

Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica

Carlos Batistella

Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência,
mas de qualificação da existência.
Boaventura de Souza Santos¹

Introdução

Cedo ou tarde, praticamente todo ser humano se pergunta sobre a origem da vida e as razões da existência. Essa reflexão faz parte de um exercício fundamental que nos liga ao universal, ao mesmo tempo que nos posiciona como sujeitos históricos. De modo semelhante, parece-nos que todo profissional de saúde deveria colocar-se diante de um questionamento essencial e existencial semelhante: O que é a saúde? Como meu trabalho pode efetivamente se tornar um meio de promovê-la?

Ainda que não se ache relevante tal exercício, é importante lembrar que cotidianamente expressamos compreensões sobre saúde e doença. Quando são exibidas reportagens ou propagandas na televisão sobre alimentos, produtos de beleza, remédios e comportamentos saudáveis; quando buscamos diagnósticos e tratamentos cada vez mais específicos; quando organizamos nosso cotidiano em função de nosso bem-estar; ou ainda quando optamos por um determinado estilo de vida, estamos sempre nos referindo a uma determinada compreensão de saúde e de enfermidade. Por sua vez, as práticas desenvolvidas nos serviços de atenção à saúde, conscientes ou não, estão relacionadas diretamente a determinadas concepções de saúde-doença-cuidado vigentes.

Nos últimos anos temos observado o ressurgimento do interesse pela discussão do conceito de saúde, tanto no meio acadêmico como na sociedade. Esse fenômeno pode ser explicado por diferentes fatores: o desenvolvimento de

¹ apud Czeresnia (2003).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, e sua divulgação quase simultânea pelos meios de comunicação vem ampliando o conhecimento da população sobre as doenças, seus sinais e sintomas.

O monitoramento celular dos mecanismos bioquímicos fisiológicos e patológicos tem induzido o surgimento de 'novas' doenças; o mapeamento do genoma humano e a abertura de novos horizontes terapêuticos com base na utilização de células-tronco têm recolocado em pauta a discussão sobre saúde pré-natal, 'cirurgias genéticas' e questões éticas decorrentes. A transformação da saúde em valor individual na sociedade de consumo é atestada pela crescente preocupação com a adoção de comportamentos saudáveis, pela propagação de modelos de beleza ideal e sua busca por meio de dietas, cirurgias e indústria cosmética, bem como pela procura dos seguros privados de saúde. No meio acadêmico, o debate dessa temática se renova motivado principalmente pelas discussões em torno da necessidade de mudanças no atual modelo de atenção à saúde, do movimento da promoção da saúde e pela própria crise do setor (Almeida Filho 2000a, 2000b, 2002, 2003; Buss, 2003; Czeresnia, 2003; Lefèvre & Lefèvre, 2004; Teixeira, Paim & Villasbôas, 2002).

Nos processos formativos, essa discussão tende a ser considerada excessivamente teórica e de poucas implicações práticas para o cotidiano dos serviços. Procurando fazer um caminho oposto, consideramos de fundamental importância que sejam explicitadas as profundas relações entre as concepções e as práticas de saúde, sejam tais relações individuais, comunitárias ou institucionais, bem como compreendidas as complexas mediações estabelecidas na sua reprodução.

Segundo Caponi (1997), a problematização dos conceitos correntes acerca da saúde tem como objetivo

evidenciar que o âmbito dos enunciados, o âmbito dos discursos, está em permanente cruzamento com o âmbito do não-discursivo, do institucional. É por isso que a aceitação de determinado conceito implica muito mais que um enunciado, implica o direcionamento de certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida dos sujeitos, implica a redefinição desse espaço de onde se exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos.² (Caponi, 1997: 291)

Se, de um lado, não parece difícil perceber as implicações diretas dos conceitos sobre as práticas, ou seja, do 'porquê' conceituar; de outro, são bas-

² Tradução livre.

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

tante polêmicas as formas do 'como' conceituar. A pretensão de objetividade na construção do conhecimento científico, classicamente traduzida nos modelos matemáticos, vem-se mostrando insuficiente, principalmente no campo das ciências humanas e sociais. Considerados em sua historicidade e complexidade, os fenômenos sociais não podem ser apreendidos somente por meio de seus aspectos objetivos (Minayo, 2004; Souza Santos, 2004). A própria ciência médica, ainda que trabalhe diretamente com a saúde e a doença, não consegue dar conta, isoladamente, de definições de saúde e doença. Para Czeresnia (2003: 42), "o discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar".

Mesmo apontando as dificuldades das construções teóricas, consideradas redutoras e incapazes de dar conta da totalidade dos fenômenos de saúde e do adoecer, a autora reconhece que não caberia questionar o pensamento científico por ser limitado e redutor, mas sim criticar o ponto de vista que nega o limite da construção científica:

Se, de um lado, o vital é mais complexo que os conceitos que tentam explicá-lo; de outro, é através de conceitos que são viabilizadas as intervenções operativas. Não há como produzir formas alternativas e atenção à saúde que não busquem operacionalizar conceitos de saúde e doença. (Czeresnia, 2003: 46-47)

Ainda que sejam sempre aproximações, recortes parciais de uma realidade sempre mais complexa, são os conceitos que nos possibilitam discutir as intervenções sobre esta mesma realidade. Não caberia negar sua importância, mas ter consciência de seus limites. Por isso mesmo tornam-se importantes: porque expõem a perspectiva de abordagem utilizada, permitindo seu questionamento e constante renovação. Os conceitos são a referência da prática. Traduzem-se nas opções de conhecimento necessário, no desenvolvimento de métodos, técnicas e instrumentos para a intervenção e, em última análise, na própria forma de a sociedade organizar-se para provê-la (a saúde) ou evitá-la (a doença).

Se pretendermos, como pressuposto da educação profissional em saúde, formar trabalhadores críticos, capazes de compreender e atuar na transformação da realidade social e de saúde da população, é preciso tomar a discussão do processo saúde-doença como eixo fundamental na organização dos currículos de formação. Mais do que isso, procurando superar uma concepção de educação profissional tecnicista, na qual a fragmentação entre teoria e prática reduz

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

o ensino às tarefas do posto de trabalho, é preciso situá-la em suas dimensões histórica, social e cultural, reestabelecendo, assim, as relações fundamentais entre formação geral e técnica.

A idéia de um conceito 'ampliado' de saúde tornou-se consenso entre os profissionais da saúde coletiva, muito embora haja controvérsias sobre a direção dessa ampliação e pouco se saiba sobre como operacionalizá-lo. Nosso objetivo neste artigo é fazer uma breve revisão histórica desse debate, abordando diferentes dimensões de análise do processo saúde-doença. Importante enfatizar que não reforçaremos a idéia de uma superação linear dessas visões, pelo contrário, reforçaremos a tese de que esses diferentes olhares convivem, complementam-se e/ou disputam espaços de compreensão e intervenção até os dias de hoje.

As Interpretações Mágico-Religiosas

A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas. Ao longo da história, os modelos de explicação da saúde e da doença sempre estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas. Desde a visão mágica dos caçadores-coletores até a perspectiva individualizante do capitalismo concorrencial, a diversidade de práticas que procuram promover, manter ou recuperar a saúde tem estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época.

A preocupação com a conservação da saúde acompanha o homem desde os primórdios. A rejeição a substâncias amargas, a procura de abrigos para o frio, o calor e a chuva, a necessidade de repousar, de comer e beber são comportamentos que fazem parte do instinto humano de conservação (Scliar, 2002). A doença, no entanto, sempre esteve presente no desenvolvimento da humanidade. Estudos de paleoepidemiologia relatam a ocorrência, há mais de três mil anos, de diversas doenças que até hoje afligem a humanidade. Esquistossomose, varíola, tuberculose foram encontradas em múmias, restos de esqueletos e retratadas em pinturas tanto no Egito como entre os índios pré-colombianos. Também podem ser encontrados relatos de epidemias na *Ilíada* e no *Velho Testamento*.

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

Durante o paleolítico, a descoberta e o domínio do fogo juntamente com o desenvolvimento de uma linguagem rudimentar irão favorecer o desenvolvimento de sociedades comunais, indicando uma certa organização social entre os homens primitivos. Essencialmente caçadores-coletores, viviam em bandos nômades, e a sobrevivência estava diretamente associada à disponibilidade de alimentos e água abundante. As doenças e agravos que não pudessem ser entendidos como resultado direto das atividades cotidianas – quedas, cortes e lesões obtidas durante as caçadas – eram explicados pela ação sobrenatural de deuses ou de demônios e espíritos malignos mobilizados por um inimigo.

Dominante entre os povos da Antigüidade, o pensamento mágico-religioso (Scliar, 2002) será responsável pela manutenção da coesão social e pelo desenvolvimento inicial da prática médica. Nas diferentes culturas, o papel da cura estava entregue a indivíduos iniciados: os sacerdotes incas; os xamãs e pajés entre os índios brasileiros; as benzedeiras e os curandeiros na África. Considerados líderes espirituais com funções e poderes de natureza ritualística, mágica e religiosa, mantinham contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza. Encarregados de realizar a cura, erradicando o mal e reintegrando o doente a partir de diferentes recursos extáticos de convocação, captura e afastamento dos espíritos malignos, os curandeiros valem-se de cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificações, extração da doença pela provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos.

Além de uma sofisticada farmacopéia, a herança menos óbvia dos sistemas etnomédicos dos ameríndios e de outras tradições milenares baseadas no pensamento mágico-religioso encontra-se na forma integral de tratamento do indivíduo. Compreendendo-o a partir do conjunto de relações sociais estabelecidas no interior de uma comunidade e de uma cosmogonia própria, os vínculos desenvolvidos entre o curandeiro e o doente são fundamentais no processo de cura. Hoje em dia, diversas linhas de pesquisa e de intervenção nas práticas de saúde procuram resgatar essa dimensão subjetiva envolvida nos processos terapêuticos, relegada pelo pensamento positivista e mecanicista que predominou no desenvolvimento da medicina ocidental contemporânea.

Porém, os problemas de saúde se acentuaram significativamente com o desenvolvimento da vida comunitária (Rosen, 1994). No neolítico, o cultivo da

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

terra e a produção de alimentos permitiram a fixação do homem em sítios próximos de rios e vales férteis, dando origem aos primeiros aldeamentos. O homem passou, desse modo, de nômade a agricultor e pastor. A domesticação dos animais, seja para auxílio no plantio, seja como fonte regular de proteínas, foi elemento crucial no aparecimento de novas doenças.

Originalmente presentes nos animais, diversos microorganismos são, pouco a pouco, adaptados e disseminados entre as populações humanas. Doenças como a varíola e a tuberculose migraram do gado para os seres humanos. Porcos e aves transmitiram a gripe, e o cavalo, o resfriado comum (Palmeira et al., 2004). O armazenamento de alimentos e a concentração dos dejetos nas aldeias aproximaram os vetores do convívio humano.

O excedente gerado pelo aumento da produção agrícola será responsável pela intensificação das trocas e o surgimento do comércio entre populações. O aumento dos contatos humano proveniente destas atividades irá favorecer a circulação de parasitos e a disseminação das doenças.

À medida que as diferentes civilizações vão-se desenvolvendo e se consolidando, vão surgindo outras formas de enfrentar os problemas. Escavações realizadas no norte da Índia indicaram a existência de uma antiga civilização que, há cerca de quatro mil anos, já apresentava indícios de planejamento urbano, com ordenamento das casas, ruas largas, pavimentadas e canais para escoamento do esgoto (Rosen, 1994).

Impressionantes sistemas de abastecimento de água, instalações para banhos, descargas para lavatórios e canalização para o esgoto também estavam presentes no Antigo Egito (3.100 a.C.), na cultura creto-micênica (1.500 a.C.) e entre os quéchuas, no Império Inca (1200 d.C.).

Embora a preocupação com a limpeza e higiene pessoal acompanhe o homem desde a pré-história, as razões para esse comportamento são bastante distintas. A associação entre limpeza e religiosidade é comum em diferentes culturas. Expurgar as impurezas a fim de apresentar-se limpo aos olhos dos deuses constitui-se um hábito e um ritual de diferentes civilizações como os incas, hebreus e egípcios (Rosen, 1994).

Com um forte enraizamento histórico nas mais diferentes culturas, a visão mágico-religiosa ainda exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea. De um lado, o uso disseminado de chás, o recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

purificação, presentes nas diversas crenças e religiões (católica, evangélica, espírita, candomblé entre outras), atestam a força de sua presença na cultura brasileira.³ De outro, salienta-se a importância de reassociar as dimensões espiritual e ambiental às tradicionais dimensões social, biológica e psicológica em que se insere a vida humana (Luz, 2006).

Na perspectiva da formação de profissionais de saúde, em especial daqueles que irão atuar junto à população, como é o caso dos agentes comunitários de saúde (ACS), é fundamental que se reconheça e respeite a expressão dessas crenças e práticas na sociedade, viabilizando um encontro de saberes que possa conferir maior efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado, realizadas pelos serviços de saúde.⁴

As Primeiras Explicações Racionais: a medicina hipocrática

Ao lado das concepções mágico-religiosas, pouco a pouco foi-se desenvolvendo uma outra explicação para a saúde e a doença. O apogeu da civilização grega vai representar o rompimento com a superstição e as práticas mágicas e o surgimento de explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença. Nascida no seio da religião panteísta, a medicina grega cultuava a divindade de Asclepius. Suas práticas, no entanto, iam além da ritualística, envolvendo o uso de ervas medicinais e de métodos naturais. Na mitologia grega, Asclépius teve duas filhas a quem ensinou a sua arte: Hygeia (de onde deriva 'higiene') e Panacea (deusa da cura).

Os grandes médicos gregos eram também filósofos naturais (Rosen, 1994). Mais do que lidar com os problemas de saúde, procuravam entender as relações entre o homem e a natureza. Entre estas preocupações estava

³ A sabedoria dos feiticeiros e curandeiros indígenas e africanos acerca da flora e o poderoso efeito psicológico dos rituais foi responsável pela maior parte das curas no Brasil colônia (Scliar, 2002). Uma das hipóteses mais aceitas para explicar as razões da Revolta da Vacina, ocorrida na cidade do Rio de Janeiro em 10 de novembro de 1904, tem base religiosa. Para Chalhoub, boa parte do movimento de oposição à vacinação obrigatória pode ser atribuído à resistência dos negros que viam na prática uma violação dos ritos dedicados a Omolu (Obaluaê), orixá da saúde e doença: "(...) uma epidemia de varíola era um castigo que funcionava como uma purificação dos males de uma comunidade; a tentativa de obstaculizar a marcha natural das bexigas seria então um convite a mais devastação e morte" (Chalhoub, 1996: 145).

⁴ Para a discussão da relação entre o saber popular e as práticas de saúde, ver Pedrosa, texto "Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde", no livro *Educação e Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

a explicação da saúde e da doença como resultantes de processos naturais e não sagrados.

A observação empírica da natureza irá fornecer os elementos centrais para a organização de um novo modo de conceber o adoecimento humano. É principalmente através de Hipócrates (460-377 a.C.) e de sua obra que tomamos contato com uma abordagem racional da medicina.

Em seu mais famoso livro: *Ares, Águas e Lugares*, Hipócrates chamará de 'endêmicas' aquelas doenças em que observou a ocorrência de um número regular e contínuo de casos entre os habitantes de uma comunidade, e de 'epidemia' o surgimento repentino, explosivo, de um grande número de casos em uma população. Ele atribui como fatores responsáveis pela endemidade local o clima, o solo, a água, o modo de vida e a nutrição. Essa observação terá um importante aspecto prático, conduzindo e orientando as atitudes e a organização das comunidades gregas no sentido da prevenção das doenças por ocasião da conquista de novos territórios ao Leste e Oeste. Datam daí os primeiros contratos de médicos municipais, que em comunidades maiores deixavam de exercer seu ofício de forma itinerante. Além das práticas curativas, esses médicos já atuavam no sentido da preservação da harmonia e do equilíbrio entre os elementos constituintes do corpo humano. As ações de higiene e de educação em saúde estavam baseadas na recomendação de um modo ideal de vida, em que nutrição, excreção, exercício e descanso eram fundamentais.

A relação com o ambiente é um traço característico da compreensão hipocrática do fenômeno saúde-doença. Partindo da observação das funções do organismo e suas relações com o meio natural (periodicidade das chuvas, ventos, calor ou frio) e social (trabalho, moradia, posição social etc), Hipócrates desenvolveu uma teoria que entende a saúde como homeostase, isto é, como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio.

Hipócrates concebia a doença como um desequilíbrio dos quatro humores fundamentais do organismo: sangue, linfa, bile amarela e bile negra. A teoria dos miasmas explicava o surgimento das doenças a partir da emanação do ar de regiões insalubres (a origem da palavra malária vem daí: *maus ares*).

Com escassos conhecimentos de anatomia e fisiologia, os médicos hipocráticos eram atentos observadores. Para Scliar (2002:25), a característica fundamental dos médicos gregos era a "observação atenta, mas não experimentação, registro lógico, mas não metodologia científica". A base da semiologia

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

médica atual já era apresentada nos quatro passos fundamentais da medicina grega: exploração do corpo (ausculta e manipulação sensorial); conversa com o paciente (anamnese); entendimento sobre o problema (o raciocínio diagnóstico); e estabelecimento de procedimentos terapêuticos ou ações indicadas para as queixas mencionadas (prognóstico).

As contribuições da medicina grega foram assimiladas pelo Império Romano. Embora tenha sido notado pouco avanço em relação à clínica e à própria percepção da constituição das doenças entre os homens,⁵ a engenharia sanitária e a administração terão um notável desenvolvimento.

O suprimento de água através de aquedutos foi antes de tudo uma necessidade para os romanos. As cidades dependiam de poços, cisternas de água de chuva, canalizações extensas, banheiros e fontes públicas. Em seu livro *De Aquis Urbis Romae* (Os aquedutos da cidade de Roma), Sexto Júlio Frontino (40-104 a.C.), comissário de águas de Roma no ano 97 d.C., descreve os benefícios à saúde da população resultantes da substituição da captação de água do rio Tibre e de poços particulares pelo sistema de aquedutos, destacando a pureza da água obtida através da disposição de bacias de assentamento para depósito de sedimentos e do sistema de distribuição mantido por reservatórios e encanamentos (Rosen, 1994).

O hábito romano dos banhos era extensivo a todos os moradores. Podia ter diversas finalidades, entre as quais a higiene corporal e a terapia pela água com propriedades medicinais. O grande número de banhos públicos tornou a higiene pessoal acessível, trazendo imensos benefícios ao povo.

O grande sistema de esgoto de Roma, a 'cloaca máxima', foi construído originalmente para realizar a drenagem de pântanos, sendo posteriormente utilizado para eliminar a água de superfície e os esgotos através de canos localizados sob as ruas. Embora também existissem latrinas públicas, nos quarteirões mais pobres a degradação ambiental era inequívoca. O apinhamento de cortiços e o cheiro de urina nas ruas prenunciavam os tempos sombrios que estavam por vir.

Os romanos também podem ser considerados precursores da área de atuação que hoje chamamos de saúde dos trabalhadores. A relação entre ocupações e enfermidades era observada por diversos naturalistas e poetas que

⁵ A teoria miasmática irá permanecer válida até meados do século XIX. Somente com o advento da bacteriologia é que serão questionados seus postulados.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

atribuíam o adoecimento dos mineiros à pobre ventilação das minas e aos fluidos e vapores tóxicos aos quais estavam expostos.

Saúde e Doença na Idade Média: entre o castigo e a redenção

Com a queda do Império Romano e a ascensão do regime feudal, por volta do ano 476 d.C., evidenciaram-se o declínio da cultura urbana e a decadência da organização e das práticas de saúde pública. As instalações sanitárias tanto na sede como nas províncias do antigo Império foram destruídas ou arruinaram-se pela falta de manutenção e reparos (Rosen, 1994).

Enquanto no Ocidente a desmantelamento da máquina do governo e o declínio econômico fazia o Império agonizar; no Oriente, em Bizâncio (hoje Istambul, Turquia), onde as invasões bárbaras não chegaram a ameaçar, foram mantidas várias das conquistas do mundo clássico e a herança da tradição médica greco-romana.

A Idade Média (500-1500 d.C.) foi marcada pelo sofrimento impingido pelas inúmeras pestilências e epidemias à população. A expansão e o fortalecimento da Igreja são traços marcantes desse período.

O cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado. Como este mundo representava apenas uma passagem para purificação da alma, as doenças passaram a ser entendidas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Conseqüência desta visão, as práticas de cura deixaram de ser realizadas por médicos e passaram a ser atribuídas a religiosos. No lugar de recomendações dietéticas, exercícios, chás, repousos e outras medidas terapêuticas da medicina clássica, são recomendadas rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos para purificação da alma, uma vez que o corpo físico, apesar de albergá-la, não tinha a mesma importância. Como eram poucos os recursos para deter o avanço das doenças, a interpretação cristã oferecia conforto espiritual, e morrer equivalia à libertação (Rosen, 1994).

A difusão da igreja católica e de sua visão tornou marginal qualquer explicação racional que pretendesse aprofundar o conhecimento a partir da observação da natureza. As ciências, e especialmente a medicina, eram consideradas blasfêmias diante do evangelho. A especulação científica era, portanto, desnecessária (Scliar, 2002). Assim, o desenvolvimento da medicina só teve continuidade entre os árabes e judeus, onde a tradição de Hipócrates e Galeno de

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

Pérgamo foi acrescida de importantes estudos em farmacologia e cirurgia. Destacam-se nesse período Avicena (980-1037) e Averróes (1126-1198).

O medo das doenças era constante nos burgos medievais. Dentre as inúmeras epidemias que aterrorizavam as populações (varíola, difteria, sarampo, influenza, ergotismo, tuberculose, escabiose, erisipela etc), a lepra e a peste bubônica foram, sem dúvida, aquelas de maior importância e preocupação.

Caso emblemático, a lepra era tida como manifestação evidente da impureza diante de Deus, e seus portadores deveriam ser condenados ao isolamento, conforme descrição bíblica. Considerados mortos, rezava-se uma missa de corpo presente antes do mesmo seguirem para o leprosário. Aqueles que vagassem pelas estradas deveriam usar vestes características e fazer soar uma matraca para advertir a outros de sua perigosa ameaça. Todo estigma e as conseqüências de seu diagnóstico fizeram da lepra a doença mais temida nesse período (Rosen, 1994; Scliar, 2002).

A peste bubônica, por sua vez, marcou o início e o ocaso da Idade Média. Causada por uma bactéria, *Pasteurella pestis*, transmitida pela pulga de ratos, a doença foi responsável pela morte de cerca de ¼ da população europeia em 1347. Dentre as principais causas apontadas estavam as viagens marítimas e o aumento da população urbana, que, somados aos conflitos militares, aos intensos movimentos migratórios, à miséria, à promiscuidade e à falta de higiene nos burgos medievais, tornaram o final deste período histórico digno da expressão muitas vezes evocada para descrevê-la: a idade das trevas.

Ainda que limitadas, algumas ações de saúde pública foram desenvolvidas na intenção de sanear as cidades medievais. A aglomeração crescente da população – que chegava trazendo hábitos da vida rural, como a criação de animais (porcos, gansos, patos) –, o acúmulo de excrementos nas ruas sem pavimentação, a poluição das fontes de água, a ausência de esgotamento e as péssimas condições de higiene, produziam um quadro aterrador. Buscou-se então garantir o suprimento de água aos moradores para beber e cozinhar; pedia-se que não fossem lançados animais mortos ou refugos na corrente do rio; proibiu-se a lavagem de peles e o despejo de resíduos dos tintureiros nas águas que serviam à comunidade.

Somente no final da Idade Média é que, pouco a pouco, foram sendo criados códigos sanitários visando normatizar a localização de chiqueiros, matadouros, o despejo de restos, o recolhimento do lixo, a pavimentação das ruas e

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

a canalização de dejetos para poços cobertos (Rosen, 1994). Ainda assim, é preciso lembrar que os hábitos culturais dos habitantes tornavam boa parte das medidas inócuas.

Também na Idade Média é que surgem os primeiros hospitais. Originados da igreja, nas ordens monásticas, inicialmente estavam destinados a acolher os pobres e doentes. Para Foucault (1982a: 99-100),

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. (...) E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação.⁶

Outra importante contribuição deste período foi a instituição da prática da quarentena para deter a propagação das doenças. A êxito da experiência do isolamento de leprosos – embora proposta por razões religiosas – reforçou a idéia de sua utilização para outras doenças comunicáveis. Diante da epidemia da peste, em meio a outras práticas baseadas na compreensão miasmática e no misticismo (como uso de perfumes, fogueiras purificadoras etc), a retirada das pessoas da convivência e a sua observação até a garantia de que não estivessem doentes já apontavam uma preocupação com a natureza contagiosa de algumas doenças.

Surgida em 1348 em Veneza, principal porto de comércio com o Oriente, a quarentena consistia na notificação de casos suspeitos às autoridades e no isolamento e observação rigorosa de pessoas suspeitas, embarcações e mercadorias por quarenta dias, em uma ilha situada na laguna. Posteriormente, outros locais foram designados com a finalidade de promover a reclusão quarentenária.

Como síntese desse período, parece-nos importante lembrar que, embora a natureza comunicável de algumas doenças fosse cada vez mais nítida –

⁶ Para a discussão sobre o surgimento do hospital, ver Lima, texto “Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde”, no livro *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

como a lepra e a peste –, a teoria miasmática ainda persistia como modelo explicativo. Ou seja, não havia evidência do elemento comunicável que não aqueles já sugeridos por Hipócrates: uma alteração atmosférica, onde águas estagnadas e matéria orgânica em decomposição corrompiam o ar. Naturalmente que, sob o poder da igreja, foram desautorizadas todas as iniciativas de avanço no conhecimento das causas das doenças e até mesmo de sugestão de qualquer explicação que estivesse além da fé. Aqueles que insistissem enfrentariam os tribunais da Inquisição.

Renascimento: novos olhares

Paradoxalmente, foi justamente no interior da igreja que perseguiu os hereges defensores do conhecimento baseado na observação da natureza que se preservou a maior parte do saber e do conhecimento de higiene e saúde da civilização greco-romana. Além de disporem de instalações e regulamentações higiênicas, no final da Idade Média alguns mosteiros começaram a abrigar as primeiras universidades.

Em 1530, quando já sopravam os ventos do Renascimento e a transição para a Modernidade encontrava-se em curso, o poeta e médico Girolamo Fracastoro publica a obra *De Contagione*, onde expõe sua hipótese sobre o contágio da sífilis, associando-a ao ato sexual. Em uma época em que o misticismo ainda não havia desaparecido e a ciência moderna não havia nascido (Scliar, 2002), Fracastoro proporá a existência de agentes específicos para cada doença. Mesmo sem o recurso do microscópio (só seria inventado no século XVII), intui que a transmissão das doenças de pessoa a pessoa ocorreria em função de partículas imperceptíveis, ou germes de contágio.

O surgimento de muitas cidades no Norte da Itália e Flandres foi acompanhado de uma importante modificação na organização do regime feudal. A sociedade de cultura rural, marcadamente dividida entre senhores e servos, vê surgir a burguesia, uma classe fundada não mais na posse de terras, mas no comércio e nas manufaturas.

A necessidade de expansão comercial e de novas rotas para o Oriente patrocinaram as grandes navegações que resultaram na descoberta do novo mundo. Se, por um lado, as conquistas simbolizaram um novo horizonte que se abria aos olhos dos conquistadores; por outro, significaram o genocídio das

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

populações ameríndias a partir da introdução de novos agentes infecciosos contra os quais não havia nenhuma defesa (Diamond, 2002).

Os séculos XV e XVI assistiram à revalorização do saber técnico proveniente dos diferentes ofícios, como a agricultura, a mineração, a metalurgia e a navegação. O interesse crescente dos intelectuais em se aproximar do conhecimento da natureza, das coisas reais tinha como objetivo refutar uma concepção meramente retórica ou contemplativa do saber. Reivindicavam “um saber em que a observação dos fenômenos, a atenção às obras, a pesquisa empírica fossem mais importantes do que as evasões retóricas, as complacências verbais, as sutilezas lógicas, as construções apriorísticas” (Rossi, 1989: 25).

A afirmação de um novo tipo de conhecimento se dava principalmente por meio da publicação de inúmeros tratados técnicos, favorecendo o contato entre o saber científico e o saber técnico-artesanal. Nasce daí uma intensa cooperação entre cientistas e técnicos, entre ciência e indústria. Pouco a pouco vão sendo estabelecidas as bases de um pensamento científico cujo discurso pré-moderno passa a submeter todo e qualquer conhecimento à prova da prática.

O desejo de tornar tudo visível estava presente tanto nos desenhos do Renascentista Leonardo da Vinci como também em Andreas Vesalio, médico suíço cujos estudos de anatomia presentes no *De Corporis Humani Fabrica* (1543) causaram grande polêmica. Recusando-se a estudar anatomia em textos teóricos, ele partiu para a dissecação de cadáveres e pôs em cheque as idéias de Galeno:

De início, ele mesmo fazia as dissecações, ao contrário de alguns anatomistas que deixavam essa tarefa, considerada inferior, para auxiliares. Depois, contestou com veemência as idéias de Galeno. Essa polêmica continha um elemento religioso. Os protestantes – a Reforma estava em curso – acreditavam que era dever dos crentes estudar a obra da criação mediante observação própria, o que incluía a prática da dissecação anatômica. Prática essa contestada por muitos católicos que ainda defendiam o galenismo, cujo raciocínio abstraía o conhecimento anatômico, baseado, como era, na teoria humoral. Os humores eram entidades semi-reais, semi-hipotéticas; já a anatomia é um conhecimento objetivo (...). (Scliar, 2002: 44)

Embora as universidades fossem instituições relativamente novas, elas faziam parte de uma instituição muito mais antiga, a igreja. O caráter inovador do movimento humanista associado ao Renascimento gerava oposição no interior das universidades – o saber convencional dos filósofos e teólogos escolásticos, quase todos ligados ao clero, era refratário às mudanças. As universidades

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

deveriam concentrar-se na transmissão do conhecimento, e não em sua descoberta. Diante desse impedimento, os humanistas fundarão as academias – instituições próprias para a discussão de idéias (Burke, 2003).

No campo da saúde, passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia, e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano.

O grande embate iniciado entre contagionistas e não-contagionistas atravessaria os séculos e, de certa forma, permanece influente no pensamento e práticas de saúde pública até hoje (Rosen, 1994; Czeresnia, 1997; Chalhoub, 1996).

De um lado, os 'contagionistas' empenhavam-se em identificar um princípio causal para cada doença. De outro, os defensores da 'constituição epidêmica' advogavam serem as epidemias consequência de desequilíbrios de uma constituição atmosférica e corporal. Os primeiros, influenciados pela tendência crescente de especificação da doença e de objetividade na produção do conhecimento. Lembremos, com Czeresnia (1997: 60-61) que "localização, especificidade e intervenção" foram valores introduzidos no pensamento médico a partir do Renascimento. No entanto, até meados do século XIX – quando então foi retomada com o advento da bacteriologia –, a teoria do contágio permaneceu tão 'metafísica' e sem base consistente quanto aquela que os próprios contagionistas criticavam.

Os anticontagionistas, por sua vez, foram cada vez mais se afastando dos termos obscuros que caracterizavam a descrição dos miasmas na Idade Média e aproximando-se de uma observação das relações entre as condições objetivas de vida construídas no espaço social.

A referida polêmica ilustra de modo singular o período em que se firmavam as bases da ciência moderna e do método científico. É somente no final do século XVIII, com o surgimento da anatomia patológica, que nascerá a medicina moderna (Foucault, 1980).

O Surgimento da Medicina Social

Com fim do modelo feudal de sociedade e a expansão comercial, as cidades tornam-se cada vez mais importantes econômica e politicamente. O

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

mercantilismo impulsiona a indústria nascente, e a produção torna-se elemento central na atividade econômica dos países.

A introdução da máquina a vapor intensifica o ritmo produtivo, as fábricas passam a demandar mais mão-de-obra, e as cidades crescem nas periferias. As péssimas condições de trabalho começam a chamar a atenção dos administradores. O corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, será objeto de políticas, práticas e normas. Surgem as primeiras regulações visando à saúde nas fábricas. Dentre estas, a redução da excessiva carga horária de trabalho.

O conjunto de doutrinas políticas e econômicas do Estado Moderno vai tomar o trabalho como elemento central de preocupação dos governos, influenciando diretamente a administração da saúde pública. Da necessidade de manutenção do poder dos Estados Nacionais surgem os registros de estado, e entre eles, a estatística médica. Neste contexto, a medicina passa a considerar os aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos na saúde/doença da população. Segundo Foucault (1982b), é possível distinguir três etapas na formação da medicina social: a medicina de Estado, surgida na Alemanha do século XVIII com a organização de um sistema de observação da morbidade, com a normalização do saber e práticas médicas, a subordinação dos médicos à uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal; a medicina urbana, com seus métodos de vigilância e hospitalização, por sua vez, não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena. Surgida na França, a higiene urbana tinha como preocupação central a análise das regiões de amontoamento que significassem ameaça à saúde humana, como os cemitérios e os matadouros, propondo sua 're-localização' e o controle da circulação do ar e da água. Era a medicalização das cidades; por fim, com o desenvolvimento do proletariado industrial na Inglaterra, a medicina inglesa começa a tornar-se social através da 'lei dos pobres'. Caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres visava torná-la mais apta ao trabalho e menos perigosa para as classes ricas (Foucault, 1982b).

Nesse contexto de crescente urbanização dos países europeus e de consolidação do sistema fabril, a concepção de causalidade social passa a se fortale-

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

cer como interpretação das relações entre as condições de trabalho das populações e da classe trabalhadora e o aparecimento de doenças:

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. (Gutierrez, 2001: 20)

A Era Bacteriológica e a Discussão da Causalidade

Até meados do século XIX, a saúde pública dispunha de poucos instrumentos para o controle de doenças. Os mais utilizados eram o isolamento e a quarentena. O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e da microbiologia resultou no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação.

Ainda que o mecanismo do contágio já tivesse sido elucidado por Fracastoro no século XVI e as bactérias e outros microorganismos já tivessem sido observados por Antony Van Leeuwenhoek no século XVII, somente no final do século XIX é que a identificação de diversos microorganismos patogênicos é realizada.

A hipótese de que as doenças infecciosas fossem causadas por pequenos 'animalículos', 'sementes' ou 'vermes' não era recente, já sendo uma suposição na Antiguidade. Porém, a partir do uso do microscópio como poderoso auxiliar nessa tarefa, diferentes cientistas vão contribuindo para o estabelecimento de uma importante ruptura epistemológica: o início da era bacteriológica.

Bonomo, em 1687, já havia observado e demonstrado que a escabiose era devida ao ácaro da sarna. Porém, sua demonstração não causou maior impacto entre os cientistas, sendo insuficiente como contraposição à vigência da teoria miasmática. Em 1834, o italiano Agostino Bassi demonstrou a participação de um fungo na doença do bicho-da-seda. Em 1841, Jacob Henle, um anatomista de Zurique, formulou uma teoria em que comprova serem os organismos vivos os causadores das doenças infecciosas. Para ordenar a confusão de idéias acerca da origem das doenças transmissíveis no início do século XIX, elaborou postulados de prova, a serem respeitados

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

para que se pudesse demonstrar ser um microorganismo específico a causa de uma determinada doença: presença constante do parasito, isolamento em meios externos e reprodução da doença a partir do parasito isolado (Rosen, 1994).

No final do século XIX, com o auxílio do microscópio, o químico francês Louis Pasteur, estudando as falhas na fermentação de vinhos e cervejas, observou que microorganismos tinham um papel fundamental neste processo. Descobriu ainda que as falhas eram devidas à participação indevida de outros microorganismos na fermentação, e que era possível corrigi-las a partir da supressão destes organismos estranhos através de um aquecimento por um período curto, a uma certa temperatura, preservando aqueles fermentos desejados. Embora Pasteur manifestasse o desejo de comprovar a participação de bactérias específicas para cada doença, os meios de cultura utilizados – líquidos – não permitiam o isolamento.

O avanço nas técnicas foi, em grande medida, resultado das pesquisas do botânico Ferdinand Cohn e de sua equipe, que começaram a utilizar meios sólidos, como batatas, massa de farinha, albumina de ovo etc.

A comprovação de um microorganismo específico como causa de uma determinada doença só foi cientificamente aceita em 1876, quando Robert Koch, um médico alemão, obedecendo aos postulados de Henle, demonstrou, durante três dias, diante de outros cientistas, a transmissão do antraz por um bacilo, usando camundongos como animais experimentais.

Após a publicação de seu artigo, seguiram-se duas décadas de avanços impressionantes em várias direções: de um lado, Koch aprofundou o desenvolvimento de meios de cultura e de coloração mais apropriados para o cultivo e estudos das bactérias. De outro, a microbiologia francesa de Pasteur e seus colaboradores concentraram esforços na descoberta dos mecanismos da infecção e nas formas de prevenção e tratamento das doenças contagiosas.

Com base na experiência exitosa de Edward Jenner,⁷ na utilização da vacina para evitar a transmissão da varíola, Pasteur irá dedicar-se à produção

⁷ Edward Jenner, médico rural inglês que, no final do século XVIII, descobriu uma forma de evitar a transmissão da varíola. Ao invés de utilizar pus variólico, que causava um número considerável de mortes pessoas inoculadas, o líquido que saía das feridas das vacas, que tinham úlceras semelhantes aquelas provocadas pela varíola. Assim, através de experimentações descobriu que este procedimento conferia imunidade à varíola (Chalhoub, 1996).

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

de vacinas a partir de cepas atenuadas. Por sua vez, o cirurgião Joseph Lister deu importante contribuição ao descobrir os mecanismos antissépticos ideais para evitar a septicemia pós-cirúrgica, sugerindo o tratamento químico das feridas com fenol.

No final do século XIX, boa parte das questões relativas às doenças infecciosas havia sido respondida, especialmente tratando-se das doenças contagiosas. Porém, persistiam algumas interrogações sobre a origem de doenças em que novos casos surgiam sem qualquer contato direto com os indivíduos enfermos. Do mesmo modo, intrigava o não-adoecimento de pessoas expostas aos doentes. Nos primeiros anos do século XX, foram desvendados a participação de vetores ou hospedeiros intermediários na transmissão de doenças e o papel dos portadores sadios na manutenção da cadeia epidemiológica. Abria-se a possibilidade de aplicar o princípio da imunidade ativa (inoculação de germes vivos em estado atenuado ou de seus extratos) e passiva (injeção de anticorpos específicos produzidos em outro animal) a todas as doenças infecciosas. Várias vacinas e soros imunes foram produzidos para um número expressivo de doenças – febre tifóide, tuberculose, febre amarela, poliomielite, difteria, tétano, envenenamento por mordida de cobra etc.

A crença na possibilidade de erradicação das doenças infecciosas repercutiu na criação de laboratórios de microbiologia e imunologia em diversos países. Reflexo dessa disseminação, os indicadores de mortalidade decrescem continuamente, fruto da diminuição da frequência de certas doenças. À medida que eram identificados os modos de transmissão e as formas de reprodução de vetores específicos, várias melhorias sanitárias e das condições de vida dos habitantes foram incentivadas.

A Unicausalidade

O impacto da era bacteriológica mudaria definitivamente a forma de perceber a saúde e a doença. Da teoria miasmática, muito pouco restaria depois que se passou a visualizar o antes invisível. Desvendam-se os mistérios, desmancham-se os castelos místicos erguidos em torno dos flagelos que assolaram a humanidade durante séculos.

Contudo, não se pode falar desse salto tratando apenas de suas consequências benéficas. O surgimento da microbiologia denotava a própria expres-

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

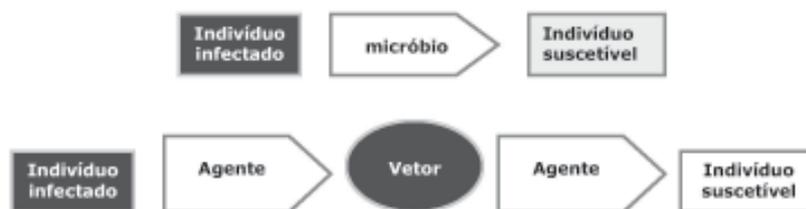
são da revolução científica no campo da saúde, e como tal, representou um reducionismo do fenômeno, enfatizando seus aspectos verificáveis. A subjetividade dá lugar à objetividade na definição da doença, a abordagem qualitativa é subordinada às análises quantitativas. A fisiologia, a anatomia patológica, a imunologia e a farmacologia estruturam um novo pensamento médico científico:

Ao centrar o olhar na patologia para o estudo das lesões do organismo, o discurso da medicina definiu uma opção coerente com o desenvolvimento da biologia (...). Firmou-se no pensamento médico a hegemonia do orgânico. A racionalidade científica na medicina estruturou a explicação dos fenômenos com base no estudo de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. (Czeresnia, 1997: 61)

O modelo unicausal de compreensão da doença estava baseado na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença (Figura 1). Essa concepção, ao passo que permitiu o sucesso na prevenção de diversas doenças, termina por reduzi-las à ação única de um agente específico. A polêmica entre contagionistas e anti-contagionistas não é concluída linearmente com a vitória dos contagionistas:

Os contagionistas enfatizavam a busca de uma causa verdadeira e específica da doença. Os anti-contagionistas, apesar de também estarem tentando precisar a especificidade da doença e sua etiologia, enfatizavam a importância de estudar a predisposição do corpo e do ambiente para o surgimento da doença. Predisposição, noção originalmente relativa à teoria da constituição epidêmica, denotava no contexto desta teoria um estado, uma totalidade que, contudo, não se expressava como um conceito. (Czeresnia, 1997: 64)

Figura 1 – Modelo unicausal



Para o modelo positivista de ciência, a emergência do modelo unicausal conferia o estatuto de cientificidade que se julgava faltar às explicações sociais. A desqualificação destas, mediante o advento da bacteriologia, impediu que

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

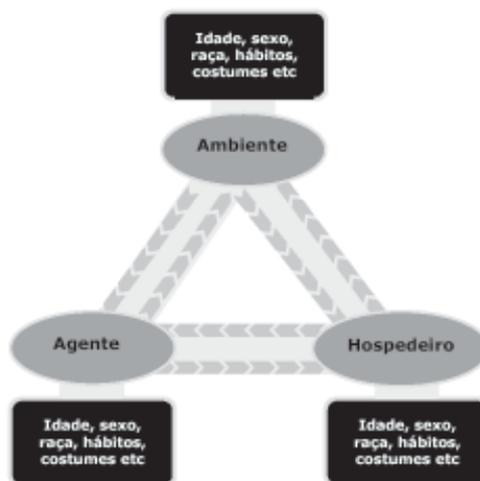
fossem estudadas as relações entre o adoecer humano e as determinações econômicas, sociais e políticas. A prática médica resultante desse modelo é predominantemente curativa e biologicista.

O Modelo de Explicação Multicausal

O vigor das explicações unicasais começa a enfraquecer após a Segunda Guerra, quando os países industrializados começam a vivenciar uma 'transição epidemiológica', caracterizada pela diminuição da importância das doenças infecto-parasitárias como causa de adoecimento e morte em detrimento do incremento das doenças crônico-degenerativas. A debilidade do modelo unicasal na explicação de doenças associadas a múltiplos fatores de risco favoreceu o desenvolvimento dos modelos multicausais.

Segundo Gutierrez e Oberdiek (2001), várias abordagens foram propostas para compreender o processo saúde-doença como síntese de múltiplas determinações: os modelos da balança, da rede de causalidades e, por fim, o modelo ecológico, também conhecido como da história natural das doenças.

Figura 2 – Modelo multicausal: a tríade ecológica



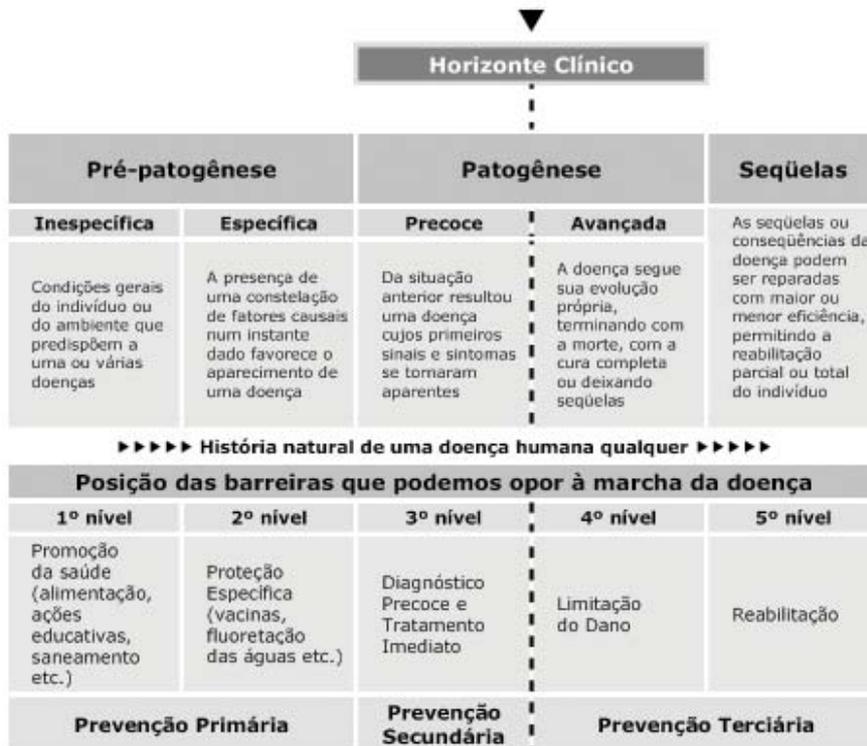
Fonte: adaptado de Leavell & Clarck, 1976.

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Proposto por Leavell e Clark (1976), esse modelo considera a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos fundamentais da chamada 'triade ecológica': o ambiente, o agente e o hospedeiro. A doença seria resultante de um desequilíbrio nas auto-regulações existentes no sistema (figura 2 e Quadro 1).

O exame dos diferentes fatores relacionados ao surgimento de uma doença e a utilização da estatística nos métodos de investigação e desenhos metodológicos permitiram significativos avanços na prevenção de doenças. Outra vantagem deste modelo teórico reside no fato de possibilitar a proposição de barreiras à evolução da doença mesmo antes de sua manifestação clínica (pré-patogênese).

Quadro 1 – Modelo da história natural da doença



Fonte: adaptado de Leavell & Clark, 1976.

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

Diversas críticas, porém, têm evidenciado as insuficiências deste modelo na explicação do surgimento das doenças na sociedade. De um lado, aponta-se que as análises só estabelecem relações quantitativas entre os fatores causais, não fazendo qualquer distinção hierárquica entre eles (Palmeira et al., 2004). De outro, embora se reconheça a existência de aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, estes são subalternizados em detrimento dos aspectos biológicos. Segundo Palmeira et al. (2004: 38),

o modelo multicausal avançou no conhecimento dos fatores condicionantes da saúde e da doença. A crítica que se faz a ele reside no fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e que por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes com intensidades e manifestações também diferentes.

A Produção Social da Saúde e da Doença

A década de 1960 foi bastante rica em análises que criticavam o modelo da história natural da doença, propondo uma abordagem mais ampla, que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade.

O modelo da determinação social da saúde/doença procura articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Assim, são considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária.

A construção de um novo marco explicativo que supere a concepção biologicista linear de simples causa-efeito aponta o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença. A noção de 'causalidade' é substituída, do ponto de vista analítico, pela noção de 'determinação', com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e doença. Está vinculada à compreensão dos 'modos e estilos de vida', derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço.

Essa explicação mais abrangente procura relacionar essas dimensões de forma sistêmica, integradas em uma totalidade na qual são identificados os níveis de determinação e os condicionantes do fenômeno observado. Diferente do modelo multicausal, que não apontava para nova prática médica, o modelo

O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

da produção social da saúde implica uma profunda revisão do objeto, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas, visando não apenas deter o avanço das doenças, mas sim, à promoção da saúde (Palmeira et al., 2004; Teixeira; Paim & Villasbôas, 2002).

Diversas abordagens contemporâneas têm-se preocupado em articular a totalidade de dimensões que compõem o complexo fenômeno da saúde-doença: o modelo sistêmico multinível ou hierárquico, o modelo do campo da saúde, o modelo da conceitual da determinação social da saúde, o enfoque ecossistêmico de saúde, a holopatogênese, entre outras. No texto intitulado “Abordagens contemporâneas do conceito de saúde” presente neste mesmo livro, após a revisão de algumas concepções clássicas, discutiremos as premissas básicas desses enfoques.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. de. *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000a.
- ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(1-3): 4-20, 2000b.
- ALMEIDA FILHO, N. de. & JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 879-889, 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. de. & ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BURKE, P. *Uma história Social do Conhecimento: de Gutenberg a Diderot*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, IV(2): 287-307, jul.-out., 1997.
- CHALHOUB, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CZERESNIA, D. *Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO (...)

- DIAMOND, J. *Armas, Germes e Aço: os destinos das sociedades humanas*. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982a.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982b.
- GUTIERREZ, P. R. & OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A. & CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL, 2001.
- LEAVELL, S. & CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. *Promoção de Saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.
- LUZ, M. Saúde. (verbete) In: EPSJV & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.
- MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- PALMEIRA, G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Org.) *Informação e Diagnóstico de Situação*. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar)
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.
- ROSSI, P. Artes mecânicas e filosofia no século XVI. In: ROSSI, P. (Org.) *Os Filósofos e as Máquinas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.
- SOUZA SANTOS, B. de. *Um Discurso sobre as Ciências*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: ISC, 2002.