

Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde

Autores:

Carlos Batistella

Introdução

Terminada (porém nunca concluída) a nossa jornada pela história dos modelos explicativos de saúde e doença, realizada no primeiro artigo, creio ser apropriado um retorno ao esforço de sua conceituação.

Por envolver diferentes dimensões e aspectos constitutivos, torna-se bastante difícil uma definição de saúde. Ao contrário da doença, cuja explicação foi perseguida de modo incessante pelo homem, a saúde parece ter recebido pouca atenção de filósofos e cientistas. Lembrando que a dificuldade de definir a saúde é reconhecida desde a Grécia antiga (Coelho & Almeida Filho, 2003), e tendo como princípios epistemológicos a complexidade e a incerteza do conhecimento (Morin, 2001), não temos a pretensão de encontrar uma aceitação única, mas sim de apresentar e confrontar diferentes olhares que se propõem à difícil tarefa de compreensão desse fenômeno.

Para tanto, este artigo está dividido em três seções: na primeira, seguindo as indicações metodológicas de Caponi (2003) e de Coelho e Almeida Filho (2003), discutiremos três formulações que têm servido de referência no debate desta questão: a) a saúde como ausência de doença; b) a saúde como bem-estar; c) a saúde como um valor social (o conceito ampliado). Na segunda seção, apresentaremos algumas vertentes conceituais que propõem a articulação dos determinantes e condicionantes à explicação dos fenômenos de saúde-doença. Ao final, buscaremos uma aproximação ao problema da operacionalização de um conceito amplo de saúde.

A Saúde como Ausência de Doença

A visão da saúde entendida como ausência de doença é largamente difundida no senso comum, mas não está restrita a esta dimensão do conhecimento. Pelo contrário, essa ideia não só é afirmada pela medicina, como tem orientado a grande maioria das pesquisas e da produção tecnológica em saúde, especialmente aquelas referentes aos avanços na área de diagnóstico. Para compreender as razões dessa prevalência, é preciso buscar sua gênese na fundação do paradigma biomédico.

As profundas transformações sociais e científicas iniciadas no século XVII com o advento da Modernidade irão presenciar um intenso debate entre empiristas e racionalistas quanto à produção e validade do conhecimento. Os primeiros, afirmando a necessidade de partir da experiência para a construção posterior de modelos teóricos capazes de explicar a realidade. Os racionalistas, por sua vez, reivindicando a existência de saberes a priori que iluminam a busca de

evidências empíricas. É nesse contexto de afirmação da ciência que se irão estruturar o método científico e a teoria moderna sobre a doença.

De acordo com Foucault (1982a, 1982b), a formação da medicina científica moderna [1] se dá a partir de sua subordinação ao desenvolvimento capitalista, que gerou profundas transformações sociais no plano da sociedade e fez emergir uma noção moderna de Estado [2] e de intervenção social.

Até meados do século XVIII, a doença era vista como uma entidade que subsistia no ambiente como qualquer outro elemento da natureza. Esse caráter ontológico da doença está presente na transformação da medicina em 'medicina das espécies'. Por influência de outros campos disciplinares, como a botânica, as doenças foram agrupadas em um sistema classificatório fundado nos sintomas. A organização dessa taxonomia, embora tenha proporcionado bases racionais para a escolha terapêutica, não logrou estruturar um modelo capaz de dar respostas às epidemias cada vez mais freqüentes nas cidades modernas, que viviam o industrialismo e o capitalismo emergente.

A ruptura desse sistema teórico será realizada com o advento da clínica moderna. O hospital, anteriormente concebido como lugar de exclusão dos doentes e miseráveis do meio social e de exercício de caridade, transforma-se, gradativamente, em local de cura. A substituição do poder religioso pelo dos médicos na organização do hospital, o esquadrinhamento e a divisão de seu espaço interno – permitindo a separação de doentes classificados de acordo com os sintomas – e o registro sistemático e permanente das informações dos pacientes, dentre outros fatores, foram fundamentais para essa mudança.

À medida que as doenças passam a ser acompanhadas estatisticamente, o hospital também transforma-se em espaço de produção de conhecimento e de ensino para os médicos-aprendizes. A clínica passa a buscar uma linguagem objetiva, capaz de descrever o 'signo original' de forma menos abstrata possível. O sintoma passa a representar a linguagem primitiva do corpo.

Com o aprofundamento dos estudos anatômicos, as dissecações de cadáveres passam a procurar a doença no corpo (e não fora dele) a partir de seus sinais, e o desenvolvimento da anatomia patológica torna-se um dos principais alicerces da medicina moderna. Mais à frente, a unidade de análise deixa de ser o órgão e passa ser os tecidos. O 'olhar munido' (não só de instrumentos e técnicas, mas, principalmente, de teoria) parte em busca de evidências empíricas, e o exame físico mostra a mudança na estrutura dos tecidos: a cada sintoma corresponde uma lesão anatomopatológica. A doença, então, transforma-se em patologia.

Se até meados do século XIX a doença epidêmica era relacionada ao tato e ao olfato – devido à associação da lepra com o contato/contágio e da peste com as alterações atmosféricas –, com o nascimento da clínica a visão passa a ser o principal sentido mobilizado na compreensão da doença (Foucault, 1980; Machado, 1981): "Apresentando-se como sensações mais indiferenciadas e descontínuas, olfato e tato não se prestam à memorização ou à tradução em

imagens e em linguagem. Já a visão é um sentido mais próximo da linguagem e, portanto da razão” (Czeresnia, 1997: 59).

No âmbito da mudança na estrutura perceptiva que sustentará o pensamento médico científico emergente, estão os valores da ‘localização’, ‘especificidade’ e ‘intervenção’. Os fenômenos são explicados pela nova racionalidade a partir do estudo, baseado na observação e na experiência, das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje.

Caracterizado pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, esse modelo passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica. Os extraordinários avanços da medicina nos últimos cinquenta anos atestam sua capacidade indubitável de análise e de produção de tecnologias.

À medida que todos os esforços de investigação concentravam-se na análise da doença, o conceito de saúde era negligenciado, ou, na melhor das hipóteses, era secundarizado, uma vez que seu entendimento esteve sempre implícito como a ‘não-doença’, ou, nas palavras de Lerich (apud Canguilhem, 2006: 57), como “a vida no silêncio dos órgãos”.

Uma das tentativas de enfrentar o desafio de conceituar a saúde – ainda nos marcos do modelo biomédico – partiu do filósofo americano Christopher Boorse. Com base em uma epistemologia naturalista, Boorse elabora um conceito negativo da saúde [3], percebendo-a também como ausência de doença: “A saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte” (Boorse apud Almeida Filho & Jucá, 2002: 881). Para o autor da teoria bioestatística da saúde, seria preciso evitar qualquer dimensão valorativa para definir saúde. Seu conhecimento se dá com base em uma concepção do normal definido estatística e funcionalmente (Almeida Filho & Jucá, 2002; Almeida Filho & Andrade, 2003).

Ao defender que a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes deva ser realizada somente com base em dados objetivos – a serem extraídos dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor – , Boorse exclui as dimensões econômica, social, cultural e psicológica da base teórica da saúde-doença, rejeitando também a experiência clínica como referência viável, reafirmando que somente a biologia e a patologia podem fornecer dados objetivos para sua definição (Almeida Filho & Jucá, 2002).

Em seus artigos, Boorse não apenas desenvolve os argumentos em favor de sua teoria como justifica seu afastamento de uma concepção positiva de saúde, argumentando que tal abordagem apresentaria sérias incompatibilidades com teorias biológicas de doença. Em primeiro lugar, qualquer concepção positiva substantivaria a saúde e, mais ainda, a elevaria

ao plano do ideal. Em segundo lugar, estaria a dificuldade em determinar um ponto no sentido do qual a saúde deveria ser promovida: “não só não há qualquer meta fixa de perfeita saúde para se alcançar, mas também não há uma única direção para se avançar” (Boorse apud Almeida Filho & Andrade, 2003: 98).

Avançando em relação à concepção biomédica, autores ligados à tradição da antropologia aplicada (Kleinman; Eisenberg & Good apud Almeida Filho & Andrade, 2003) procuram fazer uma distinção entre patologia e enfermidade. Afirmam que a patologia refere-se a alterações ou à disfunção de processos biológicos e/ou psicológicos, definidos de acordo com a concepção biomédica. A enfermidade, por outro lado, incorpora a experiência e a percepção individual, dizendo respeito aos processos de significação da doença. A transformação da patologia em experiência humana e em objeto da atenção médica ocorre através de um processo de atribuição de sentido. A fronteira entre normal-patológico e saúde-doença seria estabelecida pelas experiências de enfermidade em cada cultura – suas narrativas e rituais de cura.

Fica mais fácil perceber por que, diante da força e da hegemonia do modelo biomédico, para a maioria da população, saúde é não estar doente. Sabemos, porém, que esta é uma definição muito limitada. Nem sempre a ausência de sinais e sintomas indicam a condição saudável. Entretanto, muitos se consideram normais, ainda que portadores de uma determinada doença.

No debate contemporâneo, diversos autores têm criticado a definição negativa de saúde. Para Almeida Filho e Andrade (2003: 101), “em uma perspectiva rigorosamente clínica (...) a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’. (...) os estados individuais de saúde não são excludentes vis à vis a ocorrência de doença”.

A teoria boorseana também é combatida sob a alegação de que tanto a saúde como a doença seriam incomensuráveis (Laad apud Almeida Filho & Jucá, 2002) e que o conceito de doença porta componentes não físicos, não-químicos e não-biológicos, como vem afirmando a antropologia médica contemporânea, a psicanálise e a epistemologia médica de Canguilhem. Nestas abordagens, a idéia da saúde como ausência de doença foi ampliada pela perspectiva da ‘saúde com possibilidade de adoecimento’ (Canguilhem, 2006; Coelho & Almeida Filho, 2003).

Para as pesquisas antropológicas, a ausência de enfermidade não implica necessariamente a saúde. Indivíduos considerados doentes sob o ponto de vista clínico e laboratorial, que resistem e afirmam estarem bem, são considerados saudáveis em seu meio (Susser apud Almeida Filho & Jucá, 2002; Kleinman, Eisenberg & Good apud Almeida Filho & Jucá, 2002).

No âmbito da psicanálise, tem sido questionado o antagonismo que a medicina atribui entre o normal e o patológico:

Toda pessoa se aproxima do neurótico e do psicótico num lugar ou noutra, em maior ou menor extensão. A vida dos normais também encontra-se marcada por sintomas e traços neuróticos (...) Assim tanto os fenômenos normais quanto os patológicos são produzidos pelos mesmos mecanismos mentais. (Freud apud Coelho & Almeida Filho, 2003: 102).

Canguilhem, por sua vez, afirma que saúde implica poder adoecer e sair do estado patológico. Em outras palavras, a saúde é entendida por referência à possibilidade de enfrentar situações novas, pela “margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio” (Canguilhem, 2006: 148), ou ainda “um guia regulador das possibilidades de reação” (p. 149). A ameaça da doença é, portanto, um dos elementos constitutivos da saúde. (Coelho & Almeida Filho, 2003).

O estado patológico não é apenas uma variação quantitativa (falta ou excesso) do estado fisiológico. Contestando a coerência lógica do princípio enunciado por Claude Bernard [4], que define a atenuação ou a exageração de um mecanismo normal como estado patológico, Canguilhem (2006: 74 – grifos do autor) alerta: “é em relação a uma norma que se pode falar de mais ou de menos, no campo das funções e das necessidades fisiológicas”. Para chegar a esse entendimento, o autor investiga as relações entre norma e saúde.

A doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital (...). O patológico implica pathos, um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada (...). (Canguilhem, 2006: 145, 96).

A saúde, por sua vez, envolve muito mais que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo, implica a capacidade de instituir novas normas. Canguilhem critica o reducionismo da concepção biomédica mecanicista: “é compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva. (...) A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções” (Canguilhem, 2006: 53-55).

As tentativas de definir objetivamente a saúde por meio de constantes funcionais e médias estatísticas produzem o apagamento do corpo subjetivo assinalado por Canguilhem. Dor, sofrimento, prazer – referências inevitáveis quando falamos de saúde – indicam a necessidade de falar na primeira pessoa ali onde o discurso médico insiste em falar na terceira pessoa (Caponi, 1997). Em última análise, é possível afirmar que há uma parte do corpo humano vivo que é inacessível aos outros, que é, pura e exclusivamente, acessível a seu titular. Radicalizando essa perspectiva, o autor irá sustentar a tese de que a saúde não é um conceito científico, e sim um conceito vulgar e uma questão filosófica. Vulgar não no sentido de trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos, isto é, capaz de ser enunciado por qualquer ser humano vivo (Canguilhem, 2005).

Saúde e Bem-Estar

O esforço de Cooperação Internacional estabelecido entre diversos países no final da Segunda Guerra Mundial deu origem à criação, em 1948, da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência subordinada à Organização das Nações Unidas. Em seu documento de constituição, a saúde foi enunciada como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Ao reagrupar as diferentes dimensões em que se insere a vida humana (Luz, 2006), essa perspectiva evidencia uma tentativa de superar a visão negativa da saúde propagada pelas instituições médicas. Apesar do avanço, várias críticas incidiram sobre este conceito.

Por um lado, foi apontado o seu caráter utópico, inalcançável. A expressão ‘completo estado’, além de indicar uma concepção pouco dinâmica do processo – uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar –, revela uma idealização do conceito que, tornado inatingível, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde. Por outro lado, afirmasse a sua carência de objetividade: fundado em uma noção subjetiva de ‘bem estar’, implicaria a impossibilidade de medir o nível de saúde de uma população.

Sobre este último aspecto, porém, Caponi (1997) faz uma advertência: embora o conceito de saúde da OMS comporte crítica, esta não deveria incidir sobre seu caráter subjetivo, posto que a subjetividade é um elemento inerente à definição de saúde-doença e, por ser dela inseparável, estará presente seja em uma concepção restrita, seja em uma perspectiva ampliada de saúde.

Na visão da autora, mais do que impraticável, porque utópico e subjetivo, a maior objeção ao conceito da OMS reside no fato de que sua adoção pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso. A simples tentativa de definir o estado de bem-estar mental e social poderá supor uma existência sem angústias ou conflitos, sabidamente inerentes à própria história de cada ser humano e de cada sociedade. Assim, o discurso médico pode converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante se torna objeto de uma intervenção – medicalização.

Fundamentada nas reflexões de Canguilhem e Foucault, Caponi (1997: 300-301) contrapõe-se ao conceito enunciado pela OMS:

o que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como ‘normal’ (...) Para Canguilhem, as infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal-estar formam parte constitutiva de nossa história e desde o momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los.

Saúde e Norma ou a Dimensão Normativa da Saúde

Nessa jornada exploratória em torno das concepções de saúde e doença, é recomendável que se faça uma breve pausa com o intuito de observar mais detidamente as relações entre norma e saúde.

Analisaremos aqui dois dos principais enfoques que tratam da dimensão normativa da saúde. O primeiro, desenvolvido a partir das investigações de Michel Foucault, diz respeito ao estabelecimento de normas sociais associadas ao surgimento, da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra, no final do século XVIII. O segundo parte dos questionamentos epistemológicos de Canguilhem acerca da relação entre os conceitos de norma e média, normal e patológico.

De acordo com Foucault (1982a), o surgimento do Estado Moderno coloca a saúde como um valor, como fonte de poder e riqueza para o fortalecimento dos países. Conseqüência dessa perspectiva, a medicina do século XIX se modifica, introduzindo o controle dos corpos através da normatização dos espaços, dos processos e dos indivíduos, necessários para a sustentação do capitalismo emergente. A nova ordem econômica, fundamentada na industrialização e complexificação do trabalho, tornou necessário o estabelecimento de novas normas e padrões de comportamento (Coelho & Almeida Filho, 2003).

O corpo, investido política e socialmente como força estatal e como força de trabalho, passa a ser monitorado por meio das estatísticas vitais e de morbidade. A instituição da quarentena como forma de deter o progresso das epidemias estava baseada no esquadramento da população urbana e na implementação de regulamentos de urgência. A prática da vigilância era realizada por chefes de distrito e inspetores de bairro, com registro centralizado das ocorrências (Foucault, 1982a).

Na França, o surgimento da medicina urbana introduz o controle da circulação das coisas e elementos, como o ar e a água. A reforma urbana promove a remoção de amontoamentos de casas sobre as pontes, de cemitérios e matadouros localizados no centro de Paris e a abertura de avenidas amplas e arejadas.

Na Inglaterra, a medicina social caracterizou-se como medicina dos pobres, da força de trabalho e dos operários, conjugando um sistema de assistência e de controle médico. À medida que os pobres eram beneficiados pelo tratamento gratuito ou de baixo custo, deveriam submeter-se a vários controles médicos. A imposição de um cordão sanitário no interior das cidades, separando os ricos dos pobres, garantia, indiretamente, a proteção dos segmentos mais abastados com o fim da heterogeneidade de vizinhanças e a diminuição da possibilidade de fenômenos epidêmicos entre os pobres. Ao final do século XIX, a 'lei dos pobres' é acrescida pelas ações de controle da vacinação, de intervenção em locais insalubres e do registro de doenças (Foucault, 1982a).

É possível destacar, como uma das mais relevantes contribuições de Foucault para nossa reflexão, o modo como foi-se constituindo, a partir das sociedades industriais, um grande esforço de disciplinarização e de normalização do social, “um dispositivo de seleção entre os normais e os anormais” (Foucault, 1982c: 150). Os mecanismos de controle e ajustamento se dão tanto de forma sutil, por meio da propagação de modelos e da prescrição de comportamentos desejáveis, quanto de forma mais rigorosa, por meio de regulamentações, controles e exclusão dos ‘degenerados’.

As implicações da associação entre norma e saúde sob esta perspectiva podem ser percebidas de diferentes formas. De um lado, o sucesso de programas de imunização e a obrigatoriedade na notificação para auxiliar o controle de doenças, por exemplo, têm corroborado a importância de intervenções estatais. De outro, o estabelecimento de normas e padrões de condutas saudáveis a serem observadas para evitar as doenças tende a colocar exclusivamente sobre os indivíduos a responsabilidade pelo seu adoecimento.

Ora, ao descontextualizar os fenômenos de saúde e doença do desenvolvimento histórico e cultural da sociedade, isenta-se o poder público e culpabiliza-se a vítima. Entre outras conseqüências, essa concepção tem sustentado a tese do focalismo em saúde que, diante de um cenário de recursos limitados, preconiza a definição de prioridades para a oferta de serviços de saúde, em detrimento da oferta universal, defendida com o direito inalienável do cidadão e dever do Estado.

Diversos autores (Campos, 2003; Carvalho, 2005; Lefevre & Lefevre, 2004) alertam para os riscos da penalização dos indivíduos mediante o estabelecimento de critérios discutíveis de homogeneização de comportamentos. Esse dispositivo configuraria uma agudização do autoritarismo sanitário, diminuindo a margem de autonomia das pessoas, dos grupos humanos e das coletividades.

Localizando esses traços no discurso e nas práticas de abordagens reducionistas da promoção da saúde, estes autores questionam o alcance de uma de suas estratégias – desestimular comportamentos e estilos de vida não saudáveis: é preciso que se saliente que as ações de promoção de saúde ao intentarem modificar estilos e comportamentos de vida devem evitar, ao máximo, a intrusão nos assuntos das famílias, desrespeitando posições minoritárias ou divergentes daquelas hegemônicas na sociedade (...) Assim sendo, não se justificaria a imposição de restrições a pessoas autônomas em nome de benefícios para elas, benefícios julgados segundo uma ótica externa (...). (Lefèvre & Lefèvre, 2004: 154)

Obviamente não se trata aqui de questionar o benefício de adoção de determinadas condutas e ações, como receber as vacinas, lavar as mãos, alimentar-se com uma dieta equilibrada, praticar esportes, nem de ignorar práticas nocivas à saúde. Interroga-se sobretudo sobre os limites da regulação social sobre os indivíduos e, principalmente, o alcance de suas recomendações diante de condições de vida restritivas:

Essas colocações nos remetem a questionamentos como: somos realmente os únicos responsáveis por nossa saúde? Somente podem ser responsáveis por seu estilo de vida 'não saudável' aqueles que têm ou tiveram condições de exercer sua autonomia para poderem se conservar saudáveis? (Lefèvre & Lefèvre, 2004: 154)

A responsabilização das pessoas por estilos de vida 'não-saudáveis' tenderia a desviar a discussão de fatores sociais, ambientais, econômicos e sobre as condições de trabalho que influem fortemente no processo saúde-doença. Carvalho (2005), analisando as correntes contemporâneas da saúde coletiva, diferencia as versões da promoção da saúde quanto ao seu potencial efetivo de mudanças. Identifica dentre aquelas que apontam para a manutenção do status quo a "promoção da saúde behaviorista", cuja estratégia de intervenção sobre estilos de vida é criticada como justificativa para o não-enfrentamento das causas da iniquidade na distribuição de recursos e de poder na sociedade: é importante que a intervenção no plano fenomenológico leve em consideração a gênese mais profunda dos problemas sociais. É igualmente necessário indagar sobre o conteúdo da noção de 'hábitos de vida saudáveis', sendo útil sempre se perguntar sobre 'quem e como se definiu o que é estilo de vida saudável?' 'quais são as causas que estão na origem do estilo de vida não saudável?' (...) A promoção da saúde behaviorista trabalha com uma concepção reducionista do sujeito, definindo-o como um ser que resulta predominantemente de determinações de natureza biológica ou comportamental. (Carvalho, 2005: 150)

Nesse mesmo caminho, porém buscando indicar algumas diretrizes operacionais para a reorganização do modelo de atenção, Campos (2003: 116) chama a atenção:

É importante serem superados o discurso e a postura fundamentalista da saúde coletiva, como quando ela sataniza alguns estilos de vida, valorizando a dimensão quantidade, ganhar-se anos de vida, em detrimento de valores relacionados à qualidade e intensidade com que se vive. A superação desse discurso moralista e normativo depende de uma composição de conhecimentos técnicos sobre risco com valores de uso existentes em distintos grupos da sociedade.

Em outra direção, a análise de Canguilhem aponta os equívocos na superposição dos conceitos de saúde e normalidade, destacando o duplo sentido do conceito de 'normal'. De um lado, refere-se à noção de médias e constantes estatísticas. De outro, apresenta-se como um conceito valorativo, aludindo àquilo que é considerado como desejável em um determinado momento e em uma determinada sociedade.

Em sentido geral, é considerado 'normal' tudo aquilo que é esperado para um organismo, o que é compatível com a vida. Assim, o conceito de normal está indissolivelmente vinculado com a média estatística ou tipo. Longe de serem estritamente biológicos, estes conceitos correspondem a parâmetros ou médias consideradas 'normas' de adaptação e equilíbrio com o meio ambiente (Caponi, 1997).

Canguilhem, no entanto, questiona a suposta identificação entre norma e média, segundo a qual os valores considerados como médias estatísticas nos dariam as medidas certas daquilo que deve ser considerado como normal para um organismo. Para o autor, ao contrário do que se supõe, não é a média que estabelece o normal: as constantes funcionais expressam normas de vida que não são o resultado de hábitos individuais, mas de valores sociais e biológicos. Assim, devemos considerar as médias (constantes) fisiológicas como expressão de normas coletivas de vida histórica e socialmente mutantes.

Ser normal, portanto, nessa perspectiva, indica a própria capacidade do indivíduo de, em um cenário de restrições ou adversidades, instaurar uma nova norma, ser 'normativo': "Uma pessoa pode ser normal em um determinado meio e não sê-lo diante de qualquer variação ou infração do mesmo. Recordemos que saudável é nesta perspectiva, aquele que tolera e enfrenta as infrações" (Caponi, 1997: 297).

Esse aspecto será especialmente relevante mais à frente, quando analisarmos a perspectiva da autonomia contida em um dos campos centrais de ação da promoção da saúde, o empowerment (empoderamento) – tratado em sua dimensão social.

A abertura de novos horizontes terapêuticos, originados com os recentes avanços da biologia molecular, parece reacender o otimismo e a confiança na ciência, experimentados tanto na chamada 'era bacteriológica' do final do século XIX – quando foi comprovada a relação entre os microorganismos e as doenças e foram desenvolvidas as primeiras vacinas – quanto no período após a Segunda Guerra, quando o advento dos antibióticos pareceu inaugurar uma crença na cura de todas as enfermidades.

Ao mesmo tempo em que a descoberta do genoma humano coloca a possibilidade de intervenção no código genético a fim de evitar o surgimento de determinadas anomalias, a profusão de estudos bioestatísticos de fatores de risco aponta para um controle cada vez maior das circunstâncias que predispõem o indivíduo ao adoecimento, indicando os comportamentos e os modos de vida considerados saudáveis.

Nesta perspectiva, fica patente a associação dos conceitos de saúde e normalidade com as frequências estatísticas. Embora seja esta a definição mais corriqueira e mais utilizada pelos profissionais da área de saúde (Caponi, 2003), diversos autores têm questionado seus pressupostos (Canguilhem, 2006; Almeida Filho & Jucá, 2002; Caponi, 2003), afirmando a impossibilidade de se identificar anomalia com patologia e, conseqüentemente, normalidade e saúde.

Para Caponi (2003: 56), "se nos referirmos ao código genético 'normal', veremos que existem inúmeros exemplos de variações e desvios, de 'anomalias' que não podem ser, em absoluto, consideradas como de valor negativo ou patológicas". Por outro lado, a comparação entre os organismos, a fim de obter intervalos estatísticos por onde a normalidade fisiológica seria estabelecida, também resultaria em um artificialismo que não contempla a

diversidade da vida. Segundo Canguilhem (2006), o ser vivo não pode ser considerado normal se for considerado em separado de seu meio.

Saúde como Direito: o conceito ampliado de saúde

Analisemos agora o conceito de saúde formulado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986. Também conhecido como 'conceito ampliado' de saúde, foi fruto de intensa mobilização, que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde.

O amadurecimento desse debate se deu em pleno processo de redemocratização do país, no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira e representou uma conquista social sem precedentes ao transformar-se em texto constitucional em 1988. [5] Recordemos seu enunciado:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986: 4)

A força de seus postulados procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Contrapondo-se à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico, o texto defende como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social. Alinha-se a uma corrente de pensamento crítico que tem expressão em diversos autores na América Latina.

Para Laurell (1997: 86), a saúde é vista como 'necessidade humana' cuja satisfação "associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico".

A saúde, no texto da Constituição de 1988, reflete o ambiente político de redemocratização do país e, principalmente, a força do movimento sanitário na luta pela ampliação dos direitos sociais: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988:37). O grande mérito desta concepção reside justamente na

explicitação dos determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados nas concepções que privilegiam a abordagem individual e subindividual. [6].

Sem desmerecer sua importância histórica, alguns críticos fazem ressalvas a este conceito. Para Nascimento (apud Caponi, 1997: 302), esta concepção situa a saúde e a enfermidade como fenômenos superestruturais que reproduzem, como uma resultante ou como um reflexo, uma única dimensão considerada como determinante absoluta: a base sócio-econômica. Assim, aquela que se propõe como a forma mais progressista e inovadora de conceituar saúde pode acabar por resultar politicamente pouco operativa ou simplesmente inibidora de ações efetivas.

De acordo com esta análise, o conceito ampliado esvaziaria a referência às especificidades biológica e psíquica da enfermidade. De forma semelhante ao conceito da OMS, dada a sua amplitude e extensão de sua atuação, correria o risco de ver medicalizados todos os âmbitos da existência (trabalho, alimentação, tempo livre, transporte etc).

Esta perspectiva encontra eco em meio a autores que mais recentemente têm estabelecido uma crítica ao movimento da promoção da saúde. Reconhecida como uma das mais instigantes propostas para operacionalizar o conceito positivo da saúde – desde de sua reconfiguração a partir do “Informe Lalonde”, no Canadá, até os dias de hoje – a promoção da saúde vem ganhando espaço tanto nos debates acadêmicos (Buss, 2003; Czeresnia & Freitas, 2003; Lefèvre & Lefèvre, 2004; Teixeira, Paim & Villasbôas, 2002) quanto nas políticas públicas mais amplas (Brasil, 2006).

A reorientação dos sistemas de saúde, um dos campos centrais de ação desta perspectiva de acordo com a Carta de Ottawa, se expressa através da formação dos profissionais e, principalmente, pela atuação intersetorial. Para Lefèvre e Lefèvre (2004) e Carvalho (2005), no entanto, ao definir como instância privilegiada a intersetorialidade, a política de saúde deixaria de ter um objetivo setorial específico e diluir-se-ia como pseudomandatária de todas as demais políticas. Para Lefèvre e Lefèvre (2004), ao afirmar que a saúde é responsabilidade de todos os setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente etc), a perspectiva da intersetorialidade esvaziaria a ação específica do setor saúde em detrimento de ações políticas globais com alto grau de generalidade.

O risco do uso equivocado do conceito de ‘políticas públicas saudáveis’ já ficou demonstrado pelo caráter abusivo com que se procurou revestir políticas clientelistas em anos eleitorais, representando desvio de parcelas significativas do recurso destinado ao setor saúde.

Contudo, submetendo o conceito ampliado da VIII CNS às teorizações de Canguilhem, Caponi reconhece que, ao estabelecer o entendimento da saúde como uma ‘margem de segurança para suportar as infidelidades do meio’, o autor concede uma certa primazia à dimensão individual do fenômeno de saúde-doença, excluindo de suas preocupações os determinantes sociais:

“Poderia-se argumentar que ao falar da necessidade de integrar essas infidelidades do meio como um elemento indispensável para tematizar a saúde, se corre o risco de legitimá-las em lugar de combatê-las” (Caponi, 1997: 304).

É importante diferenciar a inevitabilidade do adoecimento, quando falamos de doenças e agravos cuja compreensão sobre seus determinantes e a capacidade de intervenção ainda são limitadas – o caso de muitas viroses, por exemplo –, da perigosa naturalização de condições de vida adversas que, sabidamente, conferem maior vulnerabilidade a diferentes grupos e estratos sociais.

Avançando de forma dialética em direção à superação das dualidades indivíduo/coletivo e sujeito/estrutura, Caponi propõe a extensão do conceito canguilhemiano à esfera social. Saúde, nesse sentido, estaria referida à capacidade de indivíduos e coletivos de tolerância com as infidelidades do meio.

Exemplificando, no caso da tuberculose, podemos observar que os organismos menos saudáveis são aqueles que possuem menor capacidade (falta de alimentação, de moradia adequada, de educação, incapacidade de autocuidado etc.) para tolerar e enfrentar esta ‘infidelidade’ (neste caso, o bacilo de Koch) que seu meio apresenta. Em síntese, isto significa que “capacidade de tolerância para enfrentar as dificuldades está diretamente vinculada a valores não só biológicos, mas também sociais” (Caponi, 1997: 305).

Algumas Abordagens Integradoras

Diversos trabalhos têm sido desenvolvidos no intuito de formular uma conceituação positiva de saúde. A principal característica dessas abordagens é a busca de uma integração dos aspectos sociais e econômicos na explicação do processo saúde-doença.

O enfoque ecossistêmico da saúde

Tido como uma das alternativas teórico-metodológicas surgidas na década de 1970 para fazer frente ao conceito negativo e restrito de saúde, o enfoque ecossistêmico busca rever a perspectiva antropocêntrica de dominação dos espaços ambientais, cujo caráter predador tem sido responsável pela destruição dos projetos humanos de vida saudável (Minayo, 2002).

A despeito de não intencionar, ao menos explicitamente, a criação de um novo conceito de saúde, acreditamos ser importante enfatizar algumas dimensões destacadas por seus pressupostos.

A abordagem ecossistêmica coloca em xeque o uso instrumental do conceito de 'desenvolvimento como crescimento econômico', ligado apenas ao dinamismo econômico, produção de riquezas e aumento da produtividade. Ao questionar o conteúdo do crescimento, procura-lhe conferir outro sentido, o de desenvolvimento humano. Outro conceito fundamental passa a ser o de 'qualidade de vida'. Entendida para além das tentativas de sua apreensão objetiva através de indicadores quantitativos, sua definição é eminentemente qualitativa, e junto o sentimento de bem-estar, a visão da finitude dos meios para alcançá-lo e a disposição para, solidariamente, ampliar as possibilidades presentes e futuras. Portanto, da mesma forma que a noção de saúde, a qualidade de vida, dentro do enfoque ecossistêmico, é como um guarda-chuva onde estão ao abrigo nossos desejos de felicidade; nossos parâmetros de direitos humanos; nosso empenho em ampliar as fronteiras dos direitos sociais e das condições de ser saudável e de promover a saúde. (Minayo, 2002: 174)

O estreitamento das relações entre saúde e ambiente provocado neste enfoque representa um significativo avanço no questionamento do uso desmedido dos recursos naturais e de seus impactos ambientais e sociais. Sob esse ponto de vista, a saúde e a doença decorrem tanto das chamadas 'situações de risco tradicionais' – como a contaminação das águas e dos alimentos, a ausência de saneamento, a maior exposição aos vetores, as condições precárias de moradia – quanto de riscos 'modernos' – como o cultivo intensivo de alimentos e monoculturas, a poluição do ar e as mudanças climáticas globais, o manejo inadequado de fontes energéticas, entre outros.

Compreendendo a saúde-doença como um processo coletivo, tal enfoque indica a necessidade de recuperar o sentido do 'lugar [7]' como o espaço organizado para a análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação específica, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana. (Minayo, 2002: 181-182)

O Modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde

Sabe-se que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros. Se deixarmos de lado as desigualdades de adoecimento de acordo com a faixa etária e as diferenças ocasionadas pelas doenças específicas de cada sexo, e voltarmos nossa atenção ao cruzamento e relacionamento de informações, evidenciam-se as desigualdades decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Ao contrário das outras, tais desigualdades são injustas e inaceitáveis, e por isso são denominadas iniquidades (Brasil, 2006).

Exemplo de iniquidade é a probabilidade cinco vezes maior de uma criança morrer antes de alcançar o primeiro ano de vida pelo fato de ter nascido no Nordeste e não no Sudeste. O outro exemplo é a chance três vezes maior de uma criança morrer antes de chegar aos cinco anos de idade pelo fato de sua mãe ter quatro anos de estudo e não oito.

As relações entre os determinantes e aquilo que determinam é mais complexa e mediada do que as relações de causa e efeito. Daí a denominação ‘determinantes sociais da saúde’ e não ‘causas sociais da saúde’. Por exemplo, o bacilo de Koch causa a tuberculose, mas são os determinantes sociais que explicam porque determinados grupos da população são mais susceptíveis do que outros para contrair a tuberculose. (Brasil, 2006: 1)

Os determinantes sociais da saúde incluem as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias.

Dentre os vários modelos propostos para a sua compreensão (Solar & Irwin, 2005), destaca-se um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes da saúde (Figura 1).

Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas



Fonte: Whitehead & Dahlgren apud Brasil,2006.

Se quisermos combater as iniquidades de saúde, devemos conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos da população. Precisamos, ainda, saber estabelecer as relações dessas condições de vida e trabalho, por um lado, com determinantes mais gerais da sociedade e, por outro, com determinantes mais específicos próprios dos indivíduos que compõem esses

grupos. [8] Devemos também definir, implementar e avaliar políticas e programas que pretendam interferir nessas determinações – o Programa de Saúde da Família (PSF), sem dúvida alguma, é uma das mais importantes estratégias nessa direção. Por fim, devemos fazer com que a sociedade se conscientize do grave problema que as iniquidades de saúde representam, não somente para os mais desfavorecidos, como também para o conjunto social, buscando, com isso, obter o apoio político necessário à implementação de intervenções.

A partir dos anos 90, o crescente consenso em relação ao papel dos determinantes sociais no fenômeno do adoecimento humano tem motivado diversos países a reformularem seus objetivos estratégicos na área da saúde. As metas de redução das taxas de morbidade e mortalidade passam a ser acompanhadas pela busca de criação de condições sociais que assegurem uma boa saúde para toda a população.

As preocupações com as iniquidades em saúde levam à organização, no interior da OMS, de uma Divisão para tratar dessa temática (WHO Equity Initiative). A equidade em saúde, então, passa a ser definida em relação à posição dos indivíduos na hierarquia social e, conseqüentemente, aos gradientes de poder social, econômico e político acumulados.

Na 57ª Assembléia Geral da OMS, realizada em maio de 2004, foi anunciada a intenção de criar uma Comissão Global sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSH), para fazer a agenda pró-equidade avançar e para aumentar o apoio da Organização aos Estados-membros na implementação de abordagens abrangentes dos problemas de saúde, incluindo suas raízes sociais e ambientais.

Com base nestas preocupações, em março de 2006 foi criada no Brasil, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que tem como principais objetivos:

- Produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde;
- Promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local, regional e nacional, relacionadas aos determinantes sociais da saúde;
- Atuar junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades de saúde. (www.determinantes.fiocruz.br)

Complexidade e processo saúde-doença

Outras abordagens, porém, ao integrarem os determinantes sociais nas explicações do processo saúde-doença, o fazem com o cuidado necessário

para que não se recaia em determinismos que enfraqueceriam novamente a análise em questão.

Partindo do pressuposto de que os fenômenos de saúde-doença não podem ser definidos apenas a partir do espaço subindividual, Almeida Filho e Andrade (2003) reivindicam o estabelecimento de uma abordagem totalizadora que respeite a complexidade dos fenômenos da vida, saúde, doença, sofrimento e morte.

Para os autores, as disciplinas que compõem o campo da saúde têm definido de forma inadequada seu objeto de conhecimento. Cada campo disciplinar reduz os outros campos ao seu próprio objeto, apresentando-se como a única ciência capaz de explicar e produzir conhecimento válido. Essa disputa pela hegemonia do nível de ancoragem definidor do conceito de saúde-doença termina por esterilizar a compreensão do fenômeno, produzindo um grave reducionismo analítico:

A biologia molecular toma o genoma e o proteoma como único tema válido de pesquisa, argumentando que todos os outros níveis de processos patológicos derivam desses sistemas básicos de reprodução molecular e bioquímica. A histopatologia e a imunopatologia reivindicam a centralidade do nível tissular ou intrasistêmico na causalidade da patologia (...) A fisiopatologia explicitamente instituída como a ciência de base da clínica prefere invocar modelos de mecanismos regulatórios ou desequilíbrios patológicos para explicar a causalidade das doenças (...) (Almeida Filho & Andrade, 2003: 108)

Na busca de um olhar menos fragmentado e ‘com mais consciência epistemológica’, os autores indicam a necessidade de um tratamento teórico metodológico transdisciplinar tendo como base a perspectiva da complexidade. Valendo-se das contribuições do epistemólogo argentino Juan Samaja, procuram conceber o conceito de saúde como um objeto com distintas faces hierárquicas e planos de emergência.

Tomada como “base para uma proposta de sistematização de uma Teoria Geral da saúde-doença”, a designação ‘holopatogênese’ refere-se ao “conjunto de processos de determinação (gênese) de doenças e condições relacionadas (pathos) tomadas como um todo integral (holos), compreendendo todas as facetas, manifestações e expressões de tal objeto complexo de conhecimento” (Almeida Filho & Andrade, 2003: 109).

O esboço dessa teoria parte de uma reflexão sobre as ordens hierárquicas de complexidade. Uma ordem hierárquica é constituída de um conjunto de conceitos construídos no âmbito de cada campo disciplinar. Na biologia, por exemplo, observam-se as seguintes derivações: molécula, célula, tecido, órgão, sistema, organismo, grupo, população, ambiente. A uma das vertentes dessa ordem ‘biodemográfica’ – organismo, grupo, população, ambiente – corresponde uma ordem ‘sociocultural’ – sujeito, família, sociedade, cultura.

De acordo com os autores, tomado em sua integralidade, o fenômeno da saúde-doença deve ser compreendido, então, a partir da integração de ambas as ordens hierárquicas, apresentando diferentes dimensões e componentes:

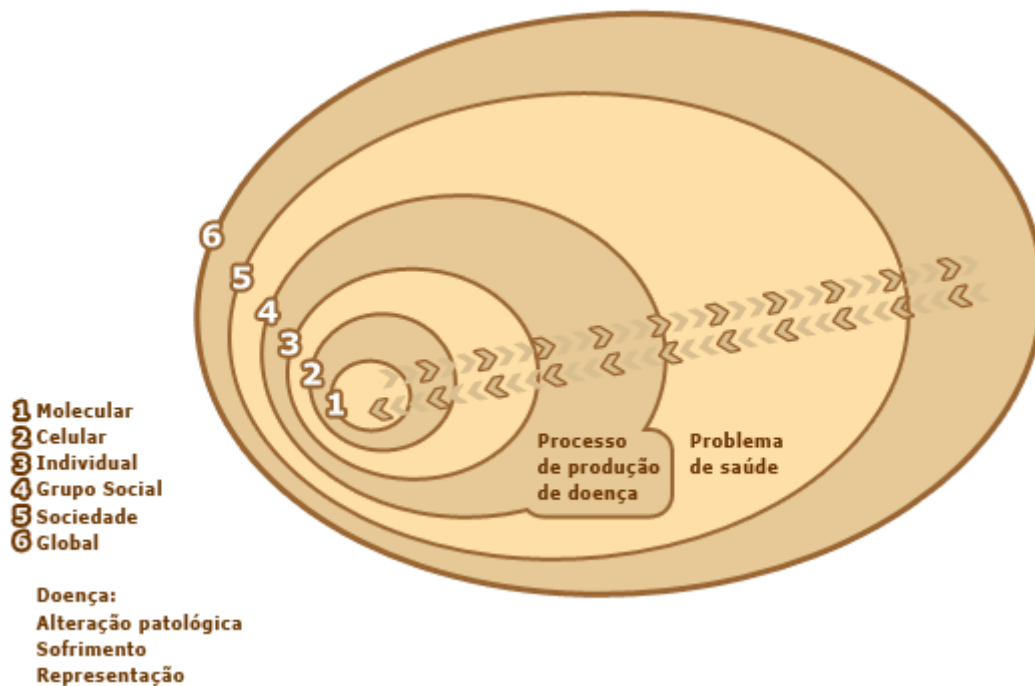
- • Microestrutural – molecular ou celular;
- • Microsistêmica – metabolismo ou tecido;
- • Subindividual (órgão ou sistema) – processos fisiopatológicos;
- • Clínica individual – casos;
- • Epidemiológica – população sob risco;
- • Interfaces ambientais – ecossistemas;
- • Simbólica – semiológica e cultural.

Evitando a linearidade na interpretação das relações, os autores apontam as conexões interativas entre essas dimensões e componentes. Mais do que a simples determinação em cadeia, cada subespaço contém componentes dos outros subespaços, em uma evolução dinâmica do sistema, de tal maneira que a projeção de um sobre o outro não permite distinguir os efeitos individuais dos fatores de cada subconjunto. A interação em rede e o sinergismo nos seus efeitos caracterizam a 'fractalidade [9] desse modelo, no qual a 'borrosidade' das fronteiras entre os componentes da saúde e da doença representam a complexidade e a dinâmica do processo (Almeida Filho & Andrade, 2003).

Em perspectiva semelhante, Sabroza (2001) considera a saúde como um sistema complexo, em que se articulam diferentes dimensões. Tais dimensões (biológica, psicológica, econômica, social, cultural, individual, coletiva etc) precisam ser analisadas em diferentes níveis de organização da vida: o molecular, o celular, o individual, do grupo social, da sociedade e global. Internamente, as categorias e variáveis de cada nível são mediadas por relações de determinação e especificação.[10]

O processo saúde-doença, reconhecido a partir da posição do observador, aparece como alteração celular, sofrimento ou problema de saúde. No nível individual, a expressão do processo pode ser, simultaneamente, alteração fisiopatológica, sofrimento e representação (mediada por valores culturais). No nível coletivo, o processo saúde-doença possui uma expressão populacional (demográfica, ecológica), cultural (conjunto de regras) e espacial (organização e disposição). Nas sociedades, esse mesmo processo aparece como problemas de saúde pública, na interface com o Estado, entre particular e público e entre o individual e o coletivo. Estará, assim, sempre na interseção de duas lógicas: a da reprodução da vida e a da lógica da produção econômica (Sabroza, 2001).

Figura 2 – Níveis de organização e processos saúde-doença



Fonte: Sabroza,2001.

As transformações observadas nos processos de produção e na organização social implicam, necessariamente – ainda que não simultaneamente – modificações nas demais dimensões, através de processos interativos de estruturação que relacionam modo de produção, organização espacial, problemas de saúde, concepções de saúde, respostas institucionais aos problemas e práticas assistenciais prevalentes.

De acordo com Sabroza (2001: 4), o conceito de saúde deve ser incluído entre aqueles tidos como imprecisos:

ao contrário de conceitos bem estabelecidos, demarcados pelos limites que explicitam as suas condições, os conceitos imprecisos são definidos a partir de questões centrais ou atratores, e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico.

Embora fazendo parte de uma realidade objetiva, a construção do conceito só se dá a partir da sua elaboração por atores sociais concretos.

Discutindo as transformações na organização do modo de produção nas diferentes formações sociais ao longo da história para analisar suas implicações na saúde das populações, Sabroza detêm-se na transição dos diferentes estágios do capitalismo. De um capitalismo molecular, baseado no consumo intensivo de mão-de-obra (manufaturas), passando pelo capitalismo monopolista de estado, cuja produção estava centrada no consumo

intensivo de energia, chega-se ao estágio do capitalismo técnico-científico, caracterizado pelo consumo intensivo de informação, pela desconcentração territorial da produção, informatização acelerada, flexibilização das relações de trabalho, redução dos postos de trabalho, fortalecimento das corporações transnacionais, fomento à produtividade e competitividade, diminuição do poder regulador dos estados, entre outros fenômenos associados.

Considerando os determinantes sociais e espaciais relacionados com as transformações no processo de produção, o autor destaca a busca pela manutenção e mesmo ampliação da capacidade de consumo das imensas populações urbanas diante do desemprego e da redução dos investimentos públicos em políticas sociais:

As estratégias têm sido a fragmentação do território, assegurando maior controle social através de poderes políticos locais, e a segmentação social, com a emergência de um novo componente, o circuito inferior urbano, integrado e dinâmico. Este circuito espacial de produção, descrito ora como economia informal, ora como estratégia de sobrevivência popular, se caracteriza por sua produtividade e relativa autonomia. Ele representa custos sociais mínimos para o capital e para o Estado, e ainda gera renda que garante a reprodução, o consumo ampliado e transferência importante de recursos para o circuito principal. (Sabroza, 2001: 23)

Apoiado nas formulações do geógrafo Milton Santos, Sabroza refere-se a uma nova estratificação social surgida nas diferentes formações sociais capitalistas: os incluídos (porém vulneráveis) e os excluídos. Representando não mais uma disfunção do sistema, o que antes era visto como 'patologia social' passa a ser compreendido como característica inerente do capitalismo, ou seja, um recurso estratégico de reprodução de seu dinamismo econômico e, conseqüentemente, de reprodução das desigualdades sociais e espaciais.

Do ponto de vista da análise social, indica o surgimento de uma nova pobreza, caracterizada não somente pela diferença de renda, mas também pelo baixo grau de incorporação de inovações técnico-científicas e pela ausência da seguridade social. Diferentes daqueles considerados vulneráveis – dada a sua inserção no circuito inferior, embora integrados ao circuito principal –, os excluídos não conseguem mais trabalho ou outra fonte de renda.

Nota-se que nestas duas abordagens é recorrente a preocupação em apontar a hierarquia de determinação e a complexidade das relações entre os diferentes níveis de expressão do processo saúde-doença. Diferente do que ocorria no modelo multicausal, os fatores não são mais alinhados como variáveis de peso igual. Há uma nítida valorização dos aspectos socioeconômicos na produção da saúde e da doença, no entanto, não são deixados de lado os aspectos relativos ao nível individual. Esse movimento, ao passo que permite integrar no mesmo modelo aspectos tão aparentemente diversos, como desemprego, stress, hipertensão e reações bioquímicas, fornece elementos importantes para a mudança das práticas de saúde e para a formação ético-política dos trabalhadores da saúde.

A Operacionalização de um Conceito Amplo

Uma vez analisado o conceito ampliado de saúde, outro dilema aflige os trabalhadores da saúde, em especial aqueles que lidam diretamente com a população: como operacionalizá-lo? Como fazer com que suas premissas ganhem concretude e expressão nas práticas cotidianas dos serviços?

Sabemos que as 'infidelidades do meio' referidas por Canguilhem têm uma distribuição desigual na sociedade, qualquer que seja o plano de análise escolhido: desde as assimetrias geradas pelas políticas econômicas competitivas adotadas pelos países centrais em relação aos países periféricos até as profundas diferenças intra-urbanas de acesso a bens e serviços; a vulnerabilidade de determinados extratos sociais é acentuadamente maior do que de outros, dadas as precárias condições de vida em que se encontram.

Assim, se por um lado podemos perceber como normal o acometimento de algumas enfermidades; por outro, não deveria ser considerada normal a impossibilidade de acesso a meios adequados para lidar com esse adoecimento. Concordamos com Caponi (1997: 306) quando afirma que "a saúde entendida como margem de segurança exige que integremos aqueles elementos relativos às condições de vida que foram enunciadas na definição da VIII Conferência".

Embora a saúde tenha sido promulgada na Constituição Brasileira como "direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988), e seu texto seja considerado até hoje uma das maiores conquistas dos movimentos sociais no período da redemocratização do país, a norma está bastante distante de sua expressão real, e a organização dos serviços de saúde não parece estar preparada política e tecnicamente a repensar suas práticas.

Pensar saúde como acesso à educação, trabalho, transporte, lazer, alimentação etc implica a superação do modelo biomédico e a adoção de outros princípios norteadores capazes de auxiliar na necessária reorganização do modelo de atenção à saúde, ainda voltado às ações curativas e assistenciais.

O conceito e as práticas de promoção da saúde têm representado uma possibilidade concreta de ruptura desse paradigma ao proporem uma nova forma de conceber e intervir no campo da saúde. Desde que o termo foi formulado pela primeira vez, seu desenvolvimento transitou de uma concepção restrita a um nível de atenção da medicina preventiva (Leavell & Clark, 1976) para um enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado (Buss, 2003). Esse movimento de renovação observado nos últimos 30 anos, principalmente no Canadá, tem como marcos o "Informe Lalonde", de 1974, e a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, de 1986.

A Carta de Ottawa, principal produto desta reunião, definiu a promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria

da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Buss, 2003). Os cinco campos centrais de ação propostos foram:

- •Elaboração e implementação de ‘políticas públicas saudáveis’;
- •Criação de ‘ambientes favoráveis à saúde’;
- •Reforço da ‘ação comunitária’;
- •Desenvolvimento de ‘habilidades pessoais’;
- •‘Reorientação dos serviços de saúde’.

Pela relevância que assumem na organização das práticas dos agentes comunitários de saúde (ACS), é recomendável que sejam comentados alguns desses campos de ação.

A ‘criação de ambientes favoráveis à saúde’ diz respeito não apenas à conservação dos recursos naturais, mas também daqueles ambientes construídos pelo homem. Implica sobretudo “o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre os diversos setores” (Buss, 2003: 27).

O ‘reforço da ação comunitária’, também chamado de empowerment comunitário refere-se ao “incremento do poder das comunidades na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde (...), ou seja, à aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde” (Buss, 2003: 27 – grifos do autor). Esse processo, entre outras ações, depende substancialmente da garantia de acesso da população à informação, às oportunidades de aprendizagem e ao planejamento das ações.

Já o ‘desenvolvimento de habilidades pessoais’ tem sido um dos campos de ação mais polêmicos dessa proposta. Boa parte das críticas à promoção da saúde incidem sobre este aspecto. Se, por um lado, é imprescindível a divulgação de informações sobre diferentes aspectos relativos à saúde – de modo que a população tenha como orientar suas condutas –; por outro, quando essa perspectiva é adotada como o próprio conceito de promoção, opera-se um reducionismo que empobrece a potencialidade de seu alcance.

Os problemas da promoção da saúde ficam mais evidentes quando analisamos o desenvolvimento da autonomia: em uma vertente behaviorista, reduz-se a autonomia no nível dos indivíduos, traduzindo-a como desresponsabilização do Estado e conseqüente fortalecimento das propostas de modelagem de comportamentos saudáveis como forma de os indivíduos tomarem conta de si mesmos. Em outra direção, para a vertente crítica, a autonomia decorre da conquista social do controle dos determinantes e condicionantes da saúde, invertendo o foco do modelo de ênfase curativa, assistencial, medicalizante para o de um modelo em que se estruturam políticas intersetoriais visando à qualidade de vida. É nessa segunda via que residem as potencialidades de operacionalização de um conceito amplo de saúde.

A discussão acerca dos modelos de atenção no Brasil tem indicado a necessidade de reorganização tecnológica do trabalho em saúde, incorporando 'ferramentas' bastante negligenciadas [11] no cotidiano dos serviços de saúde. Esse esforço exige o repensar dos objetos, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas [12](Teixeira; Paim e Villasbôas, 2002).

Dessa forma, em uma outra perspectiva de modelo de atenção, o 'objeto das práticas de saúde' se expande para além da doença, dos doentes, dos modos de transmissão e dos fatores de risco, passando a englobar as necessidades e os determinantes (condições de vida e de trabalho); os sujeitos da atenção já não podem ser considerados apenas os médicos, os sanitaristas e seus auxiliares, mas as equipes de saúde (de todos os níveis), trabalhadores de outros setores e a própria população; os 'meios de trabalho' incorporam, para além das consagradas tecnologias médicas e sanitárias, a contribuição de outros conhecimentos e instrumentos fundamentais para uma ação mais ampla, capaz de produzir impactos na esfera dos determinantes e condicionantes de modo não espontaneísta, como os conteúdos de outros campos disciplinares, como a educação, a comunicação, a geografia, o planejamento estratégico-situacional etc; e, por fim, as 'formas de organização do trabalho em saúde' seriam reorientadas para além da oferta tradicional de serviços de saúde (rede básica e hospitalar), campanhas sanitárias, programas especiais e de vigilância sanitária e epidemiológica, buscando o desenvolvimento de operações sobre os principais problemas e necessidades sociais de saúde, através de ações intersetoriais e de políticas públicas saudáveis.

Esse movimento de reorganização tecnológica do trabalho em saúde implica também o reconhecimento do território de atuação dos profissionais de saúde. A compreensão de como se dão as complexas relações entre homem e o seu espaço/território de vida e trabalho é fundamental para a identificação de suas características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas e sociais, bem como de seus problemas (vulnerabilidades) e potencialidades.

A realização de um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população é, sem dúvida, um passo fundamental nessa reorientação do modelo de atenção, e requer o domínio de conceitos e instrumentos advindos de outros campos de conhecimento distintos daqueles habitualmente oferecidos na capacitação das equipes e, particularmente, dos ACS. Sua adoção como recurso metodológico e como tecnologia do trabalho em saúde permite a superação do reducionismo dos problemas de saúde à sua dimensão biológica e incorpora as diferentes dimensões da reprodução social (Samaja, 2000). Antes de tudo, é preciso que se defina com clareza um referencial crítico de abordagem dos fenômenos a serem analisados, sob o risco de serem percebidos na sua superficialidade, o que, no mais das vezes, conduz a conclusões desesperançadas de culpabilização da população (no microcontexto) ou do Estado (no macrocontexto), gerando imobilismo e, no máximo, voluntarismo assistencialista.

Se, por um lado, é possível perceber a importância de buscar uma compreensão dos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença, evitando a individualização e a fragmentação biologicista; por outro, é preciso estar atento para que esse movimento não seja tomado como justificativa para a normatização dos corpos, em uma espécie de biossociabilidade bastante perigosa, em que a prescrição de estilos de vida e de comportamentos saudáveis concebe a sociedade como homogênea e indiferenciada. Como já vimos, amparados na epistemologiamédica de Canguilhem, a capacidade de dizer se o corpo está saudável ou doente pertence ao titular, mediante suas normas culturais e particulares.

Assim, a saúde deve ser compreendida em seus múltiplos aspectos. Ela nunca será redutível a qualquer de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva. Objeto complexo, requer instrumental teórico de nova ordem, não mais referenciado à epistemologia positivista, analítica, e sim a partir de uma perspectiva transdisciplinar, totalizante.

Creio que a capacidade normativa destacada por Canguilhem como a forma pela qual o sujeito interage com eventos da vida poderia referir-se, em um movimento de extrapolação semântica, não mais às capacidades individuais, mas à capacidade de autonomia e de organização da sociedade. O conceito de empowerment, um dos campos centrais de ação da promoção da saúde, encontra similaridades com esta qualidade autogestionária. A conformação de sujeitos históricos, capazes de reconhecer o nível de determinação das estruturas, capacitando-se técnica e politicamente para atuar na sua transformação, é chave na dialética necessária para construção de novas relações sociais, possibilidades de um mundo movido por outra utopia – menos destrutiva que a do capital.

O reconhecimento dos determinantes históricos – econômicos, sociais e culturais – envolvidos na conformação de contextos específicos de carência passa, necessariamente, pela atuação de trabalhadores da saúde capazes de realizar diagnósticos participativos sobre as condições de vida e situação de saúde de uma determinada população. A investigação histórica da ocupação, das características físicas, econômicas, sociais e culturais do território, da disposição e qualidade dos equipamentos e serviços públicos, do perfil epidemiológico e dos principais problemas da comunidade é um passo fundamental para a busca de soluções. Somente uma leitura interdisciplinar da realidade é capaz de promover uma maior compreensão da realidade de saúde-doença-cuidado de uma população. A complexidade de determinantes, condicionantes e fatores envolvidos sugere a identificação de problemas mais amplos, que tradicionalmente não figuram entre os problemas médicos ou epidemiológicos, nem na linha de ação dos profissionais da saúde.

O planejamento de ações para o enfrentamento dos problemas passa pela mobilização da capacidade normativa [13] da comunidade, traçando metas, organizando operações de enfrentamento contínuo e buscando a atuação intersetorial sobre os problemas identificados.

A mudança paradigmática envolve mais atores na operacionalização da promoção da saúde. Mais do que médicos, enfermeiros, técnicos, agentes e demais trabalhadores da saúde, serão incorporados ambientalistas, engenheiros, advogados, antropólogos, artistas, jornalistas, garis, e a própria população envolvida direta ou indiretamente na produção e/ou na solução do problema.

O objeto da ação, qualificando o tradicional cuidado preventivo-curativo em relação às doenças infecciosas e não-infecciosas, expande-se para a compreensão de danos, riscos, necessidades e determinantes das condições de vida, saúde e trabalho.

Os problemas identificados muitas vezes não são doenças ou agravos, objetos típicos da ação no setor saúde, mas problemas ambientais, como a ausência de saneamento; sociais, como a deficiência da escola, a violência entre os jovens, a falta de emprego e alternativa de renda, a indisponibilidade de áreas de lazer e de acesso à cultura, o transporte insuficiente, as condições inadequadas de moradia; ou um contexto econômico-cultural de vulnerabilidade, como o consumo excessivo de carboidratos e gorduras. Diversos e complexos problemas podem ser considerados determinantes ou condicionantes de variadas doenças e agravos

As práticas, por sua vez, passam a contar com uma dimensão comunicativa mais forte, buscando estabelecer vínculos sociais com a comunidade e suas formas culturais – visando à troca de saberes populares e científicos, o fortalecimento técnico e o amadurecimento político a partir do reconhecimento da história, dos problemas e das próprias potencialidades do território.

O planejamento participativo é ferramenta fundamental para a viabilidade do encontro de saberes, interesses e visões sobre a realidade. Desde a identificação e definição de prioridades até a construção de propostas de intervenção são necessárias várias etapas e uma significativa capacidade de mobilização. A formação dessa capacidade normativa (Canguilhem, 2006) põe em evidência outra importante dimensão de uma nova prática: a ação educativa.

Procurando afastar-se de uma visão prescritivista, aliada inseparável de uma perspectiva autoritária da ciência, a ação pedagógica deve procurar estabelecer uma relação de aprendizado compartilhado, de mútua busca do saber entre aqueles atores envolvidos. Não se trata de buscar a modelagem de comportamentos tidos como não saudáveis ou de risco, mas sim de identificar e compreender as razões das vulnerabilidades coletivas. Todos aprendem com os moradores mais antigos as origens, as características que mudaram e as que permaneceram no território. Com os artistas, a linguagem, os desejos e os significados culturais; com os professores, a realidade das escolas; com os moradores, o grau de satisfação com os serviços e as percepções diferenciadas sobre os problemas; com os epidemiólogos, as informações sobre as tendências e o perfil de saúde e doença; com os ACS, as singularidades e capacidades da população. Dependendo do problema identificado, novos olhares são requisitados, e assim podem-se encontrar

formas de viabilizar aquilo que todo ano, passivamente, repete-se como mera queixa sem comprometimento algum com a mudança.

A análise da viabilidade pode interpor a necessidade de estabelecer objetivos estratégicos, soluções parciais e incremento de recursos. As operações podem ser atingidas somente a médio e longo prazo, porém terão seguramente um impacto mais amplo e formativo na sociedade do que a persistência única e exclusiva nas reformas da atenção setorial.

A implementação e a avaliação contínua dos processos e dos resultados serão sempre conseqüência da capacidade mobilizadora dos atores sociais envolvidos, sejam profissionais de saúde, de outros setores, ou a própria comunidade.

Considerações Finais

A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade.

O fato de o conceito de saúde ser impreciso, dinâmico e abrangente não impede que seja possível tomá-lo como eixo para a reorientação das práticas de saúde. Pelo contrário: sua importância é fundamental para a superação de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e prescritivo.

Se tomarmos a saúde como um sistema complexo (Sabroza, 2001) e pensarmos que a crise da saúde pública nos convoca a superar a simples atenção das demandas, procurando a eliminação de problemas que se encontram tanto na esfera dos determinantes sociais da saúde quanto no âmbito da resolutividade das práticas médicas, então estaremos, de fato, nos posicionando em defesa de uma ética que valorize a vida humana, buscando colaborar efetivamente para a construção de ambientes e de uma sociedade mais justa e saudável.

A proposição de diagnósticos participativos e interdisciplinares das condições de vida e da situação de saúde de territórios específicos apresenta-se como importante ferramenta para a organização de práticas que favoreçam o 'encontro de horizontes' entre a população e os serviços de saúde.

Diante da vida e das circunstâncias (não deixá-las de lado), elaboramos e executamos nossas práticas de saúde. Os profissionais de saúde precisam desenvolver a percepção de como a população compreende suas práticas de saúde. É nesse encontro de sujeitos que se faz a construção conjunta – da qual os conceitos são formas mediadoras. Não devemos nos apressar em construir o objeto da intervenção: é o encontro que diz quais são os objetos (Ayres, 2003, 2004).

Assim, refletindo sobre a prática dos ACS, caberia perguntar: em que medida são retomados os diagnósticos realizados no momento inicial do cadastramento? Ao privilegiar as fichas de acompanhamento de determinadas morbidades não estaríamos reproduzindo o modelo biomédico?

Bibliografia

ALMEIDA FILHO, N. de. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? Revista Brasileira de Epidemiologia, 3(1-3): 4-20, 2000.

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 e tendências. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. de C. M. Norma e formação. Horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 9(3): 583-592, jul.-set, 2004.

AYRES, J. R. de C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2003.

BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. Determinantes Sociais da Saúde ou Por Que Alguns Grupos da População São Mais Saudáveis Que Outros? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

BRASIL. Constituição Federal da República. Brasília: Governo Federal, 1988.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. In: CANGUILHEM, G. (Org.) Escritos sobre a Medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e 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.

CARVALHO, S. R. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

COELHO, M. T. Á. D. & ALMEIDA FILHO, N. de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. de A. & MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.) O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D. Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora 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 e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982a.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982b.

FOUCAULT, M. Poder-corpo. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982c.

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.

JOHNSON, A. G. *Dicionário de Sociologia: guia prático da linguagem sociológica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al. (Orgs.) *Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 1997.

LEAVELL, S. & CLARCK, 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.

MACHADO, R. Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. de S. & MIRANDA, A. C. de. Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MONKEN, M. Desenvolvimento de Tecnologia Educacional a partir de uma Abordagem Geográfica para a Aprendizagem da Territorialização em Vigilância em Saúde, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: perspectivas teóricas. Cadernos de Saúde Pública, 21(3): 898-906, maio.-jun, 2005.

MORIN, E. Introdução ao Pensamento Complexo. Porto Alegre: Sulina, 2006.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SABROZA, P. C. Concepções de Saúde e Doença. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001. (Texto de Apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)

SAMAJA, J. A Reprodução Social e a Saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das "relações" entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

SOLAR, O. & IRWIN, A. Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde. Genebra: CDSH, OMS, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: ISC, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L. & VILLASBÔAS, A. L. O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2004. v.5. (Série Material Didático do Proformar).

