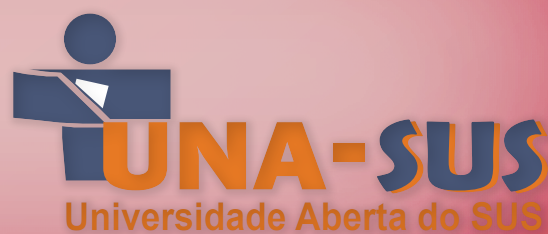


Especialização em  
**SAÚDE DA  
FAMÍLIA**



PRESIDENTA DA REPÚBLICA  
Dilma Vana Rousseff

VICE-PRESIDENTE  
Michel Miguel Elias Temer Lulia

MINISTRO DA SAÚDE  
Alexandre Padilha

MINISTRO DA EDUCAÇÃO  
Aloísio Mercadante

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)

Secretário: Mozart Júlio Tabosa Sales

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO  
EM SAÚDE (DEGES)

Diretora: Mônica Sampaio de Carvalho

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO  
PAULO (SES-SP)

Secretário: Giovanni Guido Cerri

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE  
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS)

Presidente: Ademar Artur Chioro

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
(OPAS)

Diretora: Mirta Roses Periago

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
(UNA-SUS)

Secretário Executivo:

Francisco Eduardo de Campos

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA  
FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)

Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO PAULO (FAPUnifesp)

Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
(UNIFESP)

Reitor: Walter Manna Albertoni

Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith

Pró-Reitora de Extensão:

Conceição Vieira da Silva Ohara

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO  
UNA-SUS (UNIFESP)

Conceição da Silva Vieira Ohara

Eleonora Menicucci de Oliveira

(dezembro/2009 à fevereiro/2012)

COORDENAÇÃO ADJUNTA/EXECUTIVA  
Alberto Cebukin

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Celso Zilbovicius

Daniel Gonçalves Almeida

Laís Helena Domingues Ramos

Rita Maria Lino Tarcia

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Gisele Grinevicius Garbe

Monica Parente Ramos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA

Daniel Lico dos Anjos Afonso

PRODUÇÃO

Antonio Aleixo da Silva - *Design instrucional*

Eduardo Eiji Ono - *Web design e ilustração*

Felipe Vieira Pacheco - *Design instrucional*

Marcelo Franco - *Diagramação e ilustração*

Sílvia Carvalho de Almeida - *Revisão ortográfica*

Tiago Paes de Lira - *Diagramação*

Valéria Gomes Bastos - *Web design*

Edição, Distribuição e Informações

Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão

Rua Sena Madureira, 1500 - Vila Mariana - CEP 04021-001 - SP

Fale conosco: 011 5576.4842 (Secretaria)

(atendimento telefônico do suporte das 7h às 10h e de 15h às 18h)

<http://www.unasus.unifesp.br>

COPYRIGHT 2012

Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Ministério da  
Saúde



# Processo saúde-doença

Lucila Amaral Carneiro Vianna

Revisão de Celso Zilbovicius e  
Daniel Almeida Gonçalves

## Sumário

Apresentação .....	4
O processo saúde-doença e sua determinação social e histórica .....	4
Referências .....	11

# I Processo saúde-doença

## Apresentação

Este texto foi organizado a partir de um conjunto de conceitos sobre o processo saúde-doença, questões históricas e o papel da equipe ao atuar nesse processo. No intuito de tornar sua leitura mais rica e interessante, mesclamos conceitos, modelos teóricos e sua aplicação em alguns exemplos práticos.

O trabalho na Estratégia Saúde da Família requer uma base epidemiológica, em que o fenômeno saúde-doença deve ser compreendido e revisitado muitas vezes no decorrer de nossa prática. Como veremos, os paradigmas sobre esse fenômeno modificaram-se com o passar do tempo, evidentemente a partir da evolução da tecnologia e dos avanços socioeconômicos que envolveram as civilizações.

Acreditando na força da Atenção Primária à Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família como esteio da promoção de saúde e marco na qualificação da vida dos indivíduos e da comunidade, é que compartilhamos com você algumas reflexões e considerações. Esperamos que com isso possamos contribuir para a construção do Sistema Único de Saúde.

## O processo saúde-doença e sua determinação social e histórica

### Doença

A doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, enfim, os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adoece (CANGUILHEM; CAPONI, 1995. In: BRÊTAS; GAMBA, 2006).

Para Evans e Stoddart (1990), a doença não é mais que um *constructo* que guarda relação com o sofrimento, com o mal, mas não lhe corresponde integralmente. Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade. O conhecimento clínico pretende balizar a aplicação apropriada do conhecimento e da tecnologia, o que implica que seja formulado nesses termos. No entanto, do ponto de vista do bem-estar individual e do desempenho social, a percepção individual sobre a saúde é que conta (EVANS; STODDART, 1990).

### Conceito de saúde

#### O que é saúde?

Segundo o conceito de 1947 da Organização Mundial da Saúde (OMS), com ampla divulgação e conhecimento em nossa área, a saúde é definida como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.



<http://www.flickr.com/photos/hulagway/5116382090/sizes/o/in/photostream/>  
(Créditos: Who log why)



## Saiba mais...

Essa definição é válida oficialmente até os dias de hoje e tem recebido, desde sua formulação, críticas e reflexões de muitos profissionais, pesquisadores e outros protagonistas da área da saúde. Esses profissionais, de modo geral, classificam-na como utópica e não operacional, caracterizando-a mais como uma declaração do que propriamente como uma definição (NARVAI et al., 2008).

Entre diversas outras abordagens possíveis para se entender o conceito de saúde, apresentaremos uma que nos parece mais útil à nossa discussão, a qual tem sido defendida por alguns autores (NARVAI et al., 2008). Pode-se então descrever a condição de **saúde**, didaticamente, segundo a soma de **três planos: subindividual, individual e coletivo**, apresentados a seguir.

O plano **subindividual** seria o correspondente ao nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a **normalidade – anormalidade/funcionalidade – disfunções**. Assim, quando a balança pender para o lado da **anormalidade/disfunção**, podem ocorrer basicamente duas situações: a enfermidade e a doença.

A enfermidade seria a condição percebida pela pessoa ou paciente, caracterizando-a como **queda de ânimo**, algum sintoma físico, ou mesmo **dor**. A doença seria a condição detectada pelo profissional de saúde, com quadro clínico definido e enquadrada como uma entidade ou classificação nosológica (NARVAI et al., 2008).

O plano **individual** entende que as disfunções e anormalidades ocorrem em indivíduos que são seres biológicos e sociais ao mesmo tempo. Portanto, as alterações no processo saúde-adoecimento resultam não apenas de aspectos biológicos, mas também das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, ou seja, teriam dimensões individuais e coletivas. Segundo essa concepção, a condição de saúde poderia variar entre um extremo de **mais perfeito bem-estar** até o extremo da **morte**, com uma série de processos e eventos intermediários entre os dois (NARVAI et al., 2008).

O plano **coletivo** expande ainda mais o entendimento sobre o processo saúde-adoecimento, que é encarado não como a simples soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente, senão a expressão de um processo social mais amplo, que resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representados por determinantes do fenômeno nos vários níveis de análise: família, domicílio, microárea, bairro, município, região, país, continente etc. (NARVAI et al., 2008). Nessa linha, fica mais fácil compreender a definição de Minayo (1994 apud NARVAI et al., 2008) sobre saúde: “fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente”.



## Destaque

Enxergando-se a condição de saúde segundo esses três planos, compreendemos melhor porque somente em situações muito específicas a **saúde** resulta apenas da disponibilidade e do acesso aos serviços de saúde. Assim, o **direito à saúde** deveria ser entendido de forma mais abrangente do que apenas o **direito ao acesso aos serviços de saúde** (NARVAL et al., 2008). Nossa própria Constituição Federal de 1988, em sua seção sobre saúde (Art. 196), define-a nos seguintes termos (grifos do autor): “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido **mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos** e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

A saúde é silenciosa: geralmente não a percebemos em sua plenitude; na maior parte das vezes, apenas a identificamos quando adoecemos. É uma experiência de vida, vivenciada no âmbito do corpo individual. Ouvir o próprio corpo é uma boa estratégia para assegurar a saúde com qualidade, pois não existe um limite preciso entre a saúde e a doença, mas uma relação de reciprocidade entre ambas; entre a normalidade e a patologia, na qual “os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais) podem causar doença, se agem com determinada intensidade, se pesam em excesso ou faltam, se agem sem controle”. Essa relação é demarcada pela forma de vida dos seres humanos, pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Tal constatação nos remete à reflexão de o processo saúde-doença-adoecimento ocorrer de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade. (BERLINGUER. In: BRÊTAS; GAMBA, 2006).

Canguilhem e Caponi (1995. In: BRÊTAS; GAMBA, 2006) consideram que, para a saúde, é necessário partir da dimensão do ser, pois é nele que ocorrem as definições do normal ou patológico. O considerado normal em um indivíduo pode não ser em outro; não há rigidez no processo. Dessa maneira, podemos deduzir que o ser humano precisa conhecer-se, necessita saber avaliar as transformações sofridas por seu corpo e identificar os sinais expressos por ele. Esse processo é viável apenas na perspectiva relacional, pois o normal e o patológico só podem ser apreciados em uma relação.



<http://www.flickr.com/photos/lululemonathletica/445704703/sizes/o/in/photostream/> (Créditos: Lululemon Athletica)

Nessa dimensão, a saúde torna-se a capacidade que o ser humano tem de gastar, consumir a própria vida. Entretanto, é importante destacar que a vida não admite a reversibilidade; ela aceita apenas reparações. Cada vez que o indivíduo fica doente, está reduzindo o poder que tem de enfrentar outros agravos; ele gasta seu seguro biológico, sem o qual não estaria nem mesmo vivo (BRÊTAS; GAMBA, 2006).

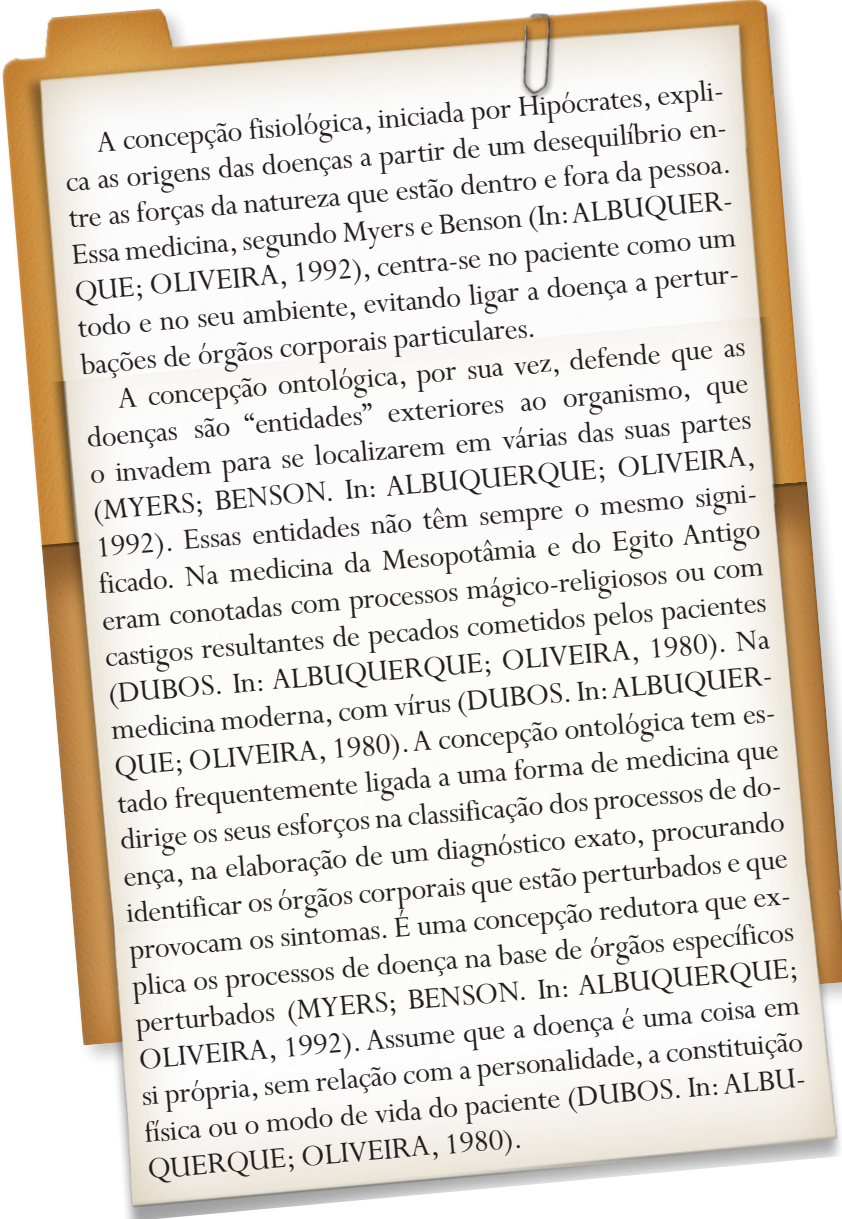
## Histórico

Na Antiguidade, quando das religiões politeístas, acreditava-se que a saúde era dádiva, e a doença, castigo dos deuses. Com o decorrer dos séculos e com o advento das religiões monoteístas, a dádiva da saúde e o castigo da doença passaram a ser de responsabilidade de um único Deus. No entanto, 400 anos a.C., Hipócrates desenvolveu o tratado Os

ares e os lugares, no qual relaciona os locais da moradia, a água para beber, os ventos com a saúde e a doença. Séculos mais tarde, as populações passaram a viver em comunidade, e a teoria miasmática tomou lugar. Consiste na crença de que a doença é transmitida pela inspiração de “gases” de animais e dejetos em decomposição (BUCK et al., 1988)

Tal teoria permanece até o século XIX, no entanto ao final do século XVIII, predominavam na Europa como forma de explicação para o adoecimento humano os paradigmas socioambientais, vinculados à concepção dinâmica, tendo se esboçado as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença. Com o advento da Bacteriologia, a concepção ontológica firmou-se vitoriosa e suas conquistas levaram ao abandono dos critérios sociais na formulação e no enfrentamento dos problemas de saúde das populações.

Duas concepções têm marcado o percurso da medicina (MYERS; BENSON. In: ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1992):



A concepção fisiológica, iniciada por Hipócrates, explica as origens das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Essa medicina, segundo Myers e Benson (In: ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1992), centra-se no paciente como um todo e no seu ambiente, evitando ligar a doença a perturbações de órgãos corporais particulares.

A concepção ontológica, por sua vez, defende que as doenças são “entidades” exteriores ao organismo, que o invadem para se localizarem em várias das suas partes (MYERS; BENSON. In: ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1992). Essas entidades não têm sempre o mesmo significado. Na medicina da Mesopotâmia e do Egito Antigo eram conotadas com processos mágico-religiosos ou com castigos resultantes de pecados cometidos pelos pacientes (DUBOS. In: ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1980). Na medicina moderna, com vírus (DUBOS. In: ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1980). A concepção ontológica tem estado frequentemente ligada a uma forma de medicina que dirige os seus esforços na classificação dos processos de doença, na elaboração de um diagnóstico exato, procurando identificar os órgãos corporais que estão perturbados e que provocam os sintomas. É uma concepção redutora que explica os processos de doença na base de órgãos específicos perturbados (MYERS; BENSON. In: ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1992). Assume que a doença é uma coisa em si própria, sem relação com a personalidade, a constituição física ou o modo de vida do paciente (DUBOS. In: ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1980).

A teoria microbiana passa a ter, já nos fins do século XIX, uma predominância de tal ordem que, em boa medida, fez obscurecer algumas concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que apontavam para os fatores de ordem socioeconômica. Na atualidade, identifica-se o predomínio da multicausalidade, com ênfase nos condicionantes individuais. Como alternativa para a sua superação, propõe-se a articulação das dimensões individual e coletiva do processo saúde-doença, que tudo tem a ver com a prática da Estratégia Saúde da Família.

Já no Brasil, em 1986, foi desenvolvida a *VII Conferência Nacional de Saúde*, na qual foram discutidos os temas saúde como direito; reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e financiamento setorial. Nessa conferência adotou-se o seguinte conceito sobre saúde:

... em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Contudo, podemos observar a saúde em outro aspecto. Partindo da análise do conceito da saúde da OMS (1976), Ferrara et al. (1976) propõem um novo conceito, no qual a saúde é concebida como “o contínuo agir do ser humano ante o universo físico, mental e social em que vive, sem regatear um só esforço para modificar, transformar e recriar aquilo que deve ser mudado”. Atribuem ao conceito uma dimensão dinâmica, valorizando o papel dos seres humanos na manutenção e na transformação da saúde (individual e coletiva), colocando-os como atores sociais do processo da própria vida (BRÊTAS; GAMBA, 2006).

Deve-se também considerar o recente e acelerado avanço que se observa no campo da Engenharia Genética e da Biologia Molecular, com suas implicações tanto na perspectiva da ocorrência como da terapêutica de muitos agravos. Desse modo, surgiram vários modelos de explicação e compreensão da saúde, da doença e do processo saúde-doença, como o modelo epidemiológico baseado nos três componentes – agente, hospedeiro e meio –, considerados como *fatores causais*, que evoluiu para modelos mais abrangentes, como o do *campo de saúde*, com o envolvimento do ambiente (não apenas o ambiente físico), estilo de vida, biologia humana e sistema/serviços de saúde, numa permanente inter-relação e interdependência (GAMBA; TADINI, 2010).



foto: IRR | Images

### Processo saúde-doença

Muito se tem escrito sobre o processo saúde-doença, no entanto um novo instrumento intelectual para a apreensão da saúde e da doença deve levar em conta a distinção entre a doença, tal como definida pelo sistema da assistência à saúde, e a saúde, tal como percebida pelos indivíduos. Ademais, deve incluir a dimensão do bem-estar, um conceito ainda mais amplo, no qual a contribuição da saúde não é a única e nem a mais importante. O sofrimento experimentado pelas pessoas, suas famílias e grupos sociais não corresponde necessariamente à concepção de doença que orienta os provedores da assistência, como os profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Por outro lado, como alternativa para a superação dos modelos causais clássicos, centrados em ações individuais, como os métodos diagnósticos e terapêuticos, a vacinação e a educação em saúde, ainda que dirigidos aos denomina-



dos grupos de risco, deveriam privilegiar a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença por meio de modelos interativos que incorporassem ações individuais e coletivas. Uma nova maneira de pensar a saúde e a doença deve incluir explicações para os achados universais de que a mortalidade e a morbidade obedecem a um gradiente que atravessa as classes socioeconômicas, de modo que menores rendas ou *status* social estão associados a uma pior condição em termos de saúde. Tal evidência constitui-se em um indicativo de que os determinantes da saúde estão localizados fora do sistema de assistência à saúde (EVANS; STODDART, 2003; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Para Gadamer, saúde e doença não são duas faces de uma mesma moeda. De fato, se considerarmos um sistema de saúde, por exemplo, o SUS, é possível verificar que as ações voltadas para o diagnóstico e o tratamento das doenças são apenas duas das suas atividades. Inclusão social, promoção de equidade ou de visibilidade e cidadania são consideradas ações de saúde. O entendimento da saúde como um dispositivo social relativamente autônomo em relação à ideia de doença, assim como as repercussões que esse novo entendimento traz para a vida social e para as práticas cotidianas em geral e dos serviços de saúde em particular, abrem novas possibilidades na concepção do processo saúde-doença.

Fica claro que tal processo representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos do desenvolvimento científico da humanidade. Portanto, não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (GUALDA; BERGAMASCO, 2004). Assim, o conceito de saúde varia segundo a época em que vivemos, assim como os interesses dos diversos grupos sociais.



### Destaque

Dessa maneira, o processo saúde-doença está diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Dessa forma, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1976), “a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida, e, assim, não é um *bem de troca*, mas um *bem comum*, um bem e um direito social”, no sentido de que cada um e todos possam ter assegurado o exercício e a prática desse direito à saúde, a partir da aplicação e da utilização de toda a riqueza disponível, conhecimento e tecnologia que a sociedade desenvolveu e vem desenvolvendo nesse campo, adequados às suas necessidades, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Ou seja, considerar esse bem e esse direito como componente e exercício da cidadania, compreensão esta que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público para o balizamento e a orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações.

Em síntese, pode-se dizer, em termos de sua determinação causal, que o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde-doença de uma população, que varia em diversos momentos históricos do desenvolvimento científico da humanidade

### O papel da equipe na atuação no processo saúde-doença

“Trocando em miúdos”, a equipe da Estratégia Saúde da Família precisa ter consciente seu papel de educador em saúde e conjuntamente saber o resultado que quer atingir em cada situação. É recomendável o treinamento da percepção sensorial: onde focar a atenção e como modificar e ampliar os filtros para poder observar coisas que não eram percebidas anteriormente. Filtro é uma expressão utilizada em Programação Neurolinguística, que significa linguagem dos nossos pensamentos e experiências vividas, imagens internas, sons e sensações que nos dão um significado especial que fica arquivado em nosso cérebro e que nos vem à mente nas mais diversas situações. Por exemplo, nossas crenças religiosas e nosso aprendizado na área específica funcionam como filtros, levando-nos a agir de determinada maneira e a prestar mais atenção a algumas coisas do que a outras (O’CONNOR; SEYMOUR, 1995; ANDREAS; FAULKNER, 1995).

Ao prestar a assistência ao indivíduo, à família ou à comunidade, há que se considerar quem é ou quem são os usuários, como se apresentam na situação de necessidade de saúde, seus direitos, deveres, valores e prerrogativas. O ser humano é complexo, e não há como abranger sua totalidade por uma única definição. Mesmo que se considere a pessoa um ser biopsicossocial e espiritual, não se consegue expressar toda a sua individualidade e singularidade. Os profissionais da saúde aprendem sobre estrutura e função humanas pelo estudo da anatomia, da fisiologia, da psicologia, da sociologia, da patologia, além das várias maneiras de assistir, de abordar e de se relacionar profissionalmente com o indivíduo, a família ou a comunidade.

Não podemos nos esquecer de que o **ambiente** é o local onde a pessoa se encontra com as coisas ao seu redor que lhe exercem influências, afetando-a de várias maneiras. Por exemplo, uma família de seis, oito pessoas que habitam um único cômodo provavelmente terá conflitos, problemas que atingirão sua saúde mental; por outro lado, viver num quarto úmido, ou seja, num ambiente insalubre, provavelmente acarretará doenças como bronquite, tuberculose, etc. e, assim, uma infinidade de exemplos.

O processo saúde-doença é um dos pontos centrais para os profissionais da saúde que buscam promover a saúde, cuidando para que as pessoas possam ter, tanto quanto possível, uma boa qualidade de vida, mesmo quando as limitações se estabelecem. Para essa relação especial com os usuários, é necessário o aprendizado do uso dos instrumentos e das tecnologias para o cuidado que compõe a formação desses profissionais.

Como se considerou anteriormente, os profissionais se concentram nos pontos de interesse ditados por suas áreas de ação. Porém não basta a seleção desses pontos, ou ideias contrais; é necessário relacionar uns aos outros, pois dados separados pouco contribuem para o conhecimento e para a ação. No entanto, a organização dos dados torna-se possível pela utilização de modelos e teorias.

Para qualquer ação, por mais simples que seja, temos em mente dar resposta às questões já vistas anteriormente: o que é, para quem, como, quando e onde será realizada a ação. Nesse modelo ou teoria para ação, os elementos são os conceitos que vão sendo relacionados uns aos outros, ou seja, a organização dos dados representados por ideias. Por exemplo, os profissionais da saúde vão relacionar a pessoa, seu ambiente, saúde ou doença a ações preventivas e curativas de saúde. Os conceitos são as palavras que expressam as ideias concebidas sobre a realidade.

## Conclusão

Segundo Brêtas e Gamba (2006), por mais que se pense a saúde na dimensão do coletivo, é o ser humano que adocece e, como tal, requer cuidados. A saúde e o adoecer são experiências subjetivas e individuais, conhecidas de maneira intuitiva, dificilmente descritas ou quantificáveis. É na lógica relacional que se visualizam o cuidado e a assistência pelos profissionais da saúde, que se concretizam de forma abrangente quando aliados aos conhecimentos técnicos, científicos e políticos, capazes de sustentar as bases do cuidado profissional, a sensibilidade humana para compreender a subjetividade expressa pelo ser que está sendo cuidado.

É necessário compreender as condições impostas como passíveis de interferência e atentar para não culpar os indivíduos quando tais condições são insalubres e interferem em seu estilo de vida. Trabalhar com as condições de vida impostas requer um esforço interdisciplinar e intersetorial. A área da saúde sozinha não consegue assegurar qualidade de vida e, conseqüentemente, de saúde. É na esfera da ética que compreenderemos a necessidade do empenho de parte significativa da sociedade para assegurar a dignidade da vida humana.

Nós, profissionais da área da saúde, temos que imaginar o cliente – assim como nós mesmos – como alguém capaz de perceber e explorar o mundo externo a partir de experiências pessoais, sua cultura, sua linguagem, crenças, valores, interesses e pressuposições. Cada um de nós dá um sentido ao mundo que lhe é apresentado. Podemos dizer que cada um traça um mapa, ou seja, um panorama próprio do mundo. Portanto os mapas são seletivos: prestamos atenção aos aspectos do mundo que nos interessam e ignoramos outros.

Assim, no entendimento de Brêtas e Gamba (2006), um bom profissional da área da saúde é aquele capaz de trazer o inaparente, o indizível, em um primeiro contato com o ser doente. Ao compreender que o corpo humano não é um produto genérico isolado, pois existe em relação aos outros seres em um dado contexto social, cultural e político, o bom profissional entende que, para cuidar da pessoa, faz-se necessário considerar algumas questões pertinentes ao vínculo saúde-doença-adoecimento-sociedade: as condições de vida impostas e os estilos de vida escolhidos pelos próprios indivíduos. A primeira situação diz respeito à esfera pública, na qual nem sempre o indivíduo consegue interferir sem a participação do Poder Público; a segunda localiza-se no mundo privado, no qual o indivíduo define a melhor forma de se utilizar da própria vida (CAPONI, S. In: BRÊTAS; GAMBÁ, 2006). Ao trabalharmos na esfera da Estratégia Saúde da Família, precisamos ficar atentos para, em nome da Educação para a Saúde, não nos intrometermos na vida privada das pessoas que cuidamos. A escolha é individual e, desde que não prejudique o coletivo, deve ser respeitada.



## Destaque

Cabe aos profissionais da saúde rever sua prática, buscando entender que não basta trabalhar com as doenças: é necessário compreender o indivíduo no todo como alguém que vive a experiência da necessidade, do adoecimento, carregada de valores e significados subjetivos, únicos, capazes de interferir na qualidade do cuidado prestado. Assim, resta-nos, como profissionais da saúde, enfrentar o desafio de construir estratégias para conceber a saúde no âmbito da Atenção Básica de forma mais solidária e menos punitiva na convivência com os estilos de vida individuais (CAPONI, S. In: BRÊTAS; GAMBA, 2006).

## Referências

- ANDREAS, S., FAULKNER, C. **PNL: a nova tecnologia do sucesso**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- BERLINGUER. A doença. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988. In: BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. **Enfermagem e saúde do adulto**. (Org.). São Paulo: Manole, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Distritos Sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença**, 1986, p. 11-13.
- BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006.
- BUCK, C. et al. (Ed.). **El desafío de la epidemiología**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1988, p. 18-19.
- CANGUILHEM, G. O.; CAPONI, S. O normal e o patológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. In: BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006.
- DUBOS. In: ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. (Org.). **Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança**, 1980. Disponível em: <[http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm)>. Acesso em: nov. 2011.
- EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. **Soc Sci Med**, v. 31, n. 12, p. 1347-1363, 1990.
- \_\_\_\_\_. Consuming research, producing policy? **Am J Public Health.**, v. 93, n. 3, p. 371-379, mar. 2003.
- FERRARA, F. et. al. **Medicina de La comunidad**. 2. ed. Buenos Aires: Intermédica, 1976.
- GAMBA, M. A.; TADINI, A. C. **Processo Saúde-Doença**, 2010. (mimeografiado)
- GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. **Enfermagem cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.
- MYERS; BENSON. In: ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. (Org.). **Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança**, 1992. Disponível em: <[http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm)>. Acesso em: nov. 2011.

NARVAI, P. C. et al. Práticas de saúde pública. In: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.

O'CONNOR, J.; SEYMOUR, J. **Introduzindo a programação neurolinguística: como entender e influenciar as pessoas**. Trad. Heloisa Martins-Costa. São Paulo: Summus, 1995.

OMS - ORGANIZACIÓN Mundial de La Salud. **Documentos básicos**. 26 ed. Genebra: OMS, 1976.  
SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES. **Enfermagem e saúde do adulto**, 1996.