

1. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde

Marly Marques da Cruz

O Capítulo 1 da Parte I compreende a abordagem dos aspectos teóricos conceituais de dois tópicos fundamentais, que estão intimamente interligados para a compreensão do campo da saúde: o primeiro se refere às concepções de saúde-doença e do cuidado em saúde; o segundo diz respeito à determinação social da doença.

Este capítulo tem por objetivo apresentar as diferentes concepções sobre saúde-doença e cuidado, de forma a relacionar as necessidades em saúde com base nas características de uma população em um dado território; caracterizar a relação entre o processo saúde-doença e as dinâmicas existentes de cuidado relativo à organização das ações e serviços de saúde e as redes sociais de apoio; e tratar dos diferentes determinantes sociais do processo saúde-doença com base nas características de uma dada população.

Como o intuito deste capítulo é criar um ambiente de aprendizagem interativo e agradável, procuramos trabalhar com atividades que, na realidade, representam um convite para você começar a refletir sobre as temáticas centrais. A ideia é que você possa problematizar algum dos pontos sugeridos, fazer uma aproximação com os conceitos e, posteriormente, retornar a eles na leitura ou em alguma outra atividade de síntese.

Por exemplo: como neste capítulo vamos tratar dos conceitos de saúde, doença e cuidado, convidamos você a iniciá-lo refletindo sobre as perguntas a seguir. Essas questões podem até parecer muito óbvias, mas não são tanto assim. Vamos ver por quê!

Para refletir

- a) O que significa ter saúde? O que contribui para que as pessoas tenham saúde?
- b) O que significa estar doente? O que favorece o adoecimento das pessoas?
- c) O que você faz quando adoece? O que significa para você ser cuidado?
- d) Como os trabalhadores de saúde interferem no processo saúde-doença das pessoas?

Diferentemente do que você fez, ao explorar bastante seu próprio conhecimento sobre esses tópicos, agora você vai levantar as concepções de outras pessoas, considerando a inserção social delas no âmbito da saúde. Você quer saber como? Então vamos lá...

Para praticar

Faça um levantamento com um gestor, um profissional de saúde e um usuário dos serviços de saúde, utilizando as mesmas questões sobre as quais você já refletiu. Formule um roteiro para registrar as respostas dos entrevistados, procurando ser o mais fiel possível. Esse registro pode ser feito num quadro como o exemplo a seguir:

Entrevistados	Questão 1	Questão 2	Questão 3	Questão 4
Entrevistado 1				
Entrevistado 2				
Entrevistado 3				

Depois de realizar as entrevistas, compare as respostas dos entrevistados com as suas e faça uma **síntese** das semelhanças e diferenças observadas.

Síntese é semelhante ao resumo, mas incorpora a crítica em relação ao que foi discutido.

Modelos explicativos do processo de saúde, doença e cuidado

Aqui vamos tratar brevemente dos diferentes modelos explicativos do processo saúde-doença e do cuidado para entender como o assunto sobre o qual estamos nos debruçando se faz presente desde a Antiguidade. Além disso, vamos nos reportar aos modelos para apontar diferentes concepções que se complementam, buscando indicar, sempre que possível, os avanços e as limitações explicativas referentes a cada um deles. De qualquer forma, esse panorama histórico vai ajudá-lo a entender proximidades e disparidades com as concepções de saúde, doença e cuidado da atualidade.

Modelo mágico-religioso ou xamanístico

A visão mágico-religiosa sobre a saúde e a doença e sobre como cuidar era a predominante na Antiguidade. Os povos da época concebiam as causas das doenças como derivadas tanto de elementos naturais como de espíritos sobrenaturais. O adoecer era concebido como resultante de transgressões de natureza individual e coletiva, sendo requeridos, para reatar o enlace com as divindades, processos liderados pelos sacerdotes, feiticeiros ou xamãs (HERZLICH, 2004). As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que envolvia deuses e espíritos bons e maus, e a religião, nesse caso, era o ponto de partida para a compreensão do mundo e de como organizar o cuidado.



Modelo holístico

As medicinas hindu e chinesa, também na Antiguidade, traziam uma nova forma de compreensão da doença. A noção de equilíbrio é que vai dar origem à medicina holística. Esta noção associa a ideia de “proporção justa ou adequada” com a saúde e a doença. A saúde era entendida como o equilíbrio entre os elementos e humores que compõem o organismo humano. Um desequilíbrio desses elementos permitiria o aparecimento da doença.

A medicina holística teve grandes contribuições de Alcmeon (século V a.C.), para quem o equilíbrio implicava duas forças ou fatores na etiologia da doença. Esse filósofo partilhava as ideias de Heráclito, para quem os opostos podiam existir em equilíbrio dinâmico ou sucedendo-se uns aos outros (HERZLICH, 2004). A causa do desequilíbrio estava relacionada ao ambiente físico, tais como: os astros, o clima, os insetos etc.

De acordo com tal visão, o cuidado deveria compreender o ajuste necessário para a obtenção do equilíbrio do corpo com o ambiente, corpo este tido como uma totalidade. Cuidado, em última instância, significa a busca pela saúde que, nesse caso, está relacionada à busca do equilíbrio do corpo com os elementos internos e externos.

Modelo empírico-racional (hipocrático)

A explicação empírico-racional tem seus primórdios no Egito (3000 a.C.). A tentativa dos primeiros filósofos (século VI a.C.) era encontrar explicações não sobrenaturais para as origens do universo e da vida, bem como para a saúde e a doença. Hipócrates (século VI a.C.) estabeleceu a relação homem/meio com o desenvolvimento de sua Teoria dos Humores, teoria a qual defendia que os elementos água, terra, fogo e ar estavam subjacentes à explicação sobre a saúde e a doença (HERZLICH, 2004).

Saúde, na concepção hipocrática, é fruto do equilíbrio dos humores; a doença é resultante do desequilíbrio deles, e o cuidado depende de uma compreensão desses desequilíbrios para buscar atingir o equilíbrio.

Modelo de medicina científica ocidental (biomédico)

O modelo de medicina científica ocidental ou biomédica, predominante na atualidade, tem suas raízes vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a Revolução Artístico-Cultural, que ocorreram a partir do século XVI. O **Método de Descartes** (séculos XVI e XVII) definiu as regras que constituem os fundamentos do seu enfoque sobre o conhecimento: não se deve aceitar como verdade nada que não possa ser identificado como tal; separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis e que sejam requeridas para solucioná-las; condução do pensamento de forma ordenada, partindo do simples ao mais complexo; necessidade de efetuar uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento.

O conceito biomédico da doença é definido como

desajuste ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposto [...], processo que conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais (JENICEK; CLÉROUX, 1982 apud HERZLICH, 2004).

O modelo biomédico focou-se, cada vez mais, na explicação da doença e passou a tratar o corpo em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico (BARROS, 2002). Numa perspectiva crítica, Fritjof Capra (1982) destaca a concepção fragmentária do modelo biomédico ao defender que este consiste num tipo de modelo da teoria mecanicista, em que o homem é visto como corpo-máquina; o médico, como mecânico; e a doença, o defeito da máquina. A percepção do homem como máquina é datada historicamente com o advento do capitalismo.

Foi também no Renascimento que a explicação para as doenças começou a ser relacionada às situações ambientais; a causa das doenças passava a estar num fator externo ao organismo, e o homem era o receptáculo da doença. Destas elaborações teóricas sobre o contágio firmou-se a teoria dos miasmas, que foi a primeira proposta de explicação, dentro dos parâmetros da ciência, da associação entre o surgimento de epidemias e as condições do ambiente.

Os miasmas seriam gases decorrentes da putrefação da matéria orgânica que produziam doenças quando absorvidos pelos seres vivos. Com a descoberta dos microrganismos (teoria microbiana) como causa das doenças, a teoria dos miasmas perdeu força explicativa e abriu espaço para a primeira revolução sanitária, com o início das pesquisas sobre as relações entre organização social, pobreza e frequência de doenças. A teoria microbiana propunha que cada doença teria por agente causal um organismo específico, que poderia ser identificado, isolado e ter suas características estudadas.

A intervenção de cuidado é baseada numa visão reducionista e mecanicista, em que o médico especialista é o mecânico que tratará da parte do corpo-máquina defeituosa ou do ambiente para o controle das possíveis causas de epidemias. O cuidado, na concepção biomédica, está focado, segundo Foucault (1979), no controle do espaço social, no controle dos corpos.

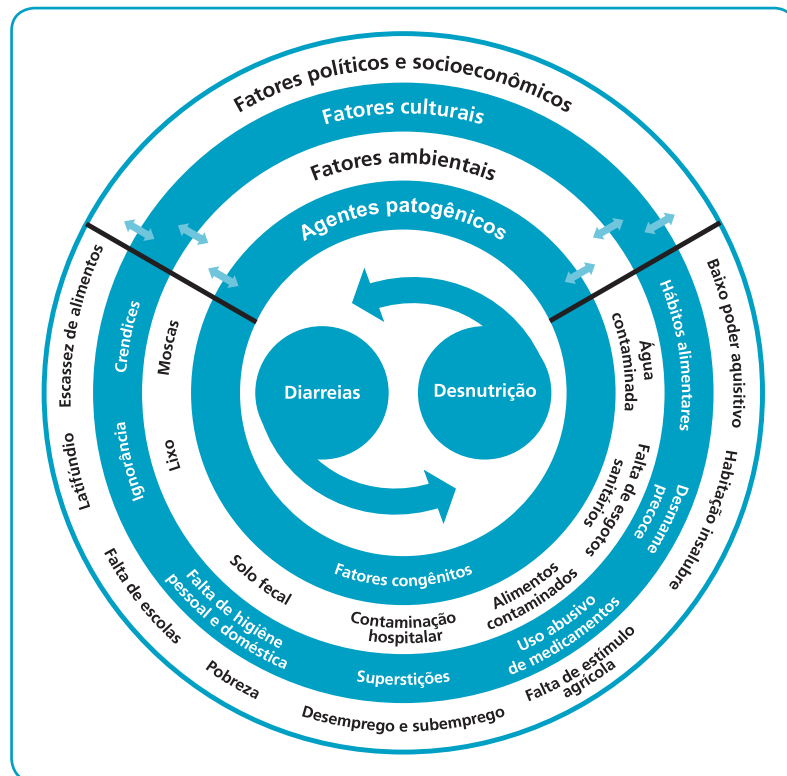
Modelo sistêmico

Para uma compreensão mais abrangente do processo saúde-doença, no final da década de 1970 começou a ganhar força a concepção deste como um processo sistêmico que parte do conceito de sistema.

O sistema, neste caso, é entendido como “um conjunto de elementos, de tal forma relacionados, que uma mudança no estado de qualquer elemento provoca mudança no estado dos demais elementos” (ROBERTS, 1978 apud ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002). Ou seja, essa noção de sistema incorpora a ideia de todo, de contribuição de diferentes elementos do ecossistema no processo saúde-doença, fazendo assim um contraponto à visão unidimensional e fragmentária do modelo biomédico.

Segundo essa concepção, a estrutura geral de um problema de saúde é entendida como uma função sistêmica, na qual um sistema epidemiológico se constitui num equilíbrio dinâmico. Ou seja, cada vez que um dos seus componentes sofre alguma alteração, esta repercute e atinge as demais partes, num processo em que o sistema busca novo equilíbrio.

Figura 1 – Sinergismo multifatorial na determinação das doenças diarreicas



Fonte: Almeida Filho e Rouquayrol (2002).

É importante enfatizar que por sistema epidemiológico entende-se

o conjunto formado por agente suscetível e pelo ambiente, dotado de uma organização interna que regula as interações determinantes da produção da doença, juntamente com os fatores vinculados a cada um dos elementos do sistema (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002, p. 49).

Essa definição de sistema epidemiológico aproxima-se da ideia de necessidade de um sistema de saúde complexo, que contemple um conjunto de ações e serviços de saúde capaz de identificar as interações dos determinantes da produção e reprodução das doenças e de atuar de forma efetiva no enfrentamento destes.

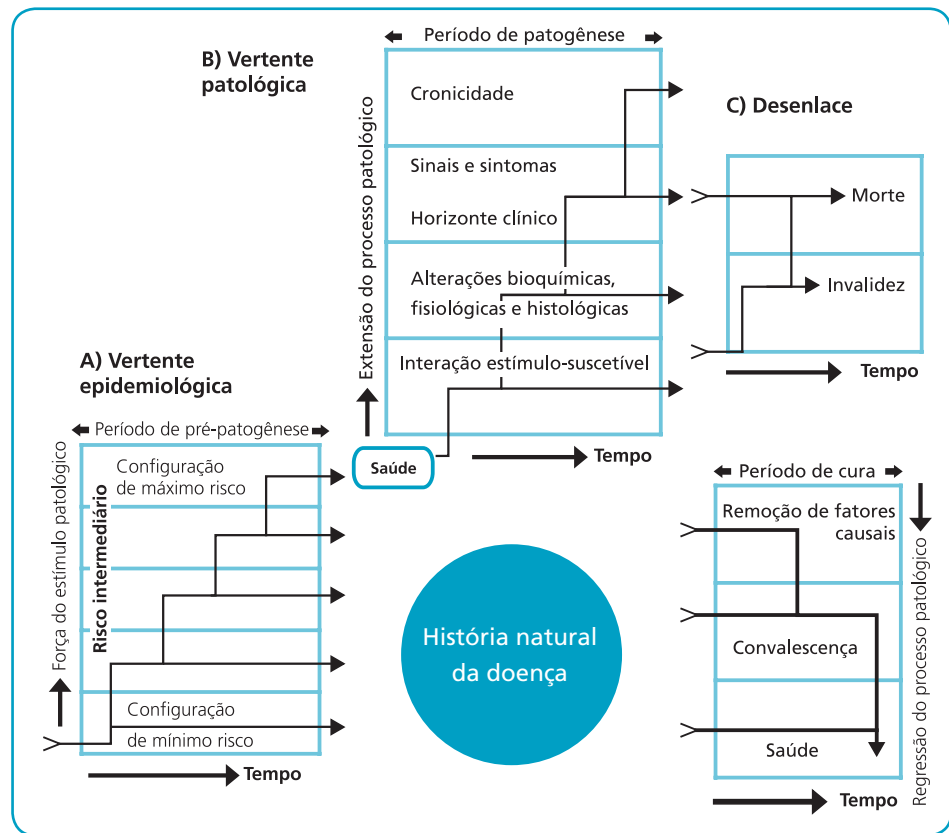
Modelo da História Natural das Doenças (modelo processual)

A busca por explicações causais do processo saúde-doença resultou na configuração da História Natural das Doenças (HND), conhecido como modelo processual dos fenômenos patológicos. Os principais sistematizadores desse modelo foram Leavell e Clark, no ano de 1976, quando definiram história natural da doença como o conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar, passando da resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (LEAVELL; CLARK, 1976 apud ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

O modelo da HND visa ao acompanhamento do processo saúde-doença em sua regularidade, compreendendo as inter-relações do agente causador da doença, do hospedeiro da doença e do meio ambiente e o processo de desenvolvimento de uma doença. Esta forma de sistematização ajuda a compreender os diferentes métodos de prevenção e controle das doenças.

O sistema de história natural das doenças apresenta uma dimensão basicamente qualitativa de todo o ciclo, dividindo em dois momentos sequenciais o desenvolvimento do processo saúde-doença: o pré-patogênico e o patogênico. O primeiro, também considerado período epidemiológico, diz respeito à interação entre os fatores do agente, do hospedeiro e do meio ambiente. O segundo corresponde ao momento quando o homem interage com um estímulo externo, apresenta sinais e sintomas e submete-se a um tratamento. De acordo com o apresentado na Figura 2, o período pré-patogênico permite ações de promoção da saúde e a proteção específica, enquanto o período patogênico envolve a prevenção secundária e a prevenção terciária.

Figura 2 – Modelo da História Natural da Doença



Fonte: Almeida Filho e Rouquayrol (2002).



O modelo explicativo de determinação do processo saúde-doença é destacado no filme nacional *Ilha das Flores*, de 1989, dirigido por Jorge Furtado, e disponível em:

<http://www.portacurtas.com.br/coments.asp?Cod=647#>.

O documentário mostra a crise de civilização em que a sociedade "moderna" e globalizada está inserida. É um ácido e divertido retrato da mecânica da sociedade de consumo. Acompanhando a trajetória de um simples tomate, desde a plantação até ser jogado fora, o curta explicita o processo de geração de riqueza e as desigualdades que surgem no caminho.

Vale a pena assistir ao filme!

A sistematização sugerida no modelo da HND orientou a organização do cuidado por diferentes níveis de complexidade, em termos de recursos e ações. Ao considerar a possibilidade de evitar a morte, são trazidas com este modelo diferentes possibilidades de prevenção e promoção da saúde, como interromper a transmissão, evitar o caso e promover vida com qualidade.

Determinação do processo saúde-doença

Pelo que pudemos ver até aqui, o processo saúde-doença se configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional por englobar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa inter-relação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo social ou de sociedades. A abordagem de Castellanos (1990) se coloca como um esforço de operacionalização, do ponto de vista analítico, do processo saúde-doença, tendo em vista os diferentes níveis de organização da vida.

O processo saúde-doença é um conceito central da proposta de epidemiologia social, que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais; cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos. A ênfase, nesse caso, está no estudo da estrutura socioeconômica, a fim de explicar o processo saúde-doença de maneira histórica, mais abrangente, tornando a epidemiologia um dos instrumentos de transformação social (ROUQUAYROL, 1993).

Nessa trajetória, o conceito de saúde vem sofrendo mudanças, por ter sido definido como “estado de ausência de doenças”; foi redefinido em 1948, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, passando de uma visão mecânica da saúde para uma visão abrangente e não estática do processo saúde-doença.

A definição de saúde presente na Lei Orgânica de Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, procura ir além da apresentada pela OMS, ao se mostrar mais ampla, pela explicitação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

Esta lei regulamenta o Sistema Único de Saúde, e é complementada pela Lei n. 8142, de dezembro de 1990. O que consta na LOS é que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, Art. 3).



Você terá a possibilidade de ver com mais detalhes a organização das ações e serviços de saúde na Parte II, “Gestão da atenção à saúde”.

Importante prestar atenção para a seguinte questão: a compreensão das diferentes concepções referentes ao processo saúde-doença está intimamente relacionada às dinâmicas de cuidado existentes, presentes na organização das ações e serviços de saúde e das redes sociais de apoio.

Conforme discutido desde o início deste capítulo, a saúde, a doença e o cuidado são determinados socialmente, variando conforme os tempos, os lugares e as culturas, o que implica dizer que a organização das ações e serviços de saúde e das redes de apoio social precisa ser planejada e gerida de acordo com as necessidades da população de um dado território.

Para praticar

Faça a leitura do texto de Paulo Sabroza, “Concepções de saúde e doença”, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (2004), disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>

Procure identificar no texto como o autor aborda as dimensões da complexidade do processo saúde-doença.

Vamos introduzir neste momento um tema que retornará na Parte IV, “Promoção da saúde e desenvolvimento social”. Por isso, é preciso deixar claro que não esgotaremos esse assunto; apenas queremos estabelecer a conexão entre processo saúde-doença, determinantes sociais e promoção da saúde de forma introdutória.

Na atualidade, o conceito de saúde da OMS vem sofrendo mudanças e aperfeiçoamentos. Na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, o conceito passou a estar relacionado à noção de promoção da saúde, que significa capacitar a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação social no controle do processo de saúde e doença (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, [199-]).

Na perspectiva da promoção da saúde, muda a concepção de saúde, em que esta é referida a um recurso aplicado à vida e não um objeto da vida, o que permite aos sujeitos maior controle sobre a própria saúde e sua possibilidade de melhorá-la.

A noção de promoção da saúde no conceito da OMS significa incluir indivíduos e grupos no processo saúde-doença, de modo que possam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, o que significa compreender os indivíduos e grupos como agentes na promoção da saúde.

Para praticar

Leia o texto de Paulo Buss, “Promoção da saúde e qualidade de vida”, publicado na *Revista Ciência & Saúde Coletiva* (2000), disponível no site <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>

Após a leitura do texto identifique os seguintes pontos:

- a) Qual concepção de saúde o autor propõe?
- b) Como o autor compreende promoção da saúde?
- c) Como essas questões ou outras apresentadas pelo autor estão relacionadas a seu processo de trabalho, considerando aspectos de acesso, resolutividade e respeito aos direitos à saúde?

Faça o registro de suas respostas.

Cabe destacar que promoção da saúde, como apresentado por Buss (2000), requer uma maior aproximação e apropriação dos temas relativos aos determinantes da saúde, visto que ações de promoção visam interferir neles. Esse é um ponto crucial, já que o planejamento e a implementação de ações de promoção devem ir ao encontro das necessidades dos grupos sociais, o que vai implicar, muitas vezes, a organização de ações intersetoriais, com métodos e enfoques apropriados.

Promover saúde é, em última instância, promover a vida de boa qualidade, para as pessoas individualmente e para as suas comunidades no território. A estratégia de promoção da saúde foi orientada para a modificação dos estilos de vida, para a adoção de hábitos saudáveis.

A atuação na perspectiva da promoção da saúde visa a:

- Acesso equitativo à saúde como direito de todos;
- Desenvolvimento de um entorno facilitador da saúde;
- Ampliação e potencialização das redes de apoio social;
- Promoção de atitudes afirmativas para a saúde acompanhadas de estratégias de enfrentamento adequadas;

- Ampliação da noção de construção compartilhada do conhecimento e de difusão de informações relacionadas à saúde;
- Fortalecimento da noção de responsabilidade social e civil de gestores de forma compartilhada com a sociedade organizada.

Pelo que foi apresentado neste capítulo, dá para perceber que a promoção da saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde; ela vai muito além: aponta na direção de um bem-estar global, em que indivíduos, grupos sociais e Estado têm papel importante a exercer para sua conquista.

Para consolidar os seus conhecimentos

Com base na leitura deste capítulo e dos textos complementares indicados, prepare um quadro-síntese com os diferentes modelos explicativos sobre o processo de saúde, doença e cuidado, destacando as vantagens e desvantagens de cada um deles. Amplie sua pesquisa para a construção do quadro. Lembre-se de registrar as referências utilizadas na realização desse trabalho.

Ao final deste capítulo, esperamos que você tenha compreendido os diferentes modelos explicativos do processo de saúde, doença e cuidado e a conexão destes com as formas de organização das ações e serviços de saúde para uma dada população no território. No próximo capítulo vamos nos deter mais nos fundamentos teóricos e conceituais e nos marcos legais que possibilitaram a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Referências

ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. *Modelos de saúde-doença: introdução à epidemiologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medci Ed., 2002. p. 27-64.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul. 2002.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 2 fev. 2005.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultura, 1982.

CASTELLANOS, P. L. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. *Boletim Epidemiológico [da] Organização Pan-Americana de Saúde*, v. 10, n. 4, p. 25-32, 1990.

FOUCAULT, MICHAEL. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Carta de Ottawa*. 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília, [199-].

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

SABROZA, P. C. *Concepções de saúde e doença*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. Mimeografado.

