



**INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NORTE**

**Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte
CESPU-Formação Angola**

***REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA EM
ANGOLA***

JOSIAS SOMANDALU



**INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NORTE**

**Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte
CESPU-Formação Angola**

***REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA EM
ANGOLA***

JOSIAS SOMANDALU

2012

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, nomeadamente: Pais, cônjuges, Filhos, Irmãos e Outros pela paciência, carinho, colaboração e compreensão manifestadas ao longo do período da minha formação.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, de feliz memória, que me deram a vida e me deram os primeiros passos de aprendizagem, a minha eterna gratidão.

À minha esposa, aos meus filhos que consentiram sacrifício, suportando as minhas ausências aquando da minha formação, a minha imensa gratidão.

À Direcção da Cesp- formação, S.L. que pensou tornar extensiva a Angola, a Cesp – Formação Angola, possibilitando-nos a formação em Psicologia Clínica e da Saúde, o meu profundo reconhecimento.

‘Cesp Formação Angola que sempre nos animou, encorajou, nos deu alento, compreendendo as nossas limitações nos momentos difíceis, o meu profundo agradecimento.

Um agradecimento especial aos meus queridos docentes que com sacrifício, espírito de entrega nos inundaram de conhecimentos.

Aos meus colegas de Curso, que com o seu espírito colaborativo e cooperativo sempre me animaram, enchendo de perseverança e coragem, o meu profundo reconhecimento.

À Repartição Municipal de Saúde, ao Hospital Municipal de Caimbambo, Província de Benguela – Angola, aos médicos, enfermeiros, Administrativos e outros que me ajudaram, possibilitando a realização do meu trabalho, a minha imensa gratidão.

À todos quantos directa ou indirectamente contribuíram para o êxito desse trabalho, o meu forte reconhecimento.

RESUMO

Este trabalho investigativo versa sobre a saúde e doença. Tem como objectivo fazer com que a população ganhe cada vez mais a noção da importância de saúde, da promoção da saúde, da prevenção das doenças, tenha a cultura da promoção da qualidade da saúde e da educação para saúde, para que alcance o bem estar. A amostra foi de 80 elementos sendo: (30) masculinos e (50) femininos.

Foram recolhidas as amostras no Hospital Municipal de Caimbambo-Benguela-Angola, com consentimento informado dos mesmos.

Muitos deles têm noção da saúde e da doença; outros não, pelas suas afirmações não muito claras sobre saúde e doença nem da prevenção da doença e da promoção da saúde.

Conclui-se que deve haver um esforço continuado de educação para saúde e de esclarecimento sobre a saúde e doença.

ÍNDICE

Conteúdo

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
1 - SAÚDE	10
2. RESENHA HISTÓRICA DA SAÚDE.....	10
2.1 – NA ANTIGUIDADE	10
2.2. Primeira revolução da saúde	12
2.3. Segunda revolução da saúde.....	12
3. PRINCIPAIS CONCEITOS DA SEGUNDA REVOLUÇÃO DA SAÚDE	13
3.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE	15
3.2 - ESTILO DE VIDA.....	16
3.3 - QUALIDADE DE VIDA	17
4. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	19
5 - DOENÇA.....	22
6 - RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DOENÇA	23
7 - A SAÚDE EM ANGOLA	23
8 - A SAÚDE EM BENGUELA.....	24
9 - NO MUNICÍPIO DO CAIMBAMBO	25
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	28
1 - OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	29
2. Associação livre e questões abertas.....	29
3. Procedimento	29
4 - Amostra	30

5 – Resultados.....	30
5.1 Representação social da saúde	30
5.2 Representação social da doença	31
5.2 Representação social da saúde e da doença.....	33
CONCLUSÕES	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35

INTRODUÇÃO

Este trabalho de investigação incide sobre a Saúde e a Doença.

Este trabalho é de suma importância porque não há vida sem saúde. Tem objectivo de capacitar a população da importância da preservação da saúde ; busca inculcar no homem sobre a importância da promoção da saúde para a elevação da qualidade de vida, surgindo assim ao bem -estar. Visa também capacitar a comunidade sobre a noção da qualidade de vida através do saneamento básico e das noções da saúde pública. Visa inculcar na população a importância da prevenção da doença para a promoção da saúde.

Segundo Ribeiro (1998) a promoção da saúde visa essencialmente a participação pública concreta e eficaz, e requer o desenvolvimento de aptidões de resoluções de problemas e de tomada de decisão, tanto individuais como colectivas.

Por outro lado na promoção da saúde deve ter-se em conta a importância do *Empowerment*, isto significa que a população deve cultivar a consciência de por si só promover a qualidade de vida e lutar para o bem estar.

Este trabalho utilizou uma amostra de 80 participantes retirados do Hospital Municipal do Caimbambo-Benguela-Angola Com consentimento informado, sendo 50 femininos e 30 masculinos.

O presente trabalho de investigação estrutura-se em dois capítulos.

O Primeiro capítulo versa-se sobre a teorização do trabalho.

O segundo capítulo constitui a parte prática, incidindo sobre os objectivos, procedimento, análise dos resultados, discussão, conclusões e recomendações.

E finalmente a referência bibliográfica.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - SAÚDE

O conceito de saúde varia consoante o contexto histórico, cultural, social, pessoal, científico e filosófico, espalhando a variedade de contextos de experiência humana. Nas organizações internacionais, os representantes dos diversos povos discutem e acordam definições e estratégias globais para abordagem destes conceitos. Imediatamente a seguir à segunda guerra mundial a Organização Mundial da Saúde definia saúde como “estado de bem-estar físico, mental e social, total, não apenas ausência de doença ou de incapacidade” (WHO, 1948).

Em 1986, a Organização Mundial da Saúde expandiu e tornou mais objectivo o conceito de saúde definindo-a como a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modo a ficar ou lidar com o meio que o envolve. Saúde é, dizem, visto como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não objectivo de vida (WHO, 1986).

2. RESENHA HISTÓRICA DA SAÚDE

2.1 – NA ANTIGUIDADE

Os conceitos de saúde e de doença evoluíram com a história do homem. Pode-se definir uma evolução das concepções de saúde e doença em quatro fases. Uma fase que decorreu até a idade média, outra iniciou-se em consequência dos modos de pensar pós-renascentistas, uma terceira que iniciou-se após o início da Revolução Industrial para lutar contra as doenças geradas pela alteração dos padrões de vida – de rural e camponês para citadino e operário – e, finalmente a que se iniciou com a alterações nos padrões de morbidade e mortalidade pós Segunda Guerra Mundial. Serão discutidas detalhadamente as consequências potenciais da Segunda Revolução da Saúde e o futuro desejável para esta área (Ribeiro,1998).

De facto, Hipócrates, acompanhando o racionalismo e o naturalismo dos filósofos da época, defendeu que as doenças não são causadas por demónios ou por deuses, mas por causas naturais que obedecem a leis também naturais. Propôs, que os procedimentos terapêuticos se baseassem numa base racional, com o objectivo de corrigir os efeitos nocivos das forças naturais. Com ele, a medicina afastou-se do

misticismo e do endeuamento e baseou-se na observação objectiva e no raciocínio dedutivo.

Considerou que o bem-estar da pessoa estava sob a influência do seu ambiente, isto é, o ar, a água, os locais que frequentava e a alimentação. A saúde era a expressão de um equilíbrio harmonioso entre os humores corporais, os quais eram representados pelo sangue, pelas bílis negra e amarela e pela linfa ou fleuma.

A saúde relacionava-se não apenas com os humores contidos no corpo humano, mas também com o resto do universo no qual estava incluído. Considerava-se que o ambiente e o estilo de vida da pessoa influenciavam o seu estado de saúde. É de salientar que na sua origem etimológica - em grego, em germânico, latino, judaico - saúde e doença não apresentam qualquer relação de sentido.

A saúde significava mente sã em corpo são e só podia ser mantida se a pessoa seguisse um estilo de vida consonante com as leis naturais. Só assim seria possível assegurar um equilíbrio entre as forças do organismo e as do seu ambiente. Estas asserções representam um princípio básico da medicina hipocrática: a natureza tem um papel formativo, construtivo e curativo (Nuland, 1988). O corpo humano tende a curar-se a si próprio. Apenas sob circunstâncias muito especiais as causas mórbidas podem sobrepor-se à tendência natural de restabelecer os ritmos e equilíbrios próprios da saúde (Noack,1987). Assim, no tratamento das doenças, o médico devia respeitar um princípio fundamental e imperativo: *primum non nocere*, isto é, primeiro, não fazer mal (ibidem).

Mas Hipócrates não se centrou apenas no paciente e no seu ambiente pois realçou ainda a importância da relação médico-doente e as suas consequências sobre o bem-estar deste. A este propósito referiu "alguns pacientes, embora conscientes de que o seu estado de saúde é precário, recuperam devido simplesmente ao seu contentamento para com a humanidade do médico" (Nuland, 1988, p.59).

O modelo biomédico respondeu às grandes questões de saúde que se manifestavam na época, definindo a teoria do germe. Esta, dentro do espírito cartesiano, postulava que um organismo patogénico específico estava associado a uma doença específica, fornecendo assim as bases conceptuais necessárias para combater as epidemias.

A primeira revolução da saúde foi um dos ramos do modelo biomédico que conduziu ao desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública (Bolander, 1998). Tais medidas foram essenciais para as mudanças dos padrões de saúde e doença do mundo desenvolvido de então, e foram suficientes até meados do presente século.

2.2. Primeira revolução da saúde

O início da revolução industrial, nos finais do século XVIII, teve consequências nefastas para a saúde. Exemplos maciços de desequilíbrio ecológico foram, por exemplo, as grandes epidemias decorrentes das mudanças sociais e das alterações do sistema de produção. Grande quantidade de pessoas migrava e aglomerava-se nas grandes cidades, com fracas condições de salubridade e habitabilidade, facilitadoras da difusão de microorganismos causadores de grande morbidade e mortalidade. A tuberculose foi uma das doenças mais conhecidas da época e a que mais vítimas provocou, tendo-se verificado o mesmo padrão de mortalidade elevada para outras doenças infecciosas, tais como: a pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria e a varíola (entre outras).

A primeira revolução da saúde foi um dos ramos do modelo biomédico que conduziu ao desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública (Bolander, 1998). Tais medidas foram essenciais para as mudanças dos padrões de saúde e doença do mundo desenvolvido de então e foram suficientes até meados do presente século.

2.3. Segunda revolução da saúde

A expressão "segunda revolução da saúde" foi utilizado por Richmond, em 1979, no seu relatório sobre a saúde dos americanos, e propõe-se qualificar as mudanças cuja implementação é necessária para responder às novas exigências de saúde. Globalmente, pode afirmar-se que o desenvolvimento do modelo biomédico centra-se na doença, que a primeira revolução da saúde centra-se na prevenção da doença, e que a segunda revolução da saúde centra-se na saúde.

Os aspectos mais radicais desta segunda revolução são:

- ✓ centrar-se na saúde ao invés de na doença;
- ✓ preconizar o retorno a uma perspectiva ecológica.

Acreditara-se que, com a primeira revolução da saúde, os problemas de saúde estariam resolvidos. No entanto, a partir de meados do século XX, surge nova epidemia: uma epidemia comportamental (McIntyre,1994). Com efeito, constatou-se que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental.

Com base nesta evidência, a segunda revolução da saúde teria de se centrar numa nova concepção, em novos princípios: dado as novas epidemias não terem origem em organismos patogénicos, a teoria do germe deixou de ser aplicável. O equivalente ao germe, nesta epidemia, é o comportamento individual (Ribeiro,1993). A vacina, agora, teria de ser a modificação do comportamento, tomando este um sentido lato (ibidem). Assim, esta constatação chama a atenção dos profissionais da saúde e da doença para a importância de alterar o estilo de vida da população. A modificação de alguns comportamentos, tais como, deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o stress, praticar exercício ou actividade física regularmente, dormir um número de horas adequado, verificar periodicamente a saúde, permitiria reduzir drasticamente a mortalidade.

Além da mudança na etiologia da morbidade e mortalidade, outros factores contribuíram para a emergência da nova concepção de saúde. Ramos (1988) refere os seguintes: alterações demográficas, tais como, envelhecimento da população, diversificação da família, a que se podem acrescentar a mobilidade social dos indivíduos e as migrações; revolução tecnológica, que, aumentando as possibilidades de intervenção na doença, exigem mais e melhores especialistas aumentando os custos da assistência médica; aproximação dos serviços de saúde à comunidade. Pode-se, ainda, acrescentar o aumento do poder do consumidor que, tornando-se mais exigente e com mais capacidade crítica, força os políticos a serem mais sensíveis à opinião pública.

3. PRINCIPAIS CONCEITOS DA SEGUNDA REVOLUÇÃO DA SAÚDE

Os conceitos da segunda revolução da saúde foram difundidos, primeiro por Marc Lalonde, depois por Julius Richmond e pela Organização Mundial da Saúde na declaração de Alma-Ata, em 1978. Os conceitos foram divulgados e implementados universalmente no documento "Metas da Saúde para Todos", com edição original de

1984 e tradução portuguesa do Ministério da Saúde, de 1986. São conceitos particularmente importantes para os países desenvolvidos, onde os benefícios da primeira revolução da saúde já eram visíveis.

Embora toda a filosofia deste novo modelo estabeleça uma ruptura com o modelo anterior, salientam-se dois conceitos centrais, específicos e inovadores: "promoção da saúde" e "estilo de vida". Estes conceitos encerram implicitamente, na sua definição, todos os princípios da segunda revolução da saúde.

O modelo biomédico, aplicado à saúde pública, desenvolveu-se, segundo Ribeiro (1997), devido ao reconhecimento de que: a) as doenças infecciosas eram difíceis senão impossíveis de curar e, uma vez instaladas no adulto, o seu tratamento e a sua cura eram dispendiosos; b) os indivíduos contraíam doenças infecciosas em contacto com o meio ambiente físico e social que continha o agente patogénico; c) as doenças infecciosas não se contraíam a não ser que o organismo hospedeiro fornecesse um meio favorável ao desenvolvimento do agente infeccioso. E acrescenta. Para prevenir as doenças era necessário controlar os agentes patogénicos, o que foi feito, por exemplo, controlando a sua mobilidade através da construção de sistemas de esgotos e de distribuição de água potável e da gestão de migrações, ou destruindo esses agentes, por exemplo, através da clorificação das águas de consumo, e finalmente, já bem dentro do presente século, produzindo vacinas. Quando essas medidas falhavam, intervinha a medicina curativa que, a partir de meados do século XX, encontrou nos antibióticos um auxiliar eficaz na destruição desses microorganismos.

Os princípios do modelo biomédico definidos pela teoria do germe, que a princípio se referiam apenas aos microorganismos, estenderam-se depois às toxinas, ao neoplasma, à desregulação endócrina, à deficiência nutricional, etc., caracterizando-se por considerar a existência de uma relação causal linear entre uma causa simples e uma doença (Noack,1987). Uma das evoluções para uma concepção mais actual passou pela aceitação de que a etiologia da doença é multicausal.

O modelo biomédico teve tanto sucesso que, no final da década de 70, nos Estados Unidos, rareavam os indivíduos com menos de 75 anos, cuja morte fosse devida a doenças infecciosas (Ribeiro, 1993). Contudo, o modelo biomédico negligencia a autonomia conceitual e as representações que as pessoas fazem sobre o seu estado de

saúde. É o caso, por exemplo, das avaliações subjectivas sobre os sintomas, das interpretações ou das significações sobre as causas e as evoluções de uma determinada doença, da implementação e da modificação de estilos de vida ou da decisão em aderir às recomendações feitas pelo médico (Laderman, 1987). E esta actividade conceitual tem uma influência marcante na evolução do estado de saúde. Com efeito, diversas investigações empíricas têm demonstrado que as significações pessoais estão na base do bem-estar psicológico e na facilitação dos processos de promoção da saúde, assim como nos de reabilitação (Antonovsky, 1979; Aron e Aron, 1987; Laderman, 1987).

Como seria de esperar, a omissão que o modelo biomédico faz da autonomia conceitual da pessoa é consistente com as definições de saúde e doença com ele conotadas: a saúde é concebida como sendo a ausência de doença e esta é conceptualizada considerando exclusivamente as perturbações que se processam na dimensão física da pessoa (Engel, 1977).

Actualmente, a questão da saúde é mais abrangente. Pois, não só incide no aspecto meramente da saúde, mas também volta-se para o aspecto social, por ter implicações na própria saúde. Portanto, a saúde é hoje um aspecto biopsicossocial.

3.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde é um conceito multidisciplinar de que têm sido produzidas inúmeras definições (Breslow, 1987; Goodstadt et al., 1987; Kaplan, 1984; Noack, 1987). A definição adoptada na carta de Otawa, em 1986, e que tem sido utilizada, é a seguinte: processo de "capacitar" (*enabling*) as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar. *O Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion (WGCPHP, 1987)* salienta dois grandes objectivos principais para a promoção da saúde: 1) melhorar a saúde; 2) dominar (por parte do cidadão) o processo conducente à melhoria da saúde. Na análise da definição, Green e Raeburn (1990) consideram que a chave está na palavra "capacitar": esta palavra deriva do verbo "*to enable*" (no original) que significa "fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, capacidade ou autorização para". Consideram que significa devolver à população o poder em matéria de saúde, retirando-o às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia. O objectivo

primordial da promoção da saúde no futuro poderia, assim, ser o de facilitar a transferência de recursos importantes na saúde, tais como: conhecimentos, técnicas, poder e dinheiro para a comunidade.

Estes mesmos autores explicam que a adopção de estratégias de promoção da saúde e dos princípios a ela subjacentes encerra um conflito potencial. Embora muitos profissionais e gestores da área da saúde afirmem defender a ideia de devolver mais poder à comunidade, na prática poucos estão dispostos a fazê-lo. A justificação destes profissionais é a de que eles é que "sabem melhor" o que fazer, podendo afirmar-se que esta constitui a filosofia dominante entre estes profissionais.

Segundo Noack (1987), a promoção da saúde parece ter substituído o conceito de higiene e, sem ser sinónimo, sobrepõe-se parcialmente ao de prevenção de doença (Rosenstock, 1987; Dean, 1990).

Rosenstock (1987) considera que a distinção entre prevenção das doenças e promoção da saúde tem três implicações distintas, que incluem: a) implicações acerca da atribuição de responsabilidade pela saúde; b) implicações ao nível da selecção dos alvos da intervenção para maximizar a saúde e; c) implicações para a ética da promoção da saúde.

Finalmente, salientamos que a promoção da saúde surgiu, entre outras razões, porque trazia vantagens económicas directas (menos gastos com a doença) e indirectas (mais dias de trabalho, mais energia no trabalho).

Finalmente, salientamos que a promoção da saúde surgiu, entre outras razões, porque trazia vantagens económicas directas (menos gastos com a doença) e indirectas (mais dias de trabalho, mais energia no trabalho).

3.2 - ESTILO DE VIDA

A noção de Estilo de Vida é um conceito antigo para a psicologia que foi adoptado pelo novo modelo de concepção da saúde próprio da Segunda Revolução da Saúde. Lalonde (1974) definiu Estilo de Vida como: "o agregado de decisões individuais que afectam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controlo" (p.32). A Organização Mundial de saúde define estilo de vida como "conjunto de estruturas mediadoras que reflecte uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais" (WHO, 1986, p.43), ou como: "um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados,

que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores" (WHO, 1988, p.114).

Ribeiro (1994) salienta que o Estilo de Vida tem sido interpretado desde uma forma ampla, até uma forma estrita. E acrescenta. Se, por exemplo, Lalonde o qualifica como padrões de decisões, o que subentende toda uma cadeia de cognições, expectativas, emoções e comportamentos, interligados com antecedentes, consequentes e colaterais susceptíveis de os influenciar, McQueen (1987) reduzia-o a uma constelação de comportamentos conducentes a uma boa saúde.

Este conjunto de definições reflecte, assim, mudanças sofridas pelo conceito e os aperfeiçoamentos que lhe foram introduzidos nos 14 anos que separam a primeira da última. Reflectem, igualmente, a variedade de perspectivas que lhes estão subjacentes, com um peso mais social e comunitário nas duas últimas definições e um peso mais individualista da primeira.

3.3 - QUALIDADE DE VIDA

A noção de qualidade de vida tem estado ligada desde o início à de promoção da saúde. O interesse por esta área recebeu validação institucional em 1960 com a publicação da *Commission on National Goals*, da responsabilidade do ex-Presidente Eisenhower. Este relatório, surgido mais de uma década após o fim da segunda guerra mundial num período de desenvolvimento económico sem precedentes, reflectia a preocupação com o desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população. Apontava para uma grande variedade de indicadores sociais e ambientais, tais como: educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar. Na sequência da manifestação destas preocupações começaram a surgir investigações sobre a qualidade de vida.

O estudo de Flanagan (1982) definiu domínios para avaliar a qualidade de vida. Este autor recorreu a uma técnica conhecida por "técnica dos incidentes críticos" para identificar os domínios a utilizar na descrição de qualidade de vida. Identificou, deste modo, 15 domínios que seriam fundamentais considerar quando se pensasse em qualidade de vida. A sua investigação baseou-se em amostras de três gerações de homens e mulheres (indivíduos com 30, 50 e 70 anos).

Numa primeira fase, tal como os conceitos de saúde e qualidade de vida começou, segundo Diener (1984), por ser avaliado objectivamente através de critérios externos, com o estabelecimento de valores normativos, tais como virtude e santidade. Diener considerava esta forma de satisfação com a vida, uma avaliação global da qualidade de vida das pessoas.

Com o desenvolvimento e divulgação das investigações, as três áreas de investigação – saúde, qualidade de vida e bem-estar aproximam-se, constatando-se uma interrelação clara entre os diferentes conceitos: o bem-estar é parte integrante da definição de saúde, tendo, por exemplo, Tessler e Mechanic (1978), verificando que a percepção do estado de saúde tem relações significativas com o estado de stress negativo. Esta constatação é importante dado conceder importância relevante à dimensão subjectiva na avaliação formal da saúde.

Os componentes da qualidade de vida e as suas inter-relações foram especificados e examinados por autores fora do campo da saúde, em estudos dirigidos à população que não padecia de doenças. Posteriormente, e mais ou menos simultaneamente com o desenvolvimento dos estudos sobre a saúde, o conceito de qualidade de vida generalizou-se e polarizou-se em contextos médicos, intitulado-se aqui “qualidade de vida relacionada com a saúde” ou dependente da saúde (*Health Related Quality of Life*).

O papel da avaliação dos benefícios dos cuidados de saúde tornou-se um tema importante em muitos países. A todos os níveis, os benefícios de tratamentos específicos e não apenas os seus custos, tornaram-se objecto de atenção particular. Analistas políticos e gestores da área da saúde começaram a interessar-se pelos resultados de saúde para avaliar os investimentos. Investigadores e clínicos que estão a investigar novos produtos farmacêuticos e outras tecnologias, começaram procurar métodos mais sensíveis ao ponto de vista do doente, que expressassem os resultados do tratamento da doença. A perspectiva tradicional que definia os benefícios da intervenção em termos de resultados biomédicos está a dar lugar a uma perspectiva mais abrangente – uma que incluía assuntos ligados à qualidade de vida que estão relacionados com a saúde (p. 349).

As ligações entre saúde e qualidade de vida não são novas e já se manifestaram antes. Por exemplo, o questionário de Campel, Converse e Rodgers (1976).

Hoje, estamos a trabalhar com um conceito que projecta a saúde como parte da vida de todos os dias, uma dimensão essencial da qualidade da nossa vida. Qualidade de Vida neste contexto implica oportunidades para fazer escolhas e tirar satisfação de viver. Saúde é, então, vista como um recurso que dá às pessoas a capacidade para gerir a até mudar o seu meio. Esta perspectiva de saúde reconhece liberdade de escolha e salienta o papel dos indivíduos e das comunidades na definição do que é que saúde significa para eles. (Epp, 1990, p.3).

Actualmente a OMS está a tentar definir e operacionalizar parâmetros universais para considerar na avaliação da qualidade de vida. Concluindo:

- a) Há relações ainda não completamente clarificadas entre os três conceitos – qualidade de vida, saúde e bem-estar subjectivo -;
- b) As medidas utilizadas para avaliar cada uma das variáveis mudaram nos últimos 30 anos, de medidas centradas em critérios externos ao indivíduo avaliado, para medidas centradas na percepção pessoal;
- c) Este tipo de medidas generalizou-se aos contextos clínicos, onde toma o nome de qualidade de vida relacionada com a saúde.

4. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA

Também no campo das representações, alguns autores têm investigado, num contexto psicossociológico, a forma pela qual as pessoas leigas em medicina têm representado a saúde e a doença ao longo dos tempos (Blaxter,1990; Calnan,1987; Cornwell,1984; Helman,1978; Herzlich,1973; Stacey,1988). Um dos estudos mais importantes foi efectuado em 1973, em França por Claudine Herzlich, que entrevistou 8000 pessoas da classe média que viviam em Paris e na região rural da Normandia. As significações leigas sobre o que significa ter saúde foram classificadas de acordo com três metáforas ou categorias:

1- Saúde no vácuo. A saúde é concebida como ausência de doença; a pessoa não tem consciência do próprio corpo ou, simplesmente, não é aborrecida por sensações corporais. Há uma espécie de "silêncio corporal".

2- Reserva de saúde. A saúde é vista como um recurso ou um investimento em vez de um estado. Caracteriza-se por robustez ou força física e resistência a ataques externos, a estados de fadiga e de doença. A saúde é qualquer coisa que "possuímos" e que nos permite trabalhar e fazer a nossa vida e defender-nos contra a doença ou recuperar dela (Herzlich, 1973). É uma característica pessoal, pois a pessoa pode sentir ter mais ou menos desta "reserva" (ibidem). Algumas pessoas referiram que a sua "reserva" de saúde é herdada da família, outras, que foi a consequência de uma boa infância. O nível da "reserva" de saúde é deduzido, por exemplo, da comparação com outras pessoas ("sou mais saudável do que a minha mulher, ela está sempre a apanhar constipações").

3- Equilíbrio. Refere-se, segundo Herzlich (1973), à noção de "saúde real" ou saúde no seu sentido mais elevado; transporta consigo a noção de bem-estar positivo ou "bem-estar ao mais alto nível". Um substracto de harmonia e equilíbrio essencial na vida espiritual, psicológica e corporal - do qual deriva um sentimento funcional de confiança, vigília, liberdade, energia e resistência (ibidem). Este equilíbrio é algo que podemos perder ou voltar a ganhar e, enquanto que a "reserva de saúde" se caracteriza por uma presença (de saúde), e a "saúde-no-vácuo" por uma ausência (de doença), o "equilíbrio" é contingente aos eventos do dia-a-dia. Quando as coisas correm bem, o equilíbrio existe e pode comprovar-se através, por exemplo, "das boas cores, e sentirmo-nos bem quando estamos com os amigos".

Relativamente às concepções leigas sobre o que significa ter doença, salientamos que também estas foram classificadas por Herzlich (1973) em três metáforas ou categorias:

1- Doença como destruidora. Refere-se a concepções de pessoas particularmente activas ou envolvidas na sociedade e para as quais qualquer interferência com o seu papel familiar ou profissional constitui um problema importante. Medida em que a doença pode limitar a capacidade pessoal para assumir as responsabilidades e a concomitante perda de posição social e isolamento social. A pessoa sente que tem responsabilidades importantes perante os outros, e depender

de outros pode fazê-la sentir-se "menos pessoa". Estas pessoas salientam, pois, os aspectos positivos da saúde, nomeadamente porque lhes permite manter o seu papel sócio-profissional. A sua atitude de confronto face à doença é paradoxal, quer tentando assumir o controlo (negando-a ou comportando-se como se nada tivesse acontecido) quer sentindo-se impotente ("desistindo de lutar").

2- Doença como libertadora. Conceção de doença como libertadora das responsabilidades ou das pressões que a vida coloca: "Quando estou muito cansado, quem me dera ficar doente... a doença é uma espécie de descanso, que nos pode libertar das preocupações do dia-a-dia..." (Herzlich, 1973, p.114). A doença traz benefícios e privilégios, incluindo os cuidados e a simpatia dos outros. A doença traduz, pois, um ganho secundário.

3- Doença como desafio. Doença concebida como um desafio ou algo com o qual devemos lutar com todos os nossos poderes e recursos. É necessária muita energia e empenharmos toda a nossa capacidade no sentido de ficarmos melhor. Não nos devemos preocupar com os nossos deveres, mas concentrarmo-nos na nossa recuperação. As pessoas com esta concepção da doença acreditam nos poderes da mente sobre o corpo.

Apesar de estas categorias representarem descrições diferentes de concepções de processos de doença, Herzlich (1973) verificou que apenas algumas pessoas podiam ser classificadas claramente numa determinada categoria. A maior parte das pessoas "flutuava" pelas três, verbalizando concepções com conteúdos mais ou menos misturados das várias categorias.

Como síntese geral de outros estudos realizados neste âmbito é possível referir que: 1) as concepções das pessoas leigas em medicina estão intimamente ligadas a significações mais latas sobre si próprias, sobre o mundo e a vida e imbuídas em sistemas culturais locais; 2) as pessoas frequentemente constroem concepções para os processos de saúde, que são bastante diferentes daquelas que constroem para os processos de doença e, 3) as concepções leigas coexistem e competem, no sentido de concepções alternativas às significações médicas ou dos profissionais de saúde.

5 - DOENÇA

Doença no primeiro sentido – *disease, ter uma doença* -, pode ser visto como um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, ou por uma sua combinação. Trata-se de uma ruptura na estrutura, ou função de uma parte do corpo ou do sistema. Doença no segundo sentido – *illness, sentir-se doente* -, não é um acontecimento biológico, é um acontecimento humano. Isto é, consiste na configuração de desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interacção do indivíduo com o seu meio (Barondess, 1979).

Este autor estima que cerca de 50% dos contactos clínicos dos médicos se defrontam com queixas sem base biológica, tratando-se normalmente, de pressão proveniente dos acontecimentos da vida do dia-a-dia, ou de reacções a percepção de ameaças simbólicas. Doença no último sentido – *sickness, comportar-se como doente* - é vista como uma identidade social, um estatuto ou um papel assumido por pessoas que foram rotuladas como não saudáveis (Thorensen & Eagleston, 1985).

Focando a existência de uma doença, ou seja de alterações estruturais do organismo do indivíduo, podem considerar-se vários estádios de doença (Mausner & Kramer, 1984).

Estado de susceptibilidade à doença neste estado a doença não se desenvolveu, mas os seus alicerces estão estabelecidos pela existência de factores que favorecem a sua coerência.

Estado de doença pré-sintomática – Embora não haja doença manifesta, devido à interacção de factores patogénicos começaram já a ocorrer alterações estruturais que não são ainda manifestações de doença.

Estado de doença clínica – Neste estado já se verificaram suficientes alterações orgânicas para produzir sinais ou sintomas evidentes de doença. É importante, sempre que possível, subdividir este estado para melhor tratamento dos doentes. Esquemas de classificação diferentes são utilizados para doenças diferentes.

Estado de incapacidade – define-se como qualquer redução temporária ou prolongada da actividade de uma pessoa como resultado de uma situação aguda ou crónica.

6 - RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DOENÇA

As ideias acerca da relação entre saúde e doença mudaram ao longo dos últimos decénios e têm sido conceptualizadas por vários autores. Por exemplo, Hettler, (1982), O Donnell, (1986), e Terris (1975), propõem o seguinte modelo conceptual para explicar a relação entre saúde e doença. Trata-se de um contínuo – saúde óptima versus doença grave ou morte – representando dois pólos imaginários.

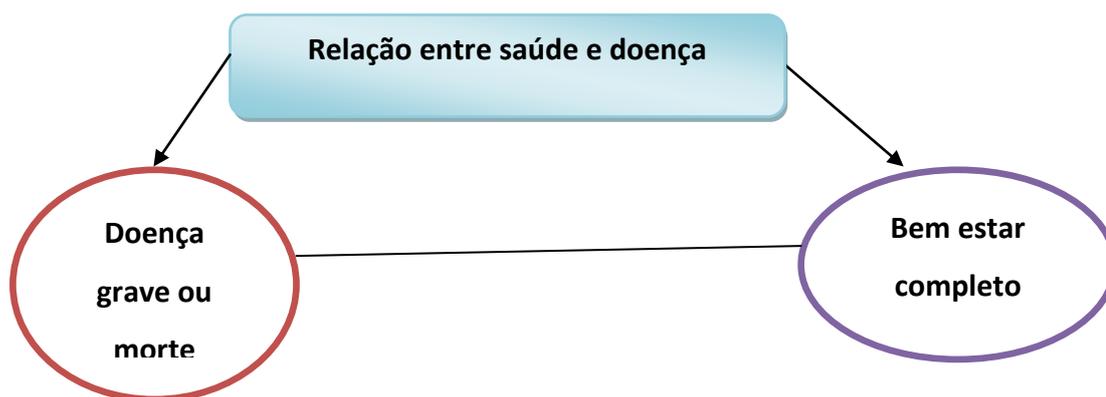


Figura 1: Relação contínua entre Saúde e Doença

7 - A SAÚDE EM ANGOLA

A Saúde em Angola está atingir níveis aceitáveis. Pois uma boa parte dos angolanos já apresenta uma qualidade de vida razoável. Embora em certas áreas a população apresente um nível de saúde que inspira cuidados. Pois não satisfazem o conteúdo de saúde definido pela OMS.

Nota-se, ainda, alguma população com um nível de vida que exige alguns esforços, por se encontrar num limiar de vida abaixo da linha normal.

É curioso que a nível do meio rural, o nível de saúde apresenta melhor índice que nos meios urbanos, por causa da vida natural tanto a nível de alimentação como a nível de vivência global. O índice de mortalidade nesse meio é baixo. Portanto, o meio rural não apresenta índice elevado de comorbilidade¹.

A nível urbano e sobretudo no meio suburbano, pela maior densidade demográfica, regista-se uma saúde mais trepidante por falta de saneamento básico, por uma

¹ Comorbilidade – associação de duas ou mais doenças numa mesma pessoa.

alimentação a fugir do natural e pela facilidade de transmissão de doenças infecciosas e virais. Pelo que verifica-se maior índice de comorbilidade e de mortalidade.

Em Angola, as doenças que mais abalam a saúde da população de forma acentuada são a malária em primeiro lugar, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, febre tifoide, tuberculose, HIV/SIDA, Doenças de transmissão sexual [DTS], tripanossomíase, diabetes, acidente vascular cerebral [AVC].

Além das doenças já referenciadas que têm provocado um certo índice de mortalidade, é de salientar o prejuízo humano que os acidentes de viação têm provocado a nível de todo país. A mortalidade por acidente de viação neste momento ocupa o terceiro lugar. Estando em primeiro lugar a malária e em segundo o SIDA.

A saúde em Angola, estruturalmente é controlada pelo Ministério da Saúde, e tem o seu titular de pasta o Ministro da Saúde e funciona com dois Vice – Ministros um para área da Saúde Pública o Controlo de Endemias e o outro para a área de Assistência Hospitalar.

Existem cinco Direcções e três Institutos Nacionais:

1-Direcção Nacional de Saúde Pública e Controlo de endemias.

2-Direcção Nacional de Administração e Gestão do Orçamento.

3-Direcção Nacional de Recursos Humanos.

4-Direcção Nacional de Inspeção e Saúde.

5-Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos.

6-Instituto Nacional de Saúde Pública.

7-Instituto Nacional do SIDA.

8-Instituto Nacional Tripanossomíase².

8 - A SAÚDE EM BENGUELA

No ponto de vista a Saúde em Benguela, tem vindo a melhorar bastante no que concerne a construção das estruturas sanitárias na dimensão de toda Província Sanitária. Há melhorias no saneamento básico do meio e tratamento de água potável para o consumo humano.

² Tripanossomíase, doença de sono que se encontra em zonas tropicais e subequatoriais.

Existe expansão dos programas de saúde pública e controlo de endemias em todos Municípios e Comunas. Está estruturada da seguinte forma:

Um Director Provincial da Saúde.

Um Chefe de Departamento de Saúde Pública e Controlo de Endemias.

Um Chefe de Administração e gestão do Orçamento.

Um Chefe Inspeção e Fiscalização.

No Departamento de Saúde Pública Controlo de Endemias tem-se levado a cabo as actividades de vacinação de rotina, avançada e móvel através do programa alargado de vacinação [PAV]; controlo da malária; vigilância epidemiológica das doenças potencialmente epidémicas; saúde reprodutiva; controlo do SIDA; controlo da tuberculose e lepra e biliarziose.

No âmbito de notificação de casos e óbitos na Província Sanitária de Benguela, têm-se registado os seguintes casos: Malária, doenças diarreicas agudas [DDA], doenças respiratórias agudas [DRA], doenças de transmissão sexual [DTS], Acidente vascular cerebral [AVC], HIV/SIDA, tuberculose, febre tifóide, shistosomíase.

9 - NO MUNICÍPIO DO CAIMBAMBO

O Município do Caimbambo localiza-se a 116 Kilómetros ao Oeste do Município de Benguela, ao Norte do Município do Bocoio e Balombo ao Sul no Município do Chongorói e Caluquembe e ao Leste ao Município do Cubal, sua extensão é de 3.285.18 m², quatro comunas e com uma população de cento e nove mil e trezentos e trezentos e oitenta e nove habitantes.

A saúde é controlada por Chefe de Repartição Municipal, está estruturada por quatro secções tais como:

1-Secção de Saúde Pública e Controlo de Endemias.

2-Secção de Assistência Hospitalar.

3-Secção de Administração, Recursos Humanos e Finanças.

4-Secção de Inspeção e Fiscalização.

A população do Município do Caimbambo desde a sua sede, comunas, povoações, aldeias e kimpos, apresenta um nível de saúde que requer ajuda por parte do Governo, visto que anteriormente levavam a cabo tratamentos tradicionais devido a sua cultura.

E com a expansão de actividades de saúde pública sobre tudo a educação para a saúde, educação sanitária e palestras de sensibilização para promoção da saúde e prevenção das doenças, já há procura dos serviços de saúde nos hospitais e nas unidades sanitárias da periferia.

CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1 - OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

O objectivo deste trabalho é o de descrever e compreender as representações sociais da saúde e da doença em Angola. O objectivo específico passa por diferenciar a representação social de cada um destes dois conceitos.

2. Associação livre e questões abertas

Nesta pesquisa, o método utilizado está intimamente ligado aos objectivos que são delimitados. Tal como Moscovici (1976) o fez em relação à psicanálise, ao definir-se como objecto de estudo a representação social da saúde e a representação social da doença, pretende-se efectuar aproximações, quer em relação ao que as pessoas pensam, quer em relação ao como e porque elas o pensam (Doise, 1986a).

Utilizou-se a técnica da associação livre, procedimento usual no domínio das representações sociais, para efectuar aproximações em relação ao universo semântico das representações sociais da saúde e da doença (Clemente, 1992).

A associação livre consiste em pedir ao sujeito que produza uma lista de palavras a seguir a um indutor. Como esta técnica dificilmente fornece dados sobre a organização do discurso dos sujeitos, revela-se mais pobre do que a técnica de entrevista livre não directiva ou semi-directiva. Permite, no entanto, uma economia de tempo e, no momento do tratamento estatístico, reduzir o enviesamento produzido pelo investigador (Poeschl, 1992). Daí, contrariamente às regras complexas que devem ser utilizadas na análise de entrevistas, a associação livre é, em geral, objecto de um pequeno número de reduções, que permitem minimizar as alterações no discurso do sujeito. As regras propostas por Di Giacomo (citado por Poeschl, 1992) são, neste âmbito um bom exemplo.

3. Procedimento

O procedimento de recolha de dados, na quase na totalidade dos casos, a técnica da associação livre foi auto-administrada e respondida de forma individual. No entanto, sempre que os participantes no estudo tinham dificuldades de execução da tarefa solicitada, nomeadamente por questões de analfabetismo, recorreu-se à técnica da entrevista individual para aplicação da associação livre.

Era solicitado aos sujeitos para associarem palavras ao indutor saúde e doença, tendo sido colocada a questão “saúde faz-me pensar em....” Ou “doença faz-me pensar em....”. A ordem de apresentação dos indutores saúde e doença foi alternada no sentido de anular efeitos de apresentação. Assim, metade dos sujeitos entrevistados respondeu primeiro ao conceito saúde e depois ao conceito doença, enquanto a outra metade respondeu em sentido inverso.

Os dados foram recolhidos a partir do Hospital Municipal de Caimbambo, entre funcionários e utentes do hospital, após consentimento informado dos participantes e da Direcção da Instituição.

4 - Amostra

A amostra é constituída por 40 indivíduos, todos residentes no município de Caimbambo, em Angola.

Quanto ao sexo, 61% indivíduos são do sexo masculino e 39% do sexo feminino. A média da idade é de 38,73 (DP = 8,38), sendo a idade mínima de 18 e a máxima de 58 anos de idade. A escolaridade, por seu lado, varia entre o analfabetismo e a formação universitária.

5 – Resultados

5.1 Representação social da saúde

Foram produzidos 330 respostas a que correspondem 87 termos diferentes, cujas frequências variam entre 67 e 1.

A análise de frequências evidencia 47 respostas com frequência igual ou superior a 2, isto é, a 5% da amostra.

Como se observa na Tabela 1, as respostas mais citadas foram bem-estar com 67 respostas, doença com 22 respostas e alimentação com 19.

Tabela 1: Palavras mais associadas ao indutor saúde

Bem-estar	67
Doença	22
Alimentação	19
Psicológico	10
Salário	10
Trabalhar	10
Família	9

Habitação	9
Dinheiro	7
Saneamento básico	7
Educação	6
Paz	6
Alegria	5
Amor	5
Saúde	5
Social	5
Espiritualidade	4
Liberdade	4
Prevenção	4
Relações humanas	4
Vida	4
Deus	3
Medicamentos	3
Morte	3
Tratamento	3
Viver bem	3
Ajudar	2
Amigos	2
Andar	2
Carro	2
Comunitário	2
Condições	2
Deveres	2
Direitos	2
Dor	2
Dormir	2
Doenças Sexualmente transmissíveis	2
Emprego	2
Estudar	2
Físico	2
Formação	2
Imortalidade	2
Profilaxia	2
Protecção	2
Proteínas	2
Roupas	2
Viajar	2

Depois com 10 respostas cada surge psicológico, salário e trabalhar. Com 9 respostas cada família e habitação, com 7 respostas cada dinheiro e saneamento básico e com 6 respostas cada educação e paz. Com 5 respostas cada aparece alegria, amor, saúde e social. Espiritualidade, prevenção, relações humanas e vida são enunciadas por 4 participantes enquanto deus, medicamentos, morte, tratamento e viver bem por 3 participantes cada. Finalmente surgem 21 palavras respostas que foram enunciadas por 2 participantes, nomeadamente, ajudar, amigos, andar, etc

5.2 Representação social da doença

Foram produzidos 326 respostas a que correspondem 97 termos diferentes, cujas frequências variam entre 31 e 1.

A análise de frequências evidencia 38 respostas com frequência igual ou superior a 2, isto é, a 5% da amostra, Tabela 2.

A palavra mais referida é doença, mencionada por 35 participantes, seguido de mal-estar, 27 participantes, e morte, 19 participantes.

Tabela 2: Palavras mais associadas ao indutor saúde

Doença	35
Mal-estar	27
Morte	19
Dinheiro	16
Pobreza	13
Sufrimento	13
Salário	11
Alimentação	10
Dor	9
Habitação	9
Trabalho	9
Família	8
Hospital	7
Tratamento	6
Consulta	5
Emprego	5
Medicamentos	5
Psíquico	5
Problemas físico-psíquico	4
Relações humanas	4
Transporte	4
Tristeza	4
Sociedade	3
Tragédia	3
Alteração do indivíduo	2
Amor	2
Análises	2
Clamar	2
Deus	2
Formação	2
Higiene	2
Melhorar	2
Nascimento	2
Opressão	2
Preocupação	2
Prevenção	2
Recursos	2

Surgem depois dinheiro, com 16, pobreza e sofrimento com 13 cada e salário com 11 participantes. Alimentação e sofrimento são mencionados por 10 participantes cada, dor, habitação e trabalho por 9 participantes cada. Família, hospital e tratamento são referidos por 8,7 e 6 participantes, respectivamente. Consulta, emprego, medicamentos e psíquico tem 5 respostas cada, enquanto problemas físico-psíquico, relações humanas, transporte e tristeza tem 4 respostas cada. Sociedade e tragédia

são mencionados por 3 participantes. Finalmente, referido por 2 participantes existe, entre outros, alteração do individuo, amor, análises.

5.2 Representação social da saúde e da doença

Como se pode ver na Figura 2, a representação social de saúde opõe-se à representação social de doença. Por um lado, a saúde remete para saneamento básico, trabalhar, bem-estar, psicológico, amor, alimentação, prevenção e Deus.

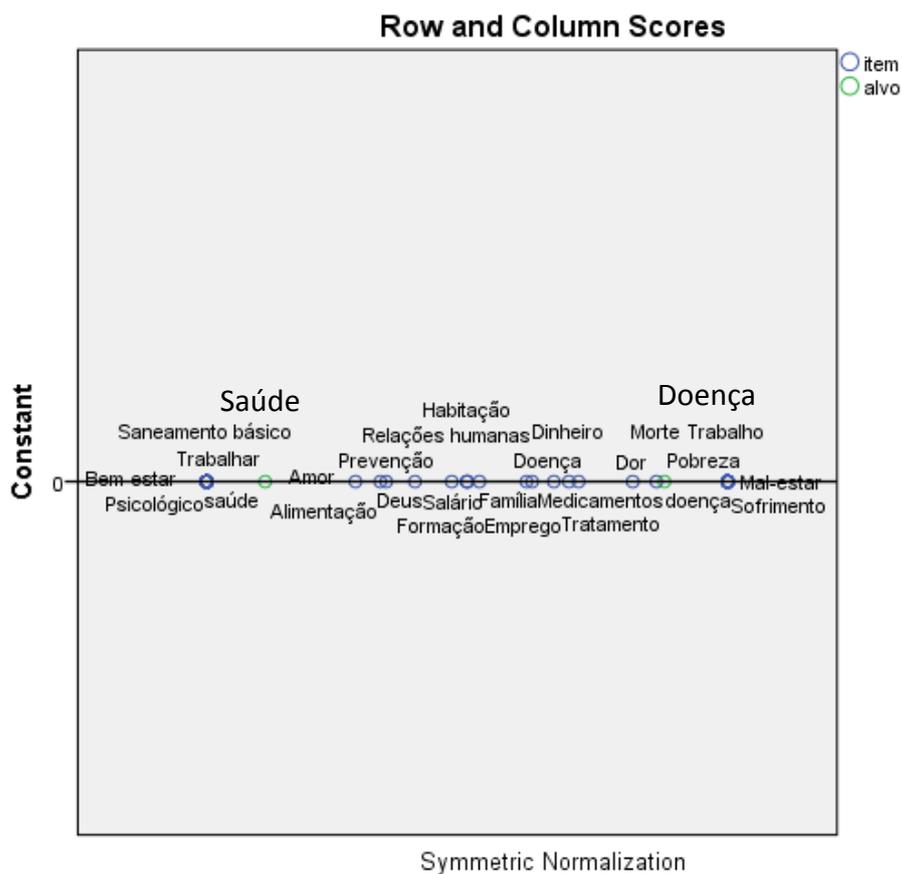


Figura 2: Representação Social da Saúde e da Doença

Por outro lado, a representação social de doença remete mais para mal-estar, sofrimento, pobreza, trabalho, morte, dor, doença, medicamentos, tratamento, dinheiro.

Por fim, salário, formação, habitação, relações humanas, emprego e família são elementos comuns à representação social de saúde e representação social de doença.

CONCLUSÕES

A representação social da saúde e da doença da população de Angola tem elementos comuns mas também diferenciados. Nos elementos comuns, destacam-se, por um lado, os elementos fundamentais e básicos da organização social, nomeadamente a família, o emprego e a habitação, por outro, a formação e as relações humanas.

Na representação da saúde são importantes elementos básicos como o saneamento básico e a alimentação, mas também elementos mais do foro psicológico e espiritual como bem-estar, psicológico, amor e Deus.

Por fim, a representação social de doença remete para mais carências como pobreza e dinheiro para as implicações das doenças, nomeadamente o mal-estar, o sofrimento, a dor e no extremo a morte. Existe ainda a possibilidade de lidar com a doença seja através de medicamento, seja através de tratamento.

Em suma, a representação social de saúde e doença em Angola reflecte o estado de desenvolvimento do país, sobressaindo elementos básicos ainda não satisfeitos e toda a população nos campos representacionais dos dois conceitos. Mas reflecte, também, algumas dicotomias como o papel de Deus e o papel da tecnologia, nomeadamente com os medicamentos e com os tratamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aron, E., & Aron, A. (1987). *The influence of inner state on self-reported long term happiness*. *Journal of Humanistic Psychology*.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Tavistock.
- Bolander, V.B. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Breslow, L. (1987). *Some fields of application for health promotion and disease prevention*. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Calnan, M. (1987). *Health and Illness: The lay perspective*. London: Tavistock.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-Earned Lives: Accounts of health and illness from East London*. London: Tavistock.
- Dean, K. (1990). *Nutrition education research in health promotion*. *Journal of the Canadian Dietetic Association*.
- Dereon R. & Parot.F.(2001). *Dicionário de Psicologia*. (1ª Edição). Lisboa-Portugal.
- Dicionário Enciclopédico de Psicologia*. (2008). (1ª Edição)

- Diener, E. (1984). *Subjective Well-being*. Psychological Bulletin.
- Dubos, R. (1980). *Man adapting*. New Haven: Yale University Press.
- Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*.
ScienceGoodstadt, M.S., Simpson, R.I., & Loranger, P. (1987). *Health ipromoton: a conceptual integration*. American Journal of Health Promotion.
- Helman, C. (1978). *Feed a cold and starve a fever: Folk models of infection in na English suburban community, and*
- Herzlich, C. (1973). *Health and lillness: A Social-Psychological Analysis*. New York: Academic Press.
- Kaplan, R. (1984). *The connection between clinical health promotion and health status*. American Psycholgy.
- Laderman, C. (1987). *The ambiguity of symbols in the structure of healing*. Social Science and Medicine.
- Lalond, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa; Minister of National Health and Welfare.
- Madeira.A.C.& Abreu M.M. (2004) *Comunicar em Ciência*. (1ª Edição). Lisboa Portugal.
- Maranhão, J. (2011). *Promoção e Prevenção de Saúde e Doença-Huambo-Angola*
- Mayer, E. (1988). *Toward a New Philosophy of Biology*. Cambridge: Harvard University Press.
- McIntyre, T.M. (1994). *A psicologia da saúde: Unidade na diversidade*. In T.M. MacIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (Braga: APPORT).

- McQueen, D. (1987). *A research programme in lifestyle and health: methodological and theoretical considerations*. *Revue of Epidémiology et Santé Publique*,.
- Melgosa J. (2011) *Mente Positiva*. (1ª Edição). Madrid Espanha.
- Myers, S., & Benson, H. (1992). *Psychological factors in healing: a new perspective on an old debate*. *Behavioral Medicine*.
- Noack, H. (1987). *Concepts of health and health promotion*. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Nuland, S.B. (1988). *Doctors: the Biography of Medicine*. New York: Vintage Books.
- Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* Braga: APPORT.
- Ramos, V. (1988). *Prever a medicina das próximas décadas: Que implicações para o planeamento da educação médica?*. *Acta Médica Portuguesa*.
- Ribeiro J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. (1ª Edição). Lisboa-Portugal.
- Ribeiro J.L.P. (2010). *Metologia de Investigação*. Em *Psicologia e Saúde* (3ª Edição) Livpsic-Psicologia. Leges Editora. Porto Codex.
- Ribeiro, J.L. (1993). *Características Psicológicas Associadas à Saúde*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto.
- Ribeiro, J.L. (1994). *A Psicologia da Saúde e a Segunda Revolução da Saúde*. In T.M. MacIntyre (Ed.),
- Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Rosenstock, I. (1987). *Disease prevention and health promotion: is there a difference?*. In M. Duffy & N. Pender (Eds.), *Conceptual issues in health promotion: report of proceedings of a Wingspread conference*. Racine: Sigma Theta Tau International.

Stacey, M. (1988). *The Sociology of Health and Healing*. London: Unwin Hyman.

WHO (1986). *Young people's health - A challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: World Health Organization.

CESPU FORMAÇÃO ANGOLA

A CESPU Formação Angola está a realizar um estudo sobre o crime. É para este estudo que peço a sua colaboração.

As suas respostas são confidenciais - não serão reveladas a ninguém - e destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica. Por isso mesmo não terá de se identificar. Responsabilizo-me pessoalmente pela confidencialidade das suas respostas.

Vou apresentar-lhe uma palavra em relação à qual deve dizer-me todas as palavras que lhe ocorrem, isto é, todas as palavras de que se lembre.

Vejamos um exemplo:

COMIDA faz-me pensar em: garfo, prato, arroz, satisfação, fome etc...

Interessa-me a sua resposta espontânea. Diga todas as palavras que lhe ocorrem. Diga o maior número possível de palavras. Não há boas nem más respostas. Não existe qualquer limite de tempo.

SAÚDE faz-me pensar em:

1-	7-
2-	8-
3-	9-
4-	10-
5-	11-
6-	12-

Para fins de tratamento estatísticos, agradecia que me indicasse:

SEXO:

PROFISSÃO:

IDADE:

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: