades básicas, serviços de saúde próximos das pessoas e o acesso a um nível de literacia habilitante para opções críticas e fundamentadas (WHO. Commission on Social Determinants of Health, 2008). Continua a existir um enorme desfasamento entre os avanços da investigação, a sua difusão e apropriação pelo público.

A saúde conquistou o reconhecimento como um direito humano fundamental na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948. A Constituição da República Portuguesa, aprovada em 2001, pela Lei Constitucional nº1/2001 de 12 de Dezembro, consigna no seu artigo 64º, ponto número 1, que "Todos têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover".

A OMS tem chamado a atenção, sobretudo desde 1984, para que as ciências e tecnologias da saúde só podem causar um impacte real se as próprias pessoas se tornarem verdadeiros parceiros na protecção e promoção da saúde.

Um investimento que crie sinergias entre o sistema de saúde e outras forças da comunidade, que identifique e defenda novas políticas, que desenvolva aptidões pessoais e comunitárias, invista na construção de parcerias e seja alicerçado num sistema de informação isento, rigoroso e acessível, exige uma intervenção educativa a vários níveis.

O tema deste artigo procura reflectir quais as competências necessárias para que se cumpram bem as responsabilidades a nível individual, do poder local, dos servi-

³ Literacia em saúde é, segundo a Organização Mundial de Saúde, "as competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde". In: WHO (1998) Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization. p.10.

ços de saúde e de educação e de todos os profissionais que sempre interferem nos resultados em saúde ao actuarem em quase todos os domínios – seja específico da saúde, da educação, da acção social, do ambiente ou da cultura.

A Promoção da Saúde como um movimento social

Com a revolução industrial, sobretudo nos finais do século XVIII, dão-se os movimentos pelo reconhecimento dos direitos humanos, começam a surgir reivindicações para a melhoria das condições de trabalho, tendo-se conseguido algumas conquistas, às quais não é alheio o papel de vários médicos envolvidos nestes movimentos. No final deste século tem lugar a Revolução Francesa, com repercussões em toda a Europa, em que surge a oportunidade de dar voz aos cidadãos, como protagonistas na tomada das decisões políticas.

Em 1839, Chadwick encomenda um estudo sobre a relação entre a pobreza e a doença. É um dos primeiros estudos que evidencia a pobreza como um dos principais determinantes da saúde.

A integração organizada dos movimentos de trabalhadores, através da mediação política para obtenção de melhores condições de trabalho e de vida, representa, de alguma forma, a implicação da comunidade no tentar controlar o seu destino. A participação de médicos socialistas e liberais nas administrações locais e no parlamento nacional testemunha o valor dado à intervenção política ligada à saúde. Na Alemanha, em 1883, Bismark torna obrigatório o seguro de saúde, pago, embora, pelos próprios trabalhadores. Karl Marx e Friedrich Engels defendem a necessidade de uma transformação radical da sociedade face às condições de trabalho de então.

O pensamento sobre a medicina torna-se controverso, oscilando entre o materialismo e humanismo. Surgem novas formas de entendimento da prática no campo da saúde salientando-se a importância de Florence Nightingale no desenvolvimento de um novo paradigma. Para a enfermagem, o cuidado, a pessoa, a saúde e o ambiente, constituem-se nos quatro pilares do exercício da profissão.

Com a descoberta da bactéria, por Pasteur e Koch, dá-se início a uma nova era – a era do germe, tendo Virchow, um estudioso da célula, criado a teoria da etiopatogenia. Passou a associar-se a doença à ideia da existência de um agente patogénico. A indústria farmacêutica desenvolveu-se e muitas doenças passaram a ser curáveis.

No entanto, apesar da imprescindibilidade das medidas anti-sépticas, da educação sanitária e do uso de medicamentos, muitos médicos, de entre eles o próprio Koch, continuaram a alertar para medidas protectoras da saúde como a acção pública

sobre a higiene do ambiente para evitar a disseminação de microorganismos e a importância das pessoas estarem habilitadas para actuarem na promoção da saúde.

Segundo Hayek (Hayek, 1994), Virchow (1848) afirmava “a medicina é uma ciência política e a política não é outra coisa senão a medicina em larga escala”.

Na primeira metade do século XX, têm lugar duas Guerras Mundiais. Após a II Guerra Mundial, profundamente marcada pelo horror do holocausto, desencadeiam-se profundas mudanças. Em 1948, é aprovada por 146 países, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em que a saúde e a educação passam a ser consideradas direitos humanos fundamentais.

Com a descoberta e aumento do consumo de fármacos e de meios complementares de diagnóstico, dão-se enormes transformações sociais que confirmam ser a saúde um campo muito mais vasto do que a intervenção médica. Sobrevive-se a doenças que anteriormente não tinham cura ou nem chegavam a ser diagnosticadas e verifica-se um progressivo aumento da esperança de vida. A população idosa é cada vez mais numerosa e, com o prolongamento dos anos de vida, começam a surgir mais doenças associadas aos comportamentos. Assim, junto com as alterações demográficas, altera-se também o perfil epidemiológico das doenças, diminuindo as mortes por doenças infecciosas e aumentando a prevalência das doenças crónico-degenerativas. Nos nossos dias, as doenças crónico-degenerativas, na Europa, correspondem a mais de 60% de todas as doenças, sendo responsáveis pela maior parte das mortes. O estilo de vida revela-se como um dos principais factores determinantes da saúde, mantendo-se a pobreza como o factor central. Nalguns dos países mais pobres, como os países da África Subsariana, ainda é mais alta a taxa de mortalidade por doenças infecciosas, que se vai acumulando com as doenças crónicas, que estão a aumentar, prevendo-se uma inversão do padrão epidemiológico a nível mundial para 2020.

Em 1977, na 30ª Assembleia Mundial da Saúde, sob a liderança de Hadfen Mahler, Director Geral da Organização Mundial da Saúde, é valorizada a importância da proximidade dos cuidados de saúde junto das populações. Mahler é um dos grandes responsáveis pelo movimento dos Cuidados de Saúde Primários e por colocar na agenda política e de saúde a questão da equidade. Surgem as metas da “Saúde para Todos no Ano 2000”. É posta ênfase no esforço colectivo para uma vida social e economicamente produtiva, o que faz mover a saúde de resultado do desenvolvimento social para passar a ser um dos seus maiores recursos (Mahler, 1987, p.1).

Em 1986, subscrita por 182 países, é aprovada a Carta de Otava que define a promoção da saúde como “um processo que visa criar as condições que permitam aos

indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam.” Para além da dimensão social, trata-se de capacitar um indivíduo, ou grupo, para identificar e realizar aspirações, satisfazer as suas necessidades, e mudar ou ser capaz de lidar com o ambiente.

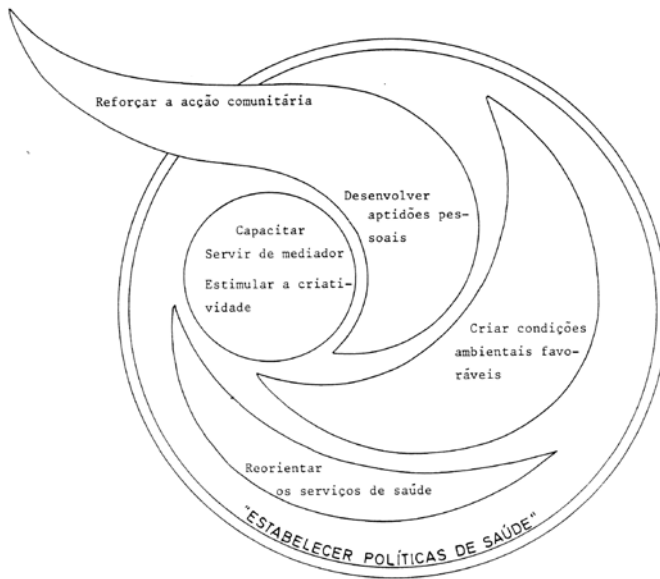


Figura 1 - Diagrama da Carta de Otava

As estratégias preconizadas na Carta de Otava são as seguintes:

1. políticas públicas de saúde
2. ambiente sustentável
3. reorientação dos serviços de saúde/construção de redes
4. competências pessoais e sociais/ construção de parcerias
5. participação comunitária

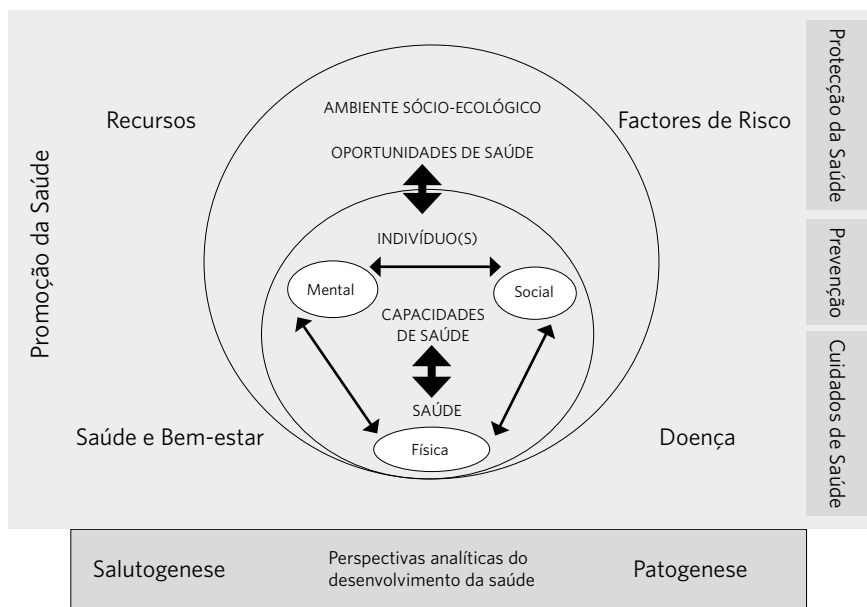
Estas estratégias continuam actuais mas, ainda, longe de estarem completamente implementadas em muitos países. Será que faltam competências para que se concretizem estas políticas, lacunas nos processos de capacitação dos cidadãos, no estabelecimento de redes de aprendizagem, de colaboração intersectorial e de responsabilização social? No entanto, nalguns países, como o Canadá, Suécia, Finlândia existe, desde há muito, um compromisso com a equidade, justiça social e desenvolvimento sustentável, o reconhecimento da importância da saúde individual e da comunidade, o respeito pela diversidade, condições para a autonomia e participação comunitária.

Uma abordagem integradora dos dois principais modelos em saúde

A abordagem da saúde tem-se feito sobretudo pela prevenção, tratamento e reabilitação da doença, segundo o modelo patogénico.

Na definição de Promoção da Saúde, segundo a Carta de Otava, a saúde é encarada como um processo no sentido da consciência das pessoas para os seus direitos e deveres, para a capacidade de descobrirem e desenvolverem os seus próprios recursos e possibilidades e para encontrarem formas de conduzir a uma vida activa, produtiva e satisfatória. Olhada numa perspectiva de acção globalizante, de coerência, pode-se interpretar como um movimento conjunto de todos os sectores da sociedade, numa acção concertada, para um investimento numa melhor qualidade de vida para todos. É o modelo salutogénico.

Segundo o modelo que se apresenta, a complementaridade entre as abordagens patogénica e salutogénica, apesar de se centrarem em referências diferentes, exige um modelo integrado e integrador das intervenções para o desenvolvimento da saúde (EUHPID, 2006):



Adaptado do modelo EUHPID, 2006

Figura 2 - Modelo de desenvolvimento da saúde e abordagens de intervenção em saúde

Neste modelo de desenvolvimento da saúde, a saúde é encarada na perspectiva de um processo em decurso, produzindo-se através de um equilíbrio entre as várias componentes do indivíduo e as oportunidades que o ambiente socio-ecológico, em que se move, lhe oferece.

As três componentes do indivíduo aqui consideradas e que se interrelacionam são:

1. a física (exemplo: corpo ginasticado, com saúde, ou com problemas de saúde)
2. a mental (exemplo: sentido de coerência)
3. a social (exemplo: suporte social ou coesão social)

O indivíduo interage com o contexto onde se insere. Podem-se considerar como dimensões ambientais desse contexto as seguintes:

1. a. social (exemplo: densidade e força das redes sociais e diversidade cultural)
2. b. ecológica (exemplo: locais de trabalho ergonómicos, salubridade do ambiente)
3. c. económica (exemplo: distribuição justa de rendimentos)

Qualquer intervenção que capacite o indivíduo, ou grupo, a reconhecer os sinais de alerta e a encontrar e usar os recursos para se proteger, contribui para a protecção da saúde. Por exemplo, num processo terapêutico, uma maior compreensão, por parte do doente, da sua doença e respectivo tratamento, investindo o profissional de saúde, familiares e amigos, na sua motivação e conhecimento, melhorando a sua capacidade para se auto-cuidar e lidar psicologicamente com a doença, pode aumentar não só a sua capacidade de auto-gestão do seu estado de saúde/doença, bem como a probabilidade de um maior bem-estar. Trabalhar em Promoção da Saúde não consiste, apenas, em evitar factores de risco, mas, também, em potenciar os factores protectores da saúde e os recursos existentes. Proporcionar condições de aprendizagem que melhorem o nível de literacia em saúde, ou criar espaços físicos estimulantes da prática de actividade física constituem medidas promotoras da saúde.

São reconhecidos como alguns dos principais factores que influenciam o estado de saúde de um indivíduo, o contexto social em que se insere, as suas experiências nos primeiros anos de vida, as características do ambiente físico em que se move, a sua carga genética, o estatuto sócio-económico, o seu nível de literacia e as práticas que definem o seu estilo de vida.

A Promoção da Saúde integra, para além da educação para a saúde, as medidas necessárias à melhoria das condições de vida das pessoas, em que se inclui o acesso facilitado a escolhas saudáveis, requerendo muitas das vezes acção política.

Formar em Promoção da Saúde

A preparação de profissionais, oriundos de áreas disciplinares diversas, é decisiva para formar cidadãos mais competentes e contribuir para a fundamentação de tomadas de decisão política, com impacte na saúde.

Para intervir de forma relevante em saúde é necessário ter um diagnóstico compreensivo da situação. Não se trata apenas de conhecer o perfil epidemiológico das doenças e o sistema de saúde, mas também, as representações mentais, o nível de literacia das pessoas, os códigos e canais de comunicação funcionais, os mecanismos de intervenção na vida política, social e ambiental.

Abordagens de carácter preventivo geralmente enveredam pelo estudo dos factores de risco bio-comportamentais. Abordagens mais sistémicas, do tipo socio-ambiental, requerem uma compreensão mais abrangente da dinâmica saúde/doença, incluindo questões como as relações sociais de poder, relações económicas e de equidade. No primeiro caso está-se a lidar com explicações de carácter biológico sobre saúde/doença; no segundo caso, está-se a lidar com narrativas socio-históricas de saúde/doença que exige uma abordagem metodológica pluralista, ou seja, o domínio de métodos qualitativos e quantitativos (Labonte & Robertson, 1996).

Tendo a Promoção da Saúde como um dos princípios o *empowerment*, que visa a autonomia individual e comunitária, parece particularmente apropriado o paradigma construtivista. Numa perspectiva de *empowerment*, o papel do educador será essencialmente o de facilitador, catalisador de processos de reflexão crítica em que o pensamento é reconstruído pelo próprio. Piaget (Piaget, 1967, p. 568) referia-se ao construtivismo como um processo de integração de “... *novas propriedades para passar de uma estrutura a outra durante a sua elaboração*”.

Daqui a necessidade de que os agentes de mudança, como os promotores de saúde, tenham em conta que a complexificação dos factores ruidosos tem de ser articulada com um trabalho prévio de identificação/consciencialização da lógica organizacional daquela pessoa/comunidade. Por isso, “*cabe aos educadores/promotores de saúde saberem constituir-se em fontes de perturbação que consigam ser metabolizadas pelo seu público-alvo*” (Oliveira, 2004, p.59).

Trabalhar em Promoção da Saúde requer uma intrínseca motivação para a acção (Thomas & Velthouse, 1990). A auto-confiança e os sentimentos de pertença constituem-se como alicerces emocionais, suportes de um bom desempenho e satisfação dos profissionais. No modelo que se segue, aparecem juntos alguns dos

factores individuais e sociais necessários para a transformação de uma organização ou sociedade (Geller, 1995, p.193):

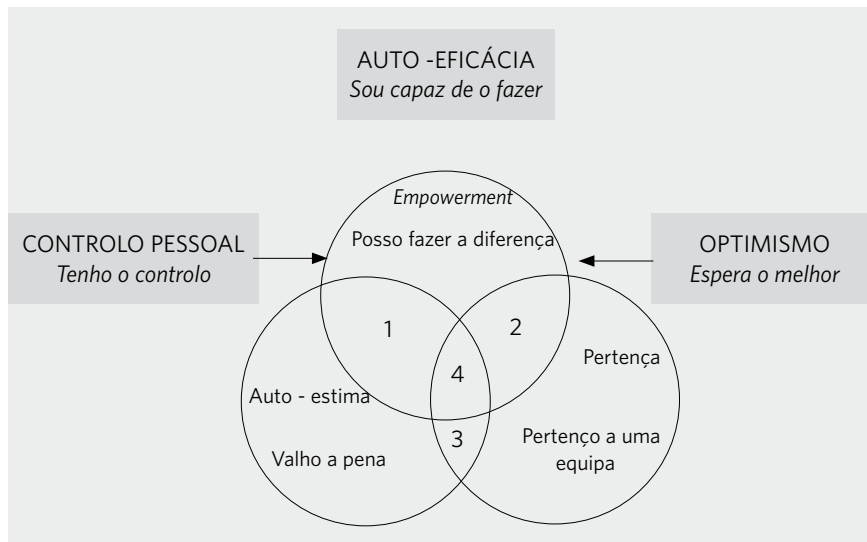


Figura 3 - Estádios pessoais das expectativas que se supõe influenciarem a propensão para cuidar activamente (Geller, 1995, p.193)

1. posso provocar diferenças válidas
2. podemos fazer a diferença
3. sou um membro válido na equipa
4. podemos provocar diferenças válidas

Para além da necessidade de abordagens temáticas específicas, são, também, fundamentais intervenções de carácter estrutural/organizacional que dêem sustentabilidade aos processos de mudança em que a pessoa, ou organização, é a sua garantia, no seu todo, com a sua identidade, e na sua inter-relação sistémica, consigo própria e com o ambiente.

A comunicação parece ser um elemento central na formação académica e profissional. Os métodos de ensino também devem estimular situações de auto-domínio e controlo em que os formandos reconheçam do que se trata quando se abordam as questões de poder, auto-estima ou auto-confiança. O método tutorial, em que exista uma relação mais próxima entre formador e formando, será um dos mais adequados para o ensino que pretende estimular a construção dos saberes próprios (Loureiro, 2008).

Competências em Promoção da Saúde

Definição de competências

O conceito de competências constitui uma referência fundamental na concepção curricular com base nas expectativas e necessidades profissionais. Para efeitos educativos é entendida como “uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes conducentes a um desempenho adequado num determinado campo” (Irigoin & Vargas, 2002).

Vários trabalhos têm sido feitos e publicados sobre as competências necessárias aos profissionais em Promoção da Saúde (Shilton, Howat, James, Lower, 2003; Meresman, Colomer, Barry, Davies, Lindstrom, Loureiro, Mittelmark, 2004; Seck, Morin, O’Neil, 2003; Kosa, Stock, Hall, Sherif, Loureiro, Fosse, Davies, 2009).

Naturalmente, que estas derivam da complexidade das metodologias, quer de abordagem, quer de avaliação, bem como da multidisciplinaridade que um trabalho sério em Promoção da Saúde impõe.

Para quem adoptou a Promoção da Saúde como referência integradora e orientadora do seu desempenho profissional – profissionais específicos de Promoção da Saúde, profissionais de saúde ou professores, líderes da comunidade – precisa de um corpo específico de conhecimentos e de competências.

Existem muitas definições para competências. Todas elas se referem ao perfil profissional exigido no seu trabalho e às exigências de saber necessárias para um desempenho adequado. Vários autores se têm debruçado sobre este tema (Gonczi, Hager; Oliver, 1990; Heywood, Gonczi, Hager, 1992) apresentando-se a definição de Shilton e colaboradores: “...uma combinação de atributos que capacitam um indivíduo a desempenhar um conjunto de tarefas de acordo com um determinado padrão de referência...” (Shilton, Howat, James, Lower, 2003).

Já nas palavras de Le Boterf (1998) competência é uma construção baseada em recursos pessoais (conhecimento, *know-how*, qualidades, ou atitudes) e recursos ambientais (relações, documentação, informação) que são mobilizados para um desempenho. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2004), competência consiste na demonstração real da capacidade de execução do seu trabalho. Implica:

- determinados conhecimentos, aptidões e atitudes
- capacidade de executar uma determinada tarefa, recorrendo aos seus saberes
- capacidade para enfrentar novos desafios

Para Perrenoud, citado por Kuenzer, a competência consiste em “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles” (Kuenzer, 2004). Para este autor as competências mobilizam conhecimentos, põem os conhecimentos em relação e em acção.

De toda esta evolução emergem necessidades de formação que vão, naturalmente, para além das ciências biomédicas. Envolvem competências no relacionamento humano, de negociação, de colaboração, de visão sistémica das organizações e das pessoas, de advocacia de políticas comprovadamente eficazes na melhoria do bem-estar dos cidadãos, de avaliação da efectividade das intervenções e da sua mais-valia em termos individuais e sociais. Envolve necessidade de compreensão do contexto cultural onde os processos de mudança estão a ser catalisados e implica o reconhecimento da importância de dimensões como a empatia e a intuição.

Pelo já exposto, conhecimentos do domínio das Ciências Sociais e Humanas surgem como tão fundamentais em Promoção da Saúde como os das Ciências Biomédicas.

Competências necessárias em Promoção da Saúde

Tendo em conta algumas das características do trabalho em Promoção da Saúde (Loureiro, 2005), e olhando para a forma como num estudo australiano as competências em Promoção da Saúde foram organizadas (Shilton, Howat, James, Lower, 2003), poder-se-á desenvolver o programa curricular na sequência dessas mesmas oito grandes áreas:

1. levantamento de necessidades
2. planeamento
3. implementação
4. comunicação
5. conhecimento
6. organização e gestão
7. avaliação e investigação
8. utilização da tecnologia

De acordo com os resultados encontrados no estudo realizado com maior número de participantes - 212 participantes, na Austrália - apontam-se as cinco primeiras competências mais referidas como competências essenciais, por ordem decrescente, para cada uma das áreas abrangidas. Não ignorando o contexto cultural específico

local e o conceito de Promoção da Saúde, poder-se-ão adoptar como referência, os resultados deste estudo, por se considerar estar muito próximo do europeu.

1. Levantamento de necessidades:
 - a. Identificar factores comportamentais, ambientais e organizacionais que influem na saúde;
 - b. Identificar as fontes de dados sobre necessidades em saúde de indivíduos/comunidades/populações;
 - c. Apoiar e envolver as comunidades na identificação das suas necessidades e no estabelecimento de prioridades para a Promoção da Saúde;
 - d. Identificar processos eficazes no estabelecimento de prioridades para a Promoção da Saúde;
 - e. Rever e interpretar os dados da avaliação de necessidades.
2. Competências em planeamento:
 - a. Estabelecer parcerias adequadas e facilitação de acção cooperante;
 - b. Formular objectivos relevantes e mensuráveis;
 - c. Envolver os membros da comunidade e elementos-chave no planeamento e avaliação do programa;
 - d. Desenvolver programas de saúde consistentes, sustentáveis, com sequência lógica, baseados na teoria e na evidência disponível;
 - e. Analisar criticamente literatura relevante.
3. Competências de implementação:
 - a. Estabelecer e facilitar as parcerias da comunidade, dentro e fora do sector da saúde;
 - b. Devolver os programas à comunidade;
 - c. Assistir, apoiar e construir capacidades nos prestadores de cuidados, incluindo os clínicos, para que adoptem métodos e programas de Promoção da Saúde;
 - d. Aplicar processos de desenvolvimento comunitário;
 - e. Aplicar estratégias de trabalho de grupo.
4. Competências em comunicação:
 - a. Comunicar verbalmente e saber ouvir reflexivamente;
 - b. Escrever relatórios;

- c. Ser capaz de transformar a linguagem própria do sector da saúde em linguagem corrente;
 - d. Aplicar um conjunto de abordagens em educação para a saúde;
 - e. Escrever para audiências leigas.
5. Competências em conhecimentos:
- a. Aplicar os princípios e teoria em Promoção da Saúde ao planeamento, implementação e investigação;
 - b. Estar ciente das prioridades nacionais e avaliar o seu impacto ao nível local;
 - c. Examinar os valores sociais locais e tê-los em conta para a sua aplicação no planeamento e implementação dos programas em Promoção da Saúde;
 - d. Analisar os determinantes comportamentais, sociais e ambientais na saúde dos indivíduos e populações tendo em consideração a equidade e justiça social;
 - e. Examinar e sintetizar informação em diferentes temas de saúde /tópicos, doenças e prevenção.
6. Competências em organização e gestão:
- a. Trabalhar como parte de uma equipa;
 - b. Aplicar aptidões interpessoais (negociação, trabalho em equipa, motivação, resolução de conflitos, tomada de decisão e aptidões na resolução de problemas);
 - c. Estabelecer redes e colaborar com outros profissionais e organizações;
 - d. Demonstrar qualidades pessoais (criatividade, sensibilidade, iniciativa, flexibilidade, cooperação e integridade profissional);
 - e. Gerir projectos com eficiência, incluindo a gestão de recursos, atingindo e relatando progressos dentro do orçamento e do tempo.
7. Competências em avaliação e investigação:
- a. Monitorizar programas e ajustar objectivos;
 - b. Comunicar resultados da avaliação;
 - c. Interpretar resultados da avaliação;
 - d. Seleccionar instrumentos de avaliação;
 - e. Identificar métodos de investigação aplicáveis à Promoção da Saúde.
8. Competências tecnológicas:
- a. Operar num PC processamento de texto e sistema de e-mail, etc.;
 - b. Utilizar a internet como uma ferramenta de trabalho;

- c. Utilizar tecnologia baseada nos sistemas para identificar e rever a literatura;
- d. Criar apresentações escritas/gráficas via PC;
- e. Operar equipamento audiovisual e multimédia.

Valerá a pena considerar os resultados dos trabalhos realizados no meio europeu (Meresman, Colomer, Barry, Davies, Lindstrom, Loureiro, Mittelmark, 2004), salientando que é dada particular ênfase às competências que assegurem:

- um trabalho analítico, crítico e mobilizador, particularmente no que se refere às questões da equidade, da diversidade social e cultural e políticas aos diferentes níveis;
- o domínio do conhecimento e gestão organizacional, tendo como valores subjacentes o *empowerment* e a democracia;
- o domínio dos métodos e instrumentos da investigação social bem como da epidemiologia.

Encontrando-se em discussão no âmbito do “Consenso de Galway” (Galway Consensus Conference Statement, 2009) os domínios das competências-chave em Promoção da Saúde são, de alguma forma, enriquecidos estes domínios com a capacidade de catalisar a mudança, a liderança, a advocacia e a construção de parcerias.

Já as competências em Promoção da Saúde, vistas pelos olhos de quem tem maioritariamente situações de grandes carências, como no Senegal (Seck, Morin, O’Neil, 2003), sendo coincidentes em muitas das que já foram apontadas, dão, no entanto, maior peso à capacidade de utilização da Internet, aos cuidados de saúde familiar, incluindo visitas domiciliárias, às competências em educação para a saúde. Numa sequência decrescente, atribuem particular importância à capacidade para montar um programa de formação e de co-gestão dos recursos gerados a nível local. O trabalho em equipa, a metodologia de investigação participativa, para habilitar as pessoas a resolverem os seus próprios problemas, e a apropriação dos textos da política de descentralização relativa à saúde, são outras prioridades que parecem testemunhar a vontade de estarem capacitados para participar, de modo fundamentado, na tomada de decisões que dizem respeito à sua realidade. Estratégias de construção de parcerias com outros grupos profissionais e com a comunidade voltam a ser salientados.

Desde a reunião de Barcelona, em 1997, a OMS exige que a formação dos profissionais de saúde os habilite com competências e atitudes de “cuidador, decisor, comunicador, líder comunitário e gestor” (Boelen, Des Marchais, Dohner, Kantrowitz, 1995, p.5) e seja capaz de construir parcerias” num espírito cooperativo de reconhecimento de outras entidades no âmbito da intervenção na saúde pública (autarquias, associações,

grupos de auto-ajuda, igrejas, sindicatos, media, etc.)” (Oliveira, 2004, p.51). A OMS tem chamado a atenção para que não basta financiamento e outros meios materiais para atingir objectivos de saúde mas é preciso, também, apetrechar os recursos humanos com capacidades para lidar e intervir adequadamente na resolução de problemas, tendo em conta o contexto em que têm lugar (WHO, 2006).

A Promoção da Saúde numa perspectiva europeia

Numa perspectiva internacional os princípios inerentes à salutogénese e ao construtivismo aplicam-se no processo de capacitar as pessoas dos diferentes países a encarar e identificar os seus próprios determinantes de saúde, os determinantes específicos do seu país, de outros países e sistemas.

Comparar o estado de saúde em diversos países e as respectivas políticas e estratégias, poderá permitir analisar criticamente a situação, reconhecendo oportunidades e forças, para participar na construção/re-construção de um sistema mais organizado e humanizado que viabilize uma acção mais eficaz de desenvolvimento do potencial de saúde, onde as desigualdades sejam reduzidas e as pessoas mais saudáveis e felizes.

A Promoção da Saúde é um movimento que defende uma acção salutogénica para o desenvolvimento da saúde envolvendo todos os sectores da sociedade. Como tal a Promoção da Saúde pode contribuir para o objectivo de uma “Europa comum” onde esta seja vista como um sistema de diferentes países com línguas, culturas e leis diferentes. O modelo da salutogénese considera as perspectivas teóricas que suportam a coerência e integração dos sistemas, mais do que reparar em diferenças e obstáculos.

Conjugando os princípios da Carta de Otava, do modelo salutogénico e do movimento para a integração europeia, com a consciência das responsabilidades em reduzir drasticamente a pobreza e criar mais oportunidades de acesso à educação e à saúde, poder-se-á construir um caminho em que as pessoas tenham maior consciência do que são, dos seus recursos, como manter a identidade e lidar com a diferença, onde possam chegar em conjunto, construir uma Europa melhor para a qualidade de vida de todos os que nela vivem e que a ela chegam.

Conclusão

A prática da Promoção da Saúde é uma arte e uma ciência. Uma visão comum, uma linguagem concertada, um sentido e coerência, traduzidos na definição de competên-

cias necessárias para promover a saúde, contribuem para padronizar o difícil desafio da complexidade do trabalho a realizar, em ambientes, também eles complexos.

Em Portugal, tem sido intermitente a valorização do investimento nesta área, na base dos princípios atrás expostos. O desenvolvimento de estratégias deve ser feito em colaboração com a sociedade civil de forma a assegurar que as necessidades e o conhecimento das comunidades produzem e apoiam propostas e processos de mudança no país.

As alterações demográficas, a globalização, as novas ameaças para a saúde e segurança, bem como as pressões sobre os serviços de saúde continuarão a intensificar a necessidade de pessoas oriundas de diversos sectores interessadas e aptas em promover a saúde nos territórios em que vivem, melhorando a saúde e bem-estar das suas comunidades.

Cabe à academia, ao poder político, e também aos cidadãos, acompanhar e participar nos debates nacionais e internacionais para encontrar as melhores maneiras de formar agentes promotores de saúde, de acordo com os valores intrínsecos à Promoção da Saúde e os padrões de qualidade exigidos para o desempenho de um trabalho eficiente. Procuram-se ganhos em saúde e qualidade de vida, com investimentos claros na organização das comunidades, na sua capacitação para lidar com os desafios e no assegurar infra-estruturas de apoio a um trabalho continuado de práticas baseadas na evidência e na reflexão. Vontade e decisão política, competência e sinergias entre os parceiros com contributos complementares, exigidos pela inevitável transdisciplinaridade da intervenção neste domínio, constituem fundamentos para uma acção concertada e conseqüente na Promoção da Saúde das populações e dos indivíduos.

Bibliografia

- Allegrante, J.P., Barry, M.M., Airhihenbuwa, C.O., Auld, M.E., Collins, J.L., Lamarre, M-C, Magnusson, G., McQueen, D.V. & Mittelmarm, M., on Behalf of the Galway Consensus Conference (2009) Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: the Galway Consensus Conference Statement. *Health Education & Behavior*. 36, pp. 476-482.
- Allegrante, J.P., Barry, M.M., Auld, M.E., Lamarre, M-C & Taub, A. (2009) Toward international collaboration on credentialing in health promotion and health education: the Galway Consensus Conference. *Health Education & Behavior*. 36, pp. 427-438.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ashton, J. (1988). *Concepts and visions*. Liverpool: Department of Community Health. University of Liverpool.
- Assadourian, E. (2004). *State of the world: a Worldwatch Institute Report on Progress toward a sustainable society*. New York: Worldwatch Institute.
- Barnard, K. (2001). Medical education: the new imperatives. In European Forum of Medical Associations and WHO Ljubljana, Slovenia, 9-11 March 2001. Medical education for the 21st century: new imperatives. EUR/01/5016469. Documento policopiado.
- Barry, M.M., Allegrante, J.P., Lamarre, M-C, Auld, M.E. & Taub, A. (2009). The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*. 16 (2), pp. 5-11.
- Bauer, G., Davies, J.K. & Pelikan, J., on behalf of the EUPHID Consortium (2006). The EUHPID health development model for the classification of Public Health Indicators. *Health Promotion International*. 21 (2), pp. 153-159.
- Bauer, G.; Davies, J.K. & Pelikan, J., on behalf of the EUHPID Consortium (2005). The EUHPID health development model for the classification of Public Health indicators. *European Journal of Public Health*. In Press.
- Bauer, G.; Davies, J.K.; Pelikan, J., Noack, H., Brosskamp, U. & Hill, C., on behalf of the EUHPID Consortium (2003). Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development. *European Journal of Public Health*. 13 (3) Supplement, pp. 107-113.
- Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, O. & McKee, M. (2004). Public health in the new era: improving health through collective action. *The Lancet*. 363 (9426) pp. 2084-2086.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (1999). *What keeps people healthy?: The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health*. Cologne: Federal Centre for Health Education (FCHE).
- Boelen, C., Des Marchais, J.E., Dohner, C.W. & Kantrowitz, M. P. (1995). Developing protocols for change in medical education: report of an informal consultation. Seattle, Washington, 11-14 August 1992. Geneva: World Health Organization.
- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. *Journal of the American Medical Association*. 281, pp. 1030-1033.
- Coe, G. A., Gray-Felder, D., Fox, E. & Faulkner, D. M. (2002). Mapping competencies for communication for development and social change: turning knowledge, skills, and attitudes into action. Washington, DC: The USAID's CHANGE Project. Based on the Conference "Competencies: Communication for Development and Social Change" held at the Rockefeller Foundation, Bellagio Study and Conference Center, Bellagio, Italy. Cosponsored by: Pan American Health Organization, Rockefeller Foundation and The CHANGE Project/United States Agency for International Development.

- Colomer, C., Hospers, H., Barry, M., Bronks, B., Davies, J., Lindstrom, B. & de Vries, N. (2002). European training in health promotion: quality assurance based on collaboration and empowerment. *Promotion & Education*. IX (2), pp. 52-54.
- Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1988). Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, 2, Adelaide-Austrália, 5-9 de Abril de 1988. As recomendações da conferência de Adelaide: políticas favoráveis à saúde. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Cottrell, R.R., Lysoby, L., Rasar, King L., Airihenuwa, C.O., Roe, K.M. & Allegrante, J.P. (2009). Current developments in accreditation and certification for health promotion and education: a perspective on systems of quality assurance in the United States. *Health Education & Behavior*. 36, pp. 451-463.
- Damáσιο, A. (1999). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damáσιο, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Davies, J.K., Bauer, G. & Pelikan, J. (2006). The EUPHID Health Development Model for classification of public health indicators. 2006 Health Promotion International. 21 (2), pp. 153-159.
- Decreto-Lei n.º 115/2006. D.R. 114. 1ª Série-A. (2006-06-14) 4276-4282 - Regulamenta a rede social, definindo o funcionamento e as competências dos seus órgãos, bem como os princípios e regras subjacentes aos instrumentos de planeamento que lhe estão associados, em desenvolvimento do regime jurídico de transferência de competências para as autarquias locais.
- Devlin, K. (1999). *Adeus Descartes: o fim da lógica e a procura de uma nova cosmologia do pensamento*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Dubos, R. (1960). *Mirage of health*. London: Allen and Unwin.
- EUHPID (2006). The development of a European Health Promotion monitoring system (the EUHPID Project): interim Report to the European Commission DG SANGO, 6 December 2002. Brighton: University of Brighton.
- Ferrinho, P., Bugalho, M., & Miguel, J.P. (2004). *For better health in Europe*. Lisboa: Fundação Merck Sharpe & Dohme.
- Foucault, M. (1974). *The archaeology of knowledge*. London: Travistock.
- Freire, P. (1975). *A pedagogia do oprimido*. Porto: Afrontamento.
- Freire, P. (1995). *Política e Educação*. 2ª edição. São Paulo: Cortez Editora.
- Friedmann, J. (1996). *Empowerment: uma política de desenvolvimento alternativo*. Oeiras: Celta Editora.
- Geller, E.S. (1995). Actively caring for environment: an integration of behaviorism and humanism. *Environment and Behavior*. 27, pp. 184-195.
- Goncz, A., Hager P. & Oliver, L. (1990). *Establishing competency-based standards in the professions*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Green, L.W.; Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- Hayek, F.A. (1994). *The road to Serfdom*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Heywood, L., Gonczi, A. & Hager, P. (1992). *A guide to development of competency standards for professions*. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- ILO (2006). Basic concepts about competence: what is competence? Geneva: Inter-American Research and Documentation Centre on Vocational Training (Cinterfor/ILO). International Labour Organization. Retrieved August 20, 2009, from the World Wide Web: <http://www.ilo.org/public/english/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/1.htm>
- International Union for Health Promotion and Education & Canadian Consortium for Health Promotion Research (2007). *Shaping the future of health promotion: priorities for action*. Paris: International Union for Health Promotion and Education.
- Irigoin, M. & Vargas, Z. (2002). *Competencia laboral: manual de conceptos, metodos y aplicaciones en el sector salud*. Montevideo: CINTERFOR/OIT.
- Kickbush, I. (2002). Health literacy: a search for new categories. *Health Promotion International*. 17 (1), pp. 1-2.
- Kosa, K., Stock, C., Hall, C., Sheriff, N., Loureiro, I., Fosse, E. & Davies, J. (2009). *An international framework for the development of public health competences*. In press.
- Kuenzer, A. (2004). *Competência: conhecimento e competências no trabalho e na escola*. São Paulo: SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem. Retrieved January 10, 2005, from the World Wide Web: <http://www.senac.br/informativo/BTS/282/boltec282a.htm>.
- Labonte, R. (1992). Heart health inequalities in Canada: models, theory and planning. *Health Promotion International*. 7 (2), pp. 119-128.
- Labonte, R. & Robertson, A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff: the case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly*. 23 (4), pp. 431-447.
- Le Boterf, G. (1998). *L'ingénierie des compétences*. Paris: Les Éditions d'Organisation.
- Lei Constitucional nº1/2001. D.R. 286. Iª Série-A. (2001-12-12) 8172-8217 - Quinta revisão constitucional.
- Lei n.º 5-A/2002. D.R. 9. Iª Série-A Suplemento. (2002-01-11) 288-(2)-288-(32) - Primeira alteração à Lei n. 169/99, de 18 de Setembro, que estabelece o quadro de competências, assim como o regime jurídico de funcionamento, dos órgãos dos municípios e das freguesias.
- Lindstrom, M. (2003). *Attitudes towards sustainable development: Priorities, responsibility, empowerment*. Lund: Lund University. Doctoral dissertation.
- Loureiro, I. (2005). *Promoção da saúde: um desafio para a formação*. Lisboa: ENSP.UNL. Relatório sobre o ensino e a aprendizagem em Promoção da Saúde. Provas de Agregação na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Loureiro, I. (2008) - O processo de aprendizagem em promoção da saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 42 (1), pp. 65-89.
- Loureiro, I., Goes, A.R., Câmara, G.P., Gonçalves-Pereira, M., Maia, T. & Nunes, L. Saboga (2009a). Priorities for mental health promotion during pregnancy and infancy in primary health care. *Global Health Promotion*. 16(1), pp. 29-38.
- Loureiro, I., Sherriff, N. & Davies, J.K. (2009b) - Developing public health competencies through building a Problem-Based Learning Project. *Journal of Public Health*. DOI 10.1007/

- s10389-009-0256-7. Retrieved March 10, 2009, from the World Wide Web: <http://www.springerlink.com/content/7r6082356825vg05/fulltext.pdf>.
- Mahler, H. (1987). *World Health For All to be: address to the fortieth World Health Assembly*. Geneva. 5 May, 1987. Geneva: WHO, 1987.
- Maturana, H. & Varela, E. (1980). *Autopoiesis and cognition: the realization of the living*. London: D. Reidel Publishing Company.
- Maturana, H. & Varela, E. (1980). *De máquinas y seres vivos*. Santiago do Chile: Editorial Universitária.
- Menke, R., Streich, W., Rössler, G. & Brand, H. (2000). Report on socio-economic differences in health indicators in Europe: health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups. Bielefeld, North Rhine-Westphalia: Institute of Public Health.
- Meresman, S., Colomer, C., Barry, M., Davies, J.K., Lindstrom, B., Loureiro, I. & Mittelmark, M. (2004). A review of professional competencies in health promotion: European perspectives. *International Journal of Promotion & Education*. 44 (3), pp. 113-120.
- Mezirow, J. (1996). Contemporary paradigms of learning. *Adult Education Quarterly*. 46 (3), pp. 158-173.
- Mezirow, J. (1997). Transformative learning: theory to practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*. 74, pp. 5-12.
- Morin, E. (1973). *O paradigma perdido: a natureza humana*. Mem Martins: Publicações Europa-América. (Biblioteca Universitária).
- Nutbeam, D. & Harris, E. (2002). *Theory in a nutshell: a guide to health promotion theory*. Roseville: McGraw-Hill Book Company Australia.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15 (3), pp. 259-274.
- Oliveira, C. (2004). *Auto-organização, educação e saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Piaget, J. (1967). *Logique et connaissance scientifique*. Paris: Gallimard.
- Portugal. Ordem dos Médicos. Colégio de Saúde Pública (2002). *Lista e definição de competências do Médico de Saúde Pública*. Coimbra: Colégio de Saúde Pública. Ordem dos Médicos.
- Putnam, R. & Myers, D. (1999). Close relationships and quality of life. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (eds.). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Rilling, J. K., Gutman, D. A., Zeh, T. R., Pagnoni, G., Berns, G. S. & Kilts, C. D. (2002). A neural basis for social cooperation. *Neuron*. 35, pp. 395-405.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E. (eds.) (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Geneva: World Health Organization. (WHO Regional Publications. European Series; 92).
- Searl, J. (1993). Rationality and realism, what is at stake? *Journal of the American Academy of Arts and Sciences*. 122 (4), pp. 55-83.
- Seck, A., Morin, D. & O'Neil, M. (2003). Étude des besoins de formation continue en promotion de la santé pour les infirmières et infirmiers chefs de postes de santé (ICP) au Sénégal. [S.l.]: Faculté des sciences infirmières. Université Laval.

- Sen, A. (2001). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Shilton, T., Howat, P., James, R. & Lower, T. (2003). Development of competencies for health promotion practitioners in Australia. *Promotion & Education*. 10 (4), pp. 162-171.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (eds) (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Finland: Finnish Ministry of Social Affairs and Health. Ministry of Social Affairs and Health. European Observatory on Health Systems and Policies. ISBN 952-00-1964-2.
- Stein, S. (1995). *Equipped for the future: a customer driven vision for adult literacy and lifelong learning*. Washington, D.C.: National Institute for Literacy.
- Taub, A., Allegrante, J.P., Barry, M.M. & Sakagami, K. (2009). Perspectives on terminology and conceptual and professional issues in health education and health promotion credentialing. *Health Education & Behavior*. 36, pp. 439-450.
- Thomas, K. & Velthouse, B. (1990). Cognitive elements of empowerment: an "interpretative" model of intrinsic task motivation. *Academy Management Review*. 15, pp. 666-681.
- Tones, K. & Tilford, S. (1994). *Health education: effectiveness, efficiency, equity*. 2nd ed. London: Chapman & Hall.
- Tones, K. (2002). Health promotion, health education, and the public health. In Walter W. Holland, Roger Detels, George Knox (eds.). *Oxford Textbook of Public Health*. Vol. 2 (pp. 829-863). Oxford: University Press.
- UK. HMSO (1998). *Public Health in England: the Report of the Committee of Inquiry into the future Development of the Public Health Function: "Acheson Report"*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- UN - United Nations (2000). *United Nations Millennium Declaration*. Washington, D.C.: United Nations. (A/RES/55/2).
- UN - United Nations (2003). *Economic and social council: economic, social and cultural rights*. Washington, D.C.: United Nations: Commission on Human Rights (E/CN.4/2003/58).
- UNDP - United Nations Development Programme (2003). *Human development report: millennium development goals: a compact among nations to end human poverty*. New York: Oxford University Press.
- US Department of Health, Education and Welfare (1979). *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare. (Government Printing Office. Stock; 017-001-00416-2).
- US Institute of Medicine (2000). *Promoting health: intervention strategies from social and behavioural research*. Washington, DC: IOM.
- US Institute of Medicine (2003). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington D.C.: IOM. The National Academies Press.
- WHO (1984). *Health promotion: a discussion document on the concepts and principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization.
- WHO (1986). International Conference on Health Promotion, 1, 17-21 November, 1986. Otawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization. (WHO/HPR/HEP/955.1).
- WHO (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.

- WHO (2006). *The World Health Report 2006: working together for health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved June 10, 2007, from the World Wide Web: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.
- WHO. Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development: report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved August 20, 2009, from the World Wide Web: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>.
- WHO. Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. UNICEF (1978). International Conference on Primary Health Care, Alma Ata (URSS). 6-12 September 1978. Report on the Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization.

Abstract

This paper presents a brief review of the evolution of the health concept and its relationship with social development. Different actors are called to the arena of the Health Promotion, including health professionals, teachers, local authorities professionals and other agents of community development. Health and education are considered as recognized fundamental rights. Empowerment is seen as strategic in increasing the participation, autonomy and control of the health's individual and social determinants.