

QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA: UMA INTERFACE COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Quality of life and resilience: interface with health promotion

Marcela Monteiro de Oliveira Lasmar¹, Telmo Mota Ronzani²

RESUMO

A temática da promoção da saúde vem sendo discutida com bastante atenção nas últimas décadas, numa busca de superar o paradigma biomédico vigente até então. Associados a tal questão, emergem outros conceitos de extrema importância no que diz respeito a promover saúde. São a qualidade de vida e a resiliência, que visam favorecer os aspectos saudáveis dos sujeitos e grupos bem como uma consequente melhoria nas condições de saúde dos mesmos, sendo esse processo responsabilidade do Estado e da sociedade civil. Para tal, o presente estudo apresenta uma revisão da literatura, buscando uma articulação teórica e empírica entre os conceitos de promoção da saúde, qualidade de vida e resiliência. Ao final, aponta para a necessidade de se investir mais em pesquisas e estudos acerca de tais temas bem como a necessidade de implementá-los na prática.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde. Qualidade de Vida. Resiliência.

INTRODUÇÃO

A partir da Constituição de 1988, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de reestruturar o sistema de saúde no país, objetivando a organização de serviços mais resolutivos, mais integrais e humanizados (SOUZA; CARVALHO, 2003). De acordo com os mesmos autores, tais mudanças têm como objetivo final a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo, sobretudo na Atenção Primária, através de ações e serviços que visem à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

De uma maneira global, pode-se dizer que as condições de vida e saúde têm melhorado continuamente e têm sido sustentadas, na maioria dos países, devido aos progressos

ABSTRACT

Health promotion has been given great attention in the last decades, in an attempt to overcome the predominant biomedical paradigm. Furthermore, two other extremely important concepts regarding health promotion have arisen. These are quality of life and resilience, which aim to enhance individual and group healthy features and improve health status, in a process whose responsibility lies with the State and civil society. This study is a literature review seeking a theoretical and empirical articulation among the concepts of health promotion, quality of life and resilience. There is a need to increase investment in research and study of the theme, with practical implementation of the findings.

KEY WORDS: Health Promotion. Quality of Life. Resilience.

políticos, econômicos, sociais e ambientais, bem como o crescimento na saúde pública e na medicina, o que pode ser corroborado pelos relatórios sobre a saúde mundial da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde de 1998. No entanto, apesar de tais avanços, as mesmas organizações são claras ao informar, ao mesmo tempo, a permanência de profundas desigualdades nas condições de vida e saúde entre os diferentes países e também dentro deles, entre regiões e determinados grupos sociais (BUSS, 2000).

O mesmo autor observa que a principal resposta a tais problemas de saúde ainda tem se dado por meio de investimentos crescentes em assistência médica e individual, mesmo que seja demonstrado, de forma clara, que

¹ Marcela Monteiro de Oliveira Lasmar, mestranda em Saúde na Comunidade pela USP: ênfase em saúde coletiva e psicologia comunitária, especialista em Saúde Coletiva pela UFJF. E-mail: mapurjf@yahoo.com.br

² Telmo Mota Ronzani, doutor em Ciências da Saúde pela USP e pós doutorando em Álcool e Drogas pela USP, professor da Faculdade de Psicologia da UFJF.

medidas de prevenção e promoção de saúde em geral tenham sido consideradas razões essenciais para os avanços mencionados.

Algumas conferências internacionais foram realizadas sobre a questão da promoção da saúde, buscando respostas às questões de saúde que emergem em nossa sociedade, através de estratégias promissoras que se pautem pelos aspectos saudáveis dos indivíduos e grupos, evitando que muitos agravos aconteçam e melhorando a qualidade de vida da população. Tais conferências geraram alguns documentos de extrema relevância para o estudo do tema, os quais serão abordados ao longo deste artigo. O primeiro destes foi elaborado na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá, a chamada Carta de Ottawa (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 1986).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade de maneira que esta possa atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo e complementa, posteriormente, apresentando a saúde como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, bem como dimensão significativa da qualidade de vida (WHO, 1986).

Nesta perspectiva da promoção da saúde, destaca-se um conceito que tem sido bastante discutido nos últimos anos, a resiliência, que surge como uma possibilidade de superação das adversidades impostas pela sociedade contemporânea. Assim sendo, nesta busca contínua de melhores índices de qualidade de vida da população, soma-se a resiliência, que pode ser utilizada como instrumento para favorecer tais índices, por meio da prevenção e da minimização dos agravos causados pelo contexto de desigualdade atual.

Buscando responder a tal necessidade, foi desenvolvido o presente trabalho, que tem por objetivo estabelecer uma articulação teórica entre os conceitos de qualidade de vida e de resiliência e suas interfaces com a promoção da saúde. Para tal foi feita revisão da literatura acerca destes conceitos: promoção da saúde, qualidade de vida e resiliência.

O Conceito de Promoção da Saúde

O conceito de promoção da saúde, bem como sua prática, se desenvolveu de maneira mais intensa nos últimos 20 anos, sobretudo em países como Canadá, Estados Unidos e em outros países da Europa Ocidental. Buss (2003) observa que o significado do termo foi mudando ao longo do tempo, representando atualmente um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

As conferências internacionais realizadas nos últimos anos sobre a promoção da saúde estabeleceram bases conceituais e políticas contemporâneas sobre esta temática. Destaca-se, como resultado de tais conferências, a Carta de Ottawa, em que é defendido que os indivíduos e grupos devem ser capazes de identificar suas aspirações, satisfazer necessidades e modificar de modo favorável o meio-ambiente a fim de atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Assim, a saúde passa a ser vista como um conceito positivo, uma vez que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (WHO, 1986).

Na mesma carta, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aborda ainda que a promoção da saúde demanda uma ação coordenada de diversos setores. Engloba também as pessoas, famílias, comunidades, os profissionais e os grupos sociais como partes fundamentais nesse processo (WHO, 1986). Assim, desde o início de sua discussão, o tema da promoção da saúde aponta para a importância da integralidade das ações de saúde.

A Conferência de Adelaide, realizada em abril de 1988, teve como tema central as políticas voltadas para a saúde, as chamadas Políticas Públicas Saudáveis. No documento produzido nesta conferência, as políticas públicas são caracterizadas pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas com relação à saúde e à equidade, bem como pelo compromisso com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população (WHO, 1988). Assim como em Ottawa, a Conferência de Adelaide enfatiza a participação de diversos setores como necessária para a produção de saúde. Ademais, a conferência aponta a ação comunitária como um ponto central na promoção de políticas saudáveis.

A 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Conferência de Sundsvall, realizada em junho de 1991 aponta para a relação saúde/ambiente, tendo como tema central “Ambientes Favoráveis à Saúde”. O registro mostra que o caminho para se diminuir as ameaças causadas pela extrema pobreza e privação deve ser tornar o ambiente cada vez mais propício à saúde, seja este físico, social, econômico ou político. O documento aponta, ainda, a desigualdade social como tendo profundas implicações na saúde da população. “As desigualdades refletem-se no cada vez mais largo fosso do nível de saúde existente, tanto no interior de nossos países, como entre países ricos e pobres” (WHO, 1991 p. 3). Propõe-se que a solução destes problemas está na ação social para a saúde bem como na mobilização de recursos e criatividade de indivíduos e comunidades.

A Conferência de Jacarta, em 1997, foi a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Nesta, a saúde foi definida como “um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico” (WHO, 1997 p. 1). Na mesma conferência, a promoção da saúde foi percebida como um processo que permite às pessoas maior controle sobre sua saúde a fim de melhorá-la. Promover saúde significa atuar sobre os determinantes da saúde com o objetivo de criar maior benefício para as populações, contribuir de modo significativo para a redução das iniquidades em questão de saúde, de assegurar os direitos humanos e de formação do capital social. Sua meta principal é elevar as expectativas de saúde e reduzir a diferença da expectativa de saúde entre os países e grupos (WHO, 1997).

Neste contexto, cabe ressaltar, de acordo com Buss (2003), que o enfoque da promoção da saúde é mais amplo que o da prevenção de doenças. O primeiro busca identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, buscando transformá-los favoravelmente no sentido da saúde. Já o segundo busca apenas que os indivíduos fiquem isentos de doenças. Todavia, sabe-se que saúde não é apenas a ausência de doença, necessitando de fato, de uma visão mais abrangente do tema. O próprio foco no indivíduo e na redução dos fatores de risco, que prevaleceu durante muitos anos no campo da saúde, favoreceu o enraizamento apenas da estratégia preventiva nas práticas de saúde.

Pode-se considerar que a sociedade atual encontra-se no meio das mudanças entre duas perspectivas diferentes em saúde. Uma com uma visão focada na cura da doença, na qual mente e corpo são instâncias separadas e o indivíduo é visto prioritariamente sobre seu aspecto biológico, o chamado “Paradigma Biomédico”. Os modelos de déficit instalados no centro deste paradigma induzem a se pensar em prognósticos redutores e negativos que dificultam os sujeitos a tomarem iniciativas para solucionar dilemas e de se associarem a parceiros a fim de obter ganhos e enriquecer suas capacidades. Isto tem refletido também em instituições - como a família, por exemplo - e na cultura. A unidade de análise era o indivíduo, visto como responsável principal sobre seu estado de saúde.

Por outro lado, encontra-se uma perspectiva pautada, primeiramente, na prevenção e, num segundo momento, na promoção da saúde, na qual o sujeito é visto como ser integral, em suas diversas dimensões; os aspectos do ambiente passam a ser levados em consideração no processo de construção da saúde. Trata-se do denominado “Novo Paradigma em Saúde”. O enfoque na promoção veio, então,

como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pelo seu processo de saúde.

Neste sentido, Czesrenia e Freitas (2003) defendem que a idéia de Promoção de Saúde está estreitamente ligada à realidade. Assim, acreditam que as condições de vida são fator fundamental neste processo.

Ao se fazer uma análise do discurso vigente no campo da promoção da saúde, verifica-se que

[...] a promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução [...] (BUSS, 2000, p. 165).

A promoção da saúde traz ao campo da saúde, portanto, uma visão abrangente do processo saúde-adoecimento, passando a levar em consideração diversos fatores psicossociais que anteriormente não eram considerados. Além disso, traz a construção da saúde como responsabilidade múltipla, ou seja, faz-se necessária uma articulação de vários setores, como o indivíduo, a população, as instituições e o Estado. Outro ponto importante é o saber da comunidade em questão, com suas particularidades e cultura se somando ao saber técnico do profissional.

Todavia, os novos desafios sociais, políticos e culturais bem como a limitação do modelo biomédico para resolver os dilemas de saúde em geral e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm instigado novas formas de pensar e fazer as ações sanitárias. Entre essas, destaca-se o projeto de Promoção à Saúde, que vem hoje constituir o principal eixo do projeto da Nova Saúde Pública (CARVALHO, 2004).

Essa nova abordagem da promoção de saúde, também chamada abordagem sócio-ambiental, passa a definir promoção da saúde como um processo de capacitação de indivíduos e comunidades para terem um controle sobre os determinantes de sua saúde com o objetivo de alcançar uma melhor qualidade de vida (CARVALHO, 2004). Czeresnia e Freitas (2003) reforçam a importância de se trabalhar a autonomia dos sujeitos no processo de construção de sua saúde. O autor acredita que, desta forma, estes estarão aptos à tomada de decisões que seja favorável à sua saúde. Aliás, é importante observar que, ao se favorecer a

autonomia de um indivíduo ou grupo, está se favorecendo não apenas o aspecto saúde, mas outros diversos aspectos, como os sócio-políticos.

No mesmo sentido, Andrade (2001) disserta sobre os movimentos sociais e políticos que buscam potencializar a inclusão social, dando ênfase a alguns dos eixos centrais nesse processo, como a descentralização, com reforço do poder local e a participação social. No sentido da participação popular, Buss (2003) destaca que a ampla valorização do conhecimento popular e da participação social que advém deste conhecimento estão na base do conceito da promoção da saúde.

Todavia, apesar do incremento trazido à saúde pela inserção do conceito de promoção da saúde em sua prática, algumas considerações devem ser feitas no que se refere à efetivação do mesmo.

O Sistema Único de Saúde (SUS), produto da Reforma Sanitária Brasileira, surgiu como um processo político de mobilização da sociedade a fim de se proporem novas políticas e novos modelos de organização e de práticas de saúde no país, visando maior resolutividade dos serviços e um enfoque pautado não mais apenas na doença.

Contudo, faz-se necessário rever e avaliar o modo pelo qual têm sido estabelecidos e executados os serviços e ações de saúde. Será que, de fato, estão sendo coerentes com a nova perspectiva de saúde explicitada em sua legislação, numa perspectiva não apenas de prevenção de doenças, mas de promoção da saúde, tendo em vista os determinantes do processo saúde-doença? A resposta a tal questionamento se relaciona com o bem-estar da população, na medida em que se atua antes que os agravos aconteçam, está se favorecendo a qualidade de vida da mesma.

Assim, os avanços vêm se dando sim, porém de maneira lenta e gradual. Na XII Conferência Nacional de Saúde, em 2003, foram debatidos temas cruciais para a consolidação de fato do SUS. Deste debate, resultou a proposta de um novo pacto de gestão, conhecido recentemente por Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006). Tal pacto tem por objetivo enfrentar as dificuldades e implantar inovações na organização e nos processos de gestão do sistema.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2006 p. 12).

Dentre os pontos abordados neste pacto, pode-se destacar a elaboração e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase para a adoção de hábitos saudáveis por parte da população. Além disso, reforça-se mais uma vez a mobilização da sociedade e a qualificação da participação social, como um requisito indispensável para fortalecer outras dimensões do pacto pela saúde, com o acompanhamento e cobrança de responsabilidade pelos atores sociais junto aos gestores do SUS (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Uma outra crítica é feita por Westphal (2000), que afirma que a Promoção da Saúde também vem sendo ameaçada pela “Revolução do Bem-Estar”, mobilizada pelo setor privado a fim de elevar o consumo dos produtos considerados “saudáveis”, aparentando à população estar se protegendo e promovendo sua qualidade de vida. Todavia, a mesma autora, num momento posterior, salienta que, se nada for feito tanto por parte da população quanto do SUS, as diferenças entre ricos e pobres, as iniquidades se ampliarão, impedindo a concretização dos ideais da modernidade no que diz respeito à emancipação do ser humano (WESTPHAL, 2007).

Parafraseando Akerman *et al.* (2004), promover a vida significa compartilhar possibilidades de modo que todos possam viver seus potenciais de forma plena, perceber a interdependência entre os indivíduos, organizações e grupos bem como os conflitos decorrentes dessa interação, reconhecer que a cooperação, a solidariedade e a transparência entre os sujeitos precisam ser resgatadas, ou seja, tornam-se necessários novos caminhos éticos para a sociedade.

Qualidade de Vida: Algumas Definições

Neste cenário, a qualidade de vida surge como aparato, ou, em uma instância mais ampla, como finalidade da promoção da saúde. O discurso da relação entre qualidade de vida e a área da saúde já existia, apesar de muito inespecífico e generalizante desde o início da medicina social nos séculos XVIII e XIX, quando investigações de caráter mais sistemático começaram a referendar a idéia de excelência das condições de vida e servir de base para políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO *et al.*, 2000).

Nos últimos anos, segundo os mesmos autores, o estreitamento da relação entre condições e qualidade de vida com a saúde tem aproximado os clássicos da medicina social da discussão. Tal discussão tem sido cada vez mais revigorada e atualizada e tem como estratégia central o conceito de promoção da saúde.

O conceito de qualidade de vida, ainda hoje, não tem uma definição precisa, tendo sido inicialmente associado a algo quantitativo, relativo a recursos materiais disponíveis para determinado indivíduo ou sociedade (SOUZA; CARVALHO, 2003). Para Minayo *et al.* (2000), ao se falar em qualidade de vida, o patamar material mínimo e universal se refere à satisfação das necessidades humanas básicas, tais como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, ou seja, elementos materiais que têm como referência noções de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Buss (2000) observa que, em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda e o baixo grau de escolaridade, as condições precárias de habitação e ambiente exercem um papel muito importante sobre as condições de vida e saúde da população. Tal fato pode ser corroborado por um amplo estudo acerca das tendências da situação de saúde nas Américas realizado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 1998) citado por Buss (2000), o qual mostra que os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos. Exemplo disso foi a redução na mortalidade infantil, o aumento na esperança de vida, o acesso à água e ao saneamento básico, o gasto em saúde, a fecundidade global e o incremento na alfabetização de adultos como função direta do Produto Nacional Bruto dos países.

Todavia, a dificuldade em mensurar os fatores subjetivos referentes ao conceito não pode excluí-los das reflexões acerca da temática. Mesmo que os critérios materiais sejam utilizados como indicadores, deve-se abordar a dimensão subjetiva a fim de que se tenha uma visão integral do conceito (SOUZA; CARVALHO, 2003). Observa-se que, em todos os estudos feitos sobre qualidade de vida, estão também presentes valores como amor, liberdade, solidariedade e inserção pessoal, realização pessoal e felicidade (MINAYO *et al.*, 2000).

Assim sendo, Rueda (1997) classifica a qualidade de vida como condição complexa e multifatorial, na qual é possível desenvolver algumas medidas objetivas, através de diversos indicadores, ressaltando, contudo, a vivência que o sujeito ou grupo pode ter de si mesmo. Desta forma, complementam Souza e Carvalho (2003 p.516), “a qualidade de vida não pode ser tomada como um conceito geral, mas entendida dentro da experiência cotidiana e pessoal de cada um dos envolvidos”.

A qualidade de vida pode ser descrita, ainda, como

[...] uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar,

amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural [...] (MINAYO *et al.*, 2000 p.8).

Percebe-se, portanto, a importância de se considerar a integralidade dos diversos fatores envolvidos na chamada qualidade de vida, sejam estes objetivos, materiais ou subjetivos. Além disso, outro ponto fundamental é a percepção ou análise que os próprios sujeitos fazem acerca de suas condições de vida, não considerando apenas a leitura que o profissional faz das mesmas, afinal, ninguém melhor para avaliar seu contexto do que os próprios indivíduos inseridos nele.

Como se pode perceber, tal conceito torna-se, portanto, de difícil definição, pois engloba múltiplas dimensões: física, psicológica e social, cada uma comportando vários aspectos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) corrobora esta idéia da natureza multifatorial do conceito, englobando nele a saúde física, saúde psicológica, nível de independência (aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000).

Queiroz *et al.* (2004) relacionam a capacidade das pessoas de controlarem os fatores objetivos e subjetivos que determinam a qualidade de vida e o nível de participação da sociedade civil organizada nas decisões sociais com a capacidade de alcançar um melhor índice de qualidade de vida: quanto maior o primeiro, mais elevado tende a ser o segundo.

Nota-se, desta forma, além das políticas públicas, o papel fundamental da população sobre a construção de sua qualidade de vida, influenciada e construída a partir dos valores culturais e históricos que a caracterizam e de seu protagonismo social, ou seja,

[...] a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde [...] (MINAYO *et al.*, 2000 p. 16).

Todavia, a busca por uma qualidade de vida melhor não se torna um papel apenas da população, ao contrário, o Estado deve desempenhar papel essencial neste processo.

Portanto, somando-se e até mesmo em resposta às demandas levantadas e reivindicadas pela população, compõe parte fundamental do processo de melhoria da qualidade de vida a responsabilidade da organização pública, que deve aliar à condição de sua execução a dotação orçamentária e a busca efetiva da melhoria das condições de vida para a população (QUEIROZ *et al.*, 2004).

Mediante as diversas definições encontradas sobre o conceito de qualidade de vida, pode-se mencionar uma que inclui os vários aspectos anteriormente descritos:

[...] a condição biopsicossocial de bem-estar, relativa a experiências humanas objetivas e subjetivas e considerada dentro das particularidades individuais e sociais da situação singular. Refere-se, portanto, a uma definição de caráter contextual, devendo ser entendida dentro das especificidades de cada situação, e multidimensional, considerando os vários determinantes da condição humana [...] (SOUZA; CARVALHO, 2003, p. 517).

Cabe, portanto, sobretudo aos profissionais de saúde e áreas afins (como do meio ambiente) promover intervenções que estimulem a participação popular e que favoreçam melhores índices de saúde da população, implicando, conseqüentemente, na qualidade de vida da mesma.

A Resiliência em Questão

Da mesma forma como a qualidade de vida está imbricada no processo de promoção da saúde, destaca-se atualmente o conceito de resiliência, que vem sendo entendido, de uma maneira geral, como o potencial de superação dos indivíduos e comunidades frente a situações adversas. Tal conceito tem se tornado objeto de estudo de profissionais das mais diversas áreas, embora muitos destes ainda desconheçam o conceito e a aplicabilidade do mesmo em suas ações.

Apesar de diversas disciplinas utilizarem o termo resiliência, a psicologia, enquanto ciência cujo objeto de estudo é o próprio ser humano deve, sem dúvida, implicar-se na busca de um maior conhecimento do termo bem como das contribuições que daí podem derivar, tanto para o desenvolvimento do sujeito em si, quanto para o desenvolvimento da sociedade, do contexto social no qual ele está inserido.

No domínio da psicologia, o fenômeno da resiliência vem sendo estudado há pouco mais de vinte anos, obten-

do um enfoque maior a partir dos últimos anos do século passado, quando tal construto passa a ser abordado em encontros internacionais. No entanto, nesta área, sua definição não é tão clara como na física e na engenharia - onde resiliência é entendida como o potencial de um material retornar a seu estado inicial após sofrer alguma deformação - uma vez que, neste contexto, deve-se observar a riqueza, a complexidade e a multiplicidade de fatores e variáveis que precisam ser levados em conta no estudo dos fenômenos humanos (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

O estudo da resiliência constituiu duas gerações de pesquisadores: uma primeira, que tinha interesse em descobrir quais fatores protetores estavam na base da adaptação em crianças em situação de adversidade (KAPLAN, 1999) citado por Infante (2005), e uma segunda, que trouxe esta noção de processo e da aplicabilidade do tema na construção de programas sociais. Esta noção de processo implica uma dinâmica entre fatores de risco e fatores de resiliência, que é o que permite ao indivíduo superar a adversidade (INFANTE, 2005).

Tavares (2001) classifica a resiliência, do ponto de vista da psicologia e da sociologia, como uma capacidade de resistir, pessoalmente ou em grupo, a situações adversas sem perder o equilíbrio inicial, ou seja, a capacidade de acomodar e reequilibrar constantemente.

Rutter (1987 p.317) afirma que a resiliência “não pode ser vista como um atributo fixo do indivíduo, e diz que, se as circunstâncias mudam, a resiliência se altera”. Morais e Koller (2004), nessa mesma perspectiva, apresentam a resiliência como uma reafirmação da capacidade humana de superar adversidades, o que não implica dizer que o sujeito saia ileso da crise. E acrescentam, dizendo que suas bases são tanto constitucionais quanto ambientais, não havendo, portanto, uma quantidade fixa, mas oscilando de acordo com as circunstâncias.

Pinheiro (2004) fala da importância da resiliência, apresentando o conceito como a capacidade do indivíduo ou família enfrentar as adversidades, conseguindo superá-las, apesar de ser transformado por elas.

Pereira (2001), com base em Grotberg (1995), apresenta a resiliência como uma capacidade universal que possibilita ao indivíduo, grupo ou comunidade, prevenir, minimizar ou ultrapassar os efeitos da adversidade. Desta forma, pode-se dar à resiliência um caráter preventivo, como meio através do qual se estimule o desenvolvimento dos fatores de proteção frente aos fatores de risco a que se possa estar exposto.

Estudiosos das resiliências definiram algumas condições que as reforçam, tais como crenças, atitudes e aptidões, como a capacidade de colaborar, a confiança em si e nos outros,

habilidades de comunicação, capacidades de expressão, habilidades para resolver conflitos, capacidade de assumir um compromisso, participação, acesso a emoções relacionadas à esperança e otimismo, alegria, humor, flexibilidade e capacidade de autorreflexão (RAVAZZOLA, 2005).

Grotberg (2005) apresenta alguns pontos importantes no estudo da resiliência, dentre os quais discute a mesma como um processo e a prevenção e a promoção como conceitos relacionados a ela.

Nesta trajetória, a resiliência passa, então, a ser percebida como um processo, ou seja, não se trata apenas da superação da adversidade em si, mas de como o indivíduo o faz e o que ocorre em consequência disso. Além disso, o objetivo da resiliência é ajudar os indivíduos e grupos a se beneficiarem das experiências, ao invés de somente enfrentarem-nas (GROTBORG, 2005).

Tais descobertas trazem uma concepção mais aprofundada da resiliência, pois avança para além de definições conceituais buscando uma compreensão mais processual do tema. Um percurso teórico vai sendo construído, começando da relação da resiliência com o curso do desenvolvimento humano, perpassando pelos fatores de risco aos quais o sujeito pode estar exposto e, mediante isto, buscando a promoção dos fatores de proteção, seja por meio de projetos sociais, educacionais, de saúde mental ou correlacionados.

Numa visão mais coletiva da resiliência, pode-se pensar que os traços positivos apresentados como sendo próprios de determinados indivíduos são favorecidos por algumas interações e dificultados por outras e que, assim, é possível contribuir para construir as resiliências (de acordo com concepções sistêmico-ecológicas, evolutivas e contextuais) a partir de diferentes grupos sociais e instituições da comunidade (RAVAZZOLA, 2005).

Assis *et al.* (2006) apontam para a relação cada vez mais intrínseca da resiliência com a área da saúde. Apresentam dois documentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) voltados para programas de ação e promoção da resiliência. Nestes é enfatizada a importância de se analisar o contexto cultural de cada comunidade, buscando respeitar sua identidade coletiva. Relatam, também, que tanto indivíduos quanto grupos humanos possuem mecanismos protetores potenciais que, por sua vez, apresentam um caráter dinâmico, ou seja, os programas de intervenção pautados na perspectiva da resiliência devem ser constantemente revistos e reforçados (MUNIST *et al.*, 1998).

Assim sendo, faz-se necessário o estabelecimento do conceito bem como de formas de promoção da resiliência nos diversos setores e espaços da sociedade, visando não

somente a defesa frente a episódios inesperados, mas também uma ampliação dos fatores de proteção a partir destes. Tavares (2001) aponta para a importância de as iniciativas de política social, educativa, científica e investigativa penetrarem nesta dinâmica.

Promoção da Saúde, Qualidade de Vida e Resiliência: Uma Articulação Teórica

A promoção da saúde, conforme descrita, apresenta propostas que visam ir ao encontro de questões emergentes em nossa sociedade (tais como o aumento da dependência química, delinquência, alcoolismo, entre outros), porém de uma forma que se tenha uma visão geral dos macrodeterminantes do processo de saúde-adoecimento e que assim se consigam articular ações que respondam de maneira eficaz a tais problemas. Evidenciam-se, nesta perspectiva, os aspectos saudáveis de uma população, ou seja, busca-se uma ampliação dos fatores de proteção e, como consequência, uma diminuição dos fatores de risco aos quais tal população possa estar exposta.

Para que tal conceito seja efetivado em ações e políticas de saúde, algumas ferramentas precisam ser utilizadas a fim de se atingir uma maior qualidade de vida para a comunidade como um todo. Uma destas ferramentas utilizadas atualmente é a resiliência. “A resiliência [...] é parte da saúde mental e da qualidade de vida” (GROTBORG, 2005 p.15).

Nota-se, portanto, de uma maneira ampla, a articulação destes três conceitos: promoção da saúde, qualidade de vida e resiliência, todos imbricados na construção de meios que favoreçam a saúde.

De modo mais específico, podem-se traçar alguns pontos onde os mesmos se interpassam, evidenciando o potencial de se trabalhá-los articuladamente. Dentre esses pontos, destacamos aqui: o foco na saúde, na prevenção, a importância dos fatores do contexto, a participação popular e a integralidade.

Com o avanço do movimento contemporâneo pela promoção de saúde, vem sendo observada uma mudança de paradigma que já começa a se instalar nos dias atuais no campo da saúde, conforme citado anteriormente, ou seja, uma busca pela promoção das características sadias e protetoras dos sujeitos a fim de superarem as condições de risco a que estejam submetidos ao invés da tentativa de recuperação após os danos já terem se instalado; um enfoque na saúde e não mais na doença, uma ideia de propostas de busca de soluções e não mais de fixação nos problemas.

Assis *et al.* (2006), citando Cowen e Work (1998), sugerem que se deva continuar testando modelos de promoção da saúde que atuem antes que os agravos já tenham se instalado. Esta proposta deveria proporcionar um potencial proativo de construção e preservação da saúde, ao contrário do modelo curativista ainda dominante nos serviços de saúde. Desta forma, consideram o modelo da resiliência como uma forma legítima de fortalecer a prevenção primária.

A respeito da prevenção primária, os autores anteriormente mencionados complementam afirmando que, além desta envolver ações que interferem antes que o risco se transforme em situação de agravo, direciona o objetivo principal para promover as potencialidades dos sujeitos ou grupos em questão.

Da mesma forma, a resiliência também apresenta esse novo olhar no campo da prevenção e da promoção, uma vez que desvia o foco anteriormente dado sobre os fatores de risco para as características positivas que podem e devem ser ampliadas. Assis *et al.* (2006) expõem ainda, mencionando Bloom (1996), a importância, neste sentido, do trabalho multidisciplinar, com diferentes olhares apresentando o mesmo foco, mesmos objetivos e metas.

Para Ravazzola (2005), o enfoque das resiliências possibilita a reflexão que, mesmo diante das adversidades sofridas por uma pessoa, família ou comunidade, estas apresentam potenciais que as possibilitam desenvolver e alcançar níveis aceitáveis de saúde e bem-estar. Foca-se, portanto, nos aspectos saudáveis do indivíduo ou grupo.

Vale destacar também, nesta articulação, o papel do ambiente na construção da saúde, que passa a ter um local de destaque. Na própria concepção de saúde trazida pela OMS, o termo passa a englobar fatores psíquicos e sociais, ao invés de somente os fatores físicos (FLECK, 2000).

Da mesma forma, a resiliência é vista de maneira intrínseca com o contexto no qual os sujeitos estão inseridos. Rutter (1987) já afirmava que, se as circunstâncias mudam, a resiliência se altera. Morais e Koller (2004) afirmam que as bases da resiliência são tanto constitucionais quanto ambientais.

Devido às difíceis situações pelas quais têm passado as sociedades dos nossos dias, tem-se instigado o desenvolvimento de atividades que tornem as pessoas mais resilientes. “Este desafio que se coloca a todas as instituições e organizações de formação é, no fundo, um processo de reflexão, de educação, de socialização” (TAVARES, 2001, p. 43).

Nessa mesma perspectiva, a OMS já incluí, nas dimensões da qualidade de vida, fatores como relações sociais e meio ambiente, conforme mencionado por Souza e Carvalho (2003).

Outro ponto a ser observado nessa dinâmica qualidade de vida/resiliência/promoção da saúde é a participação social, compreendida como o envolvimento dos diversos atores interessados (como o governo, os componentes da comunidade e organizações afins, profissionais de saúde, entre outros) na eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação de iniciativas (BRASIL, 2001 apud WESTPHAL, 2007). Portanto:

Tendo em vista que o processo de elevação da qualidade de vida é o resultado de uma disponibilidade pessoal e subjetiva de cada indivíduo na apropriação de benefícios externos, a implicação popular é um fator essencial. O princípio da participação popular previsto pelas políticas de promoção da saúde e da qualidade de vida objetiva implicar cada sujeito e a comunidade em geral com seu próprio processo de desenvolvimento e fortalecer os vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre comunidades e equipes de saúde (SOUZA; CARVALHO, 2003 p. 522).

Nota-se, assim, a importância da implicação de cada sujeito neste processo, bem como a articulação entre os diversos atores sociais presentes no cenário em questão.

De acordo com Assis *et al.* (2006), a promoção da resiliência deve ser direcionada não apenas às crianças e adolescentes em meio a dificuldades, mas à comunidade participativa, engajada com uma vida saudável. Já existem, atualmente, propostas concretas de prevenção em saúde e educação cujo enfoque é voltado para uma atuação que promova a resiliência de indivíduos e grupos como famílias e comunidades.

Souza e Carvalho (2003) atentam que intervenções que visam um aumento da qualidade de vida são palco para que diversos atores sociais possam atuar na promoção do bem-estar humano e na estruturação de uma sociedade cada vez melhor, levando em consideração o caráter multidimensional deste conceito.

Na mesma perspectiva da promoção da saúde na Saúde Coletiva, deve-se observar como as relações interpessoais se estabelecem e como isto se relaciona com o processo de superação de adversidade por determinado grupo.

Assim, apesar do pouco consenso teórico, a resiliência se instaurou no campo da promoção da saúde, passando a discutir o conceito para além dos indivíduos, através de expressões como escolas resilientes ou comunidades resilientes (TRAVIS, 2002) citado por Pesce *et al.* (2005).

A promoção da saúde, como conceito presente e fundamental deste novo paradigma da saúde, traz em seu bojo a necessidade de se ampliar de fato e cada vez mais o

entendimento acerca dos macrodeterminantes do processo saúde-doença. Como uma das estratégias de produção da saúde, isto é, como uma maneira de pensar e operar articuladamente às demais políticas e tecnologias do sistema de saúde brasileiro, a promoção da saúde contribui para a construção de ações que tentam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006).

Desta forma, destaca-se o conceito de integralidade, conforme definido na Constituição de 1988. Esta se apresenta como um dos princípios básicos do SUS e pode ser definida como “atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). Adota-se, neste estudo, o conceito de integralidade que engloba um atendimento integral, a integralidade das ações e a articulação entre diferentes setores que estejam imbricados no processo de construção da saúde.

Assis *et al.* (2006), falando sobre elementos-chave para os programas de intervenção baseados na resiliência, ressaltam um modelo denominado PCAP, que significa ações sobre pessoas (People), contribuições (Contributions), atividades (Activities) e local (Place). Tal modelo preconiza que as intervenções devem ser construídas sobre a extensão da comunidade em colaborações intersetoriais.

Da mesma forma, a qualidade de vida, ao englobar várias dimensões, exige que o profissional de saúde tenha uma visão integral do ser humano e que seja capaz de articular ações que contemplem as necessidades dos grupos em sua totalidade. Buss (2000) afirma que o desenvolvimento da promoção da saúde enquanto teoria e prática busca respostas que consigam, de maneira integradora, articular saúde e qualidade de vida.

Percebe-se, portanto, a articulação teórica entre os conceitos de qualidade de vida e resiliência, bem como a sustentabilidade que os mesmos conferem ao conceito de promoção da saúde. Todavia, faz-se necessário que tal revisão teórica sirva como uma provocativa às ações em saúde e às políticas públicas, de um modo geral, de forma que os diversos profissionais se esforcem para alcançar uma efetivação dos princípios da resiliência na busca por uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, pela promoção, ou, poderia-se dizer, ampliação das condições de saúde das populações com as quais atua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão ressalta a necessidade de se investigar cada vez mais o estudo dos conceitos relacionados

à temática da promoção da saúde, tendo em vista sua complementaridade. Muitas vezes os profissionais são formados, na realidade, tendo uma visão parcial do processo de saúde, ou seja, não constroem um conceito amplo de saúde. Como consequência, não relacionam nem mesmo teoricamente temas como estes que subsidiam sua prática e que, se utilizados de maneira articulada, potencializam suas ações.

Nota-se, portanto, a importância de se investir mais em estudos que englobem as temáticas da resiliência e da qualidade de vida, na perspectiva da promoção da saúde, valorizando os aspectos saudáveis dos indivíduos e grupos, de modo que estes os descubram e os maximizem.

O conceito de resiliência em saúde pode ser um referencial importante para os profissionais de saúde, tendo em vista a possibilidade de se adotar um novo referencial de saúde, de forma que suas práticas possam estar voltadas para o desenvolvimento da qualidade de vida e de comunidades resilientes, promovendo, assim, a saúde nos grupos e populações.

Cabe, então, aos profissionais da saúde, continuarem a busca por uma definição mais completa do tema e por uma aplicabilidade de tal conceito em favor do desenvolvimento e do bem comum, de maneira que o fenômeno da resiliência possa, de fato, ser compreendido e construído de maneira coletiva e ampliada por cada um e pela comunidade como um todo.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. *et al.* É possível avaliar um princípio ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 605-615, 2004.

ANDRADE, A. M. B. A. **Resiliência enquanto modelo de atuação na estratégia de intervenção do Programa Saúde da Família (PSF)**. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

ASSIS, S. G. *et al.* **Resiliência**: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília; 1988. art. 198.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Editora MS, 2006. Série Pactos pela Saúde, v. 7.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 15-38.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 669-678, 2004.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 33-38, 2000.

GROTBERG, E. H. Novas tendências em resiliência. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. São Paulo: Artmed, 2005. p. 15-22.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. São Paulo: Artmed, 2005. cap. 1, p. 23-38.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 7-18, 2000.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano, Psicologia Positiva e Resiliência: Ênfase na Saúde. In: KOLLER, S. H. **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 91-107.

MUNIST, M. *et al.* **Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños e adolescentes**. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 1998.

PEREIRA, A. M. S. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In: TAVARES, J. **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. cap. 3, p. 77-94.

PESCE, R. P. *et al.* Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 436-448, 2005.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, p. 67-75, 2004.

QUEIROZ, C. M. B. *et al.* Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 411-421, 2004.

RAVAZZOLA, M. C. Resiliências familiares. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. São Paulo: Artmed, 2005. cap. 5, p. 73-85.

RUEDA, S. Habitabilidad y calidad de vida. In: RUEDA, S. **Ciudades para un futuro más sostenible**. La Construcción de la Ciudad Sostenible. Disponível em: <<http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>> Acesso em: 05/02/07.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, New York, v. 57, p. 316-331, 1987.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, p. 515-523, 2003.

TAVARES, J. A Resiliência na sociedade emergente. In: TAVARES, J. **Resiliência e educação**. São Paulo: Editora Cortez, 2001. Cap. 2, p. 43-75.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 39-52, 2000.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção das doenças. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Editora Fiocruz, 2007. Cap. 19, p. 635-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Carta de Ottawa. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Declaração de Adelaide sobre Cuidados Primários. In: FUNDA-

ÇÃO OSWALDO CRUZ. **Promoção da saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Declaração de Sundsvall sobre Promoção da Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Promoção da saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, Ministério da Saúde/IEC, 1991.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 1ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Editora Fiocruz, 2007. Cap. 16, p. 531-562.

YUNES, M. A. M.; SZYAMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. **Resiliência e educação**. São Paulo: Editora Cortez, 2001. cap. 1, p. 13-42.

Submissão: junho de 2008

Aprovação: dezembro de 2008
