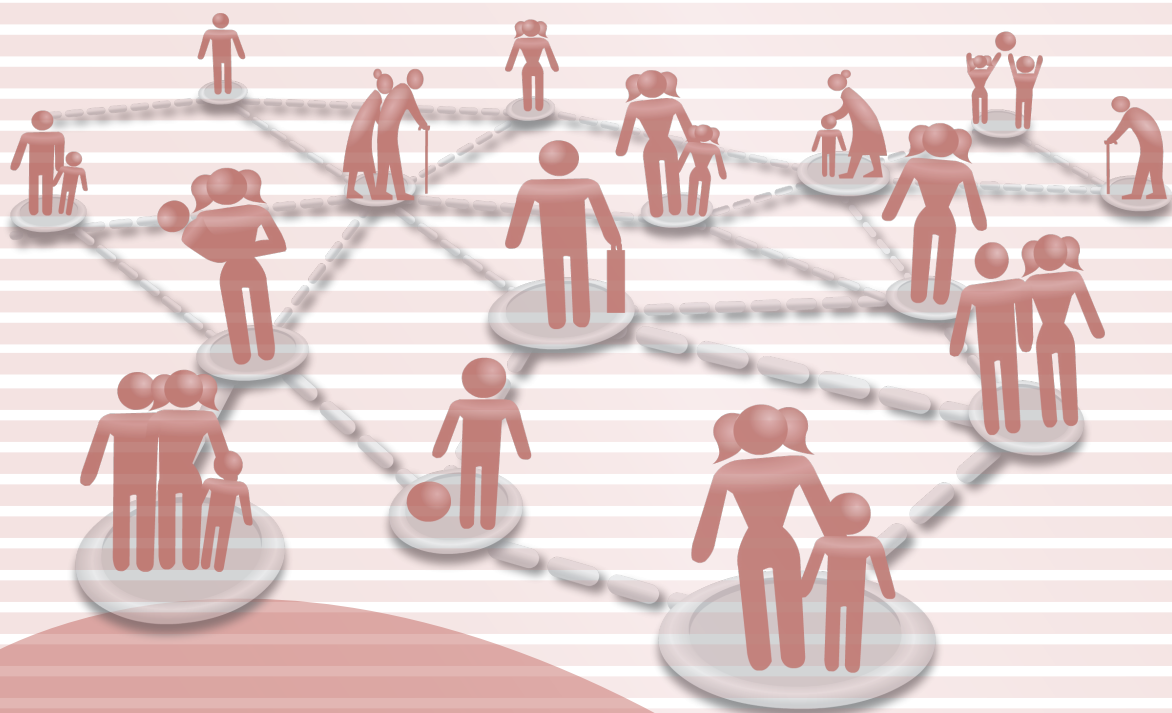


Especialização em

UNA-SUS

# Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo I - Reconhecimento da Realidade

Módulo 2: Saúde e Sociedade





# SAÚDE E SOCIEDADE

MÓDULO 2

## **GOVERNO FEDERAL**

**Presidente da República** Luiz Inácio Lula da Silva

**Ministro da Saúde** José Gomes Temporão

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)** Francisco Eduardo de Campos

**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)** Ana Estela Haddad

**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde** Sigisfredo Luis Brenelli

**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS** Vinícius de Araújo Oliveira

**Consultora do Projeto UNA-SUS** Lina Barreto

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Reitor** Álvaro Toubes Prata

**Vice-Reitor** Carlos Alberto Justo da Silva

**Pró-Reitora de Pós-Graduação** Maria Lúcia de Barros Camargo

**Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão** Débora Peres Menezes

## **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Diretora** Kenya Schmidt Reibnitz

**Vice-Diretor** Arício Treitinger

## **DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

**Chefe do Departamento** Walter Ferreira de Oliveira

**Subchefe do Departamento** Jane Maria de Souza Philippi

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

## **COMITÊ GESTOR**

**Coordenador Geral do Projeto** Carlos Alberto Justo da Silva

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

**Coordenadora Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz

**Coordenadora Executiva** Rosângela Leonor Goulart

**Coordenadora Interinstitucional** Sheila Rubia Lindner

**Coordenador de Tutoria** Antonio Fernando Boing

## **EQUIPE EAD**

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira,

Fátima Büchele

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

## **AUTORES**

Marta Inez Machado Verdi Dr<sup>a</sup>

Marco Aurélio Da Ros Dr.

Luiz Roberto Agea Cutolo Dr.

## **REVISORES**

Marco Aurélio de Anselmo Peres

Sandra Noemi de Cuccurulo Caponi

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNA-SUS

# SAÚDE E SOCIEDADE

**Eixo 1**  
Reconhecimento da Realidade

© 2010 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.  
ISBN - 978-85-61682-39-2

Edição, distribuição e informações:  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC  
Disponível em: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina  
Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

**U588i** Universidade Aberta do SUS.  
Saúde e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Aberta do SUS; Marta Inez Machado Verdi, Marco Aurélio Da Ros, Luiz Roberto Agea Cutolo. – Florianópolis : UFSC, 2010.

87 p. (Eixo 1. Reconhecimento da Realidade)

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do Módulo 2. - Modelos conceituais em saúde. – A organização social e sua influência no processo saúde-doença. – A construção do SUS no contexto das políticas públicas. – Atenção primária da saúde, atenção básica da saúde e a estratégia saúde da família. – A família contemporânea.

ISBN: 978-85-61682-39-2

1 Saúde da família. 2. Políticas públicas de saúde. 3. SUS. 4. Processo saúde-doença. I. UNA-SUS. II. Verdi, Marta Inez Machado. III. Da Ros, Marco Aurélio. IV. Cutolo, Luiz Roberto Agea. V. Título. VI. Série.

CDU: 361.1

## **COMISSÃO EDITORIAL**

Elza Berger Salema Coelho, Kenya Schmidt Reibnitz,  
Marialice de Mores, Eleonora Milano Falcão Vieira

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação de Design Instrucional** Fernanda Pires Teixeira

**Design Instrucional** Isabel Maria Barreiros Lucktenberg

**Revisão Textual** Ana Lúcia P. do Amaral

**Coordenação de Design Gráfico** Giovana Schuelter

**Design Gráfico** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Lais Barboza

**Ilustrações** Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

**Design de Capa** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Projeto Editorial** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Revisão Geral** Eliane Maria Stuart Garcez

# SUMÁRIO

<b>UNIDADE 1</b>	<b>MODELOS CONCEITUAIS EM SAÚDE</b>	<b>13</b>
1.1	A Epistemologia da Saúde: as Diversas Formas de Pensar a Saúde	13
1.2	Modelo Biomédico	17
1.3	Modelo de Determinação Social da Doença	19
1.4	Promoção da Saúde	21
<b>REFERÊNCIAS</b>		<b>25</b>

<b>UNIDADE 2</b>	<b>A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA</b>	<b>27</b>
2.1	A Organização da Sociedade Influencia o Processo Saúde-Doença	27
2.2	Um Pouco da História da Sociedade Brasileira	29
<b>REFERÊNCIAS</b>		<b>34</b>

<b>UNIDADE 3</b>	<b>A CONSTRUÇÃO DO SUS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	<b>37</b>
3.1	Premissas Iniciais	37
3.2	Condições para Instalação do Modelo Brasileiro	39
3.2.1	O Início	39
3.2.3	Retrocesso do Ensino: Último Passo	41
3.2.5	Novas Forças Nascentes: o Movimento pela Reforma Sanitária	42
3.3	Ventos de Mudança	43
3.4	O SUS	45
3.5	As Políticas Atuais	46
3.6	De 2004 a 2009	49
<b>REFERÊNCIAS</b>		<b>52</b>

<b>UNIDADE 4 ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE, ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>55</b>
4.1 Hora de Brincar com as Palavras.....	55
4.2 Tudo Bem! Mas o Que é APS, Afinal? .....	56
4.3 Características, Eixos e Diretrizes da APS .....	59
4.3.1 Orientação para a Comunidade .....	59
4.3.2 Primeiro Contato .....	60
4.3.3 Acessibilidade .....	61
4.3.4 Longitudinalidade .....	62
4.3.5 Integralidade .....	62
4.3.6 Coordenação do Cuidado .....	64
4.4 APS Para Quê? Por Que APS? .....	65
4.5 E o Que o Brasil Tem a Ver Com Isso? E a Estratégia Saúde da Família?.....	66
4.5.1 A Estratégia Saúde da Família como Atenção Primária da Saúde Ampliada .....	66
4.5.3 A Equipe de Saúde da Família e suas Atribuições .....	69
4.5.4 Requisitos para a formação da Equipe de Saúde da Família ....	71
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>
<b>UNIDADE COMPLEMENTAR A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA .....</b>	<b>77</b>
5.1 Premissas Iniciais Sobre a Concepção de Família.....	78
5.2 Construção Histórico-Social das Concepções de Família .....	79
5.3 Família na Transição Demográfica Brasileira, Características e Desigualdades Socioeconômicas.....	80
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>84</b>



## APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Antes de iniciarmos os estudos referentes ao módulo 2 – Saúde e Sociedade, é importante reconhecermos que o trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) é um processo complexo no que se refere a saberes, práticas e relações envolvidas. Isto requer que o processo seja construído na articulação de bases teóricas (o conhecimento), de bases metodológicas (métodos e técnicas) e de bases éticas. O processo de trabalho na ESF exige, como ponto de partida, o reconhecimento da realidade onde se insere, portanto, o território de atuação sob responsabilidade da equipe de saúde da família, onde sujeitos sociais e famílias vivem e interagem.

Precisamos conhecer a realidade da comunidade para o trabalho na ESF, tanto em termos contextuais (a partir de informações da realidade demográfica, epidemiológica, social, política e cultural) como em termos conceituais (os modos de ver e conceber a realidade). Assim, este módulo pretende refletir com você sobre a estreita relação entre saúde e sociedade na realidade do trabalho da equipe de saúde da família.

De qual realidade falamos?

De qual tipo de reconhecimento falamos?

É importante dizer que a opção teórico-metodológica que percorre os conteúdos desenvolvidos neste módulo é um determinado modo de ver a realidade, ou seja, a vemos como um processo histórico-social em permanente transformação, o que possibilita pensarmos numa sociedade que pode mudar para melhor. Portanto, pensamos que a realidade contextual de que falamos abrange desde sua unidade social mais micro – os sujeitos e a família – até as relações sociais mais amplas, em nível macro, como, por exemplo, o processo de globalização na sociedade. Portanto, propomos que, ao pensar na realidade dos sujeitos e das famílias, pensemos sempre nas suas inter-relações e mesmo num contexto político, social e cultural.

Da mesma forma, a proposta que apresentamos, não só neste módulo mas em todo curso, indica claramente para um posicionamento crítico ante o conhecimento já construído, saberes já instituídos, modos hegemônicos de ver a realidade. Isto quer dizer que propomos conhecer a realidade, sim, porém de modo crítico, questionador e criativo.

Nosso objetivo é que seu estudo seja um processo de construção cotidiana ativo, participativo e crítico, no sentido de você se tornar sujeito da construção do próprio saber, de você se apropriar da

realidade e ir além, empoderando-se neste contexto, de modo a capacitar-se para a transformação dessa realidade em direção a uma sociedade e um sistema de saúde mais justo, mais equitativo, digno e cidadão.

Assim, convidamos você a entrar no mundo das ideias, práticas, conflitos, desafios e realizações que compõem os marcos conceitual e contextual da Estratégia Saúde da Família, do SUS e da sociedade brasileira.

## **Ementa**

Modelos conceituais em saúde: modelo biomédico, determinação social da doença e promoção da saúde. A organização da sociedade em que vivemos. Políticas de saúde e a construção do SUS numa perspectiva histórica. Os modelos de Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

## **Objetivos**

- a) Conhecer os diferentes modelos conceituais em saúde e sua relação com o trabalho na Estratégia Saúde da Família;
- b) Entender como ocorreu a construção da sociedade em que vivemos na atualidade e sua interação com a saúde;
- c) Compreender o processo de construção das políticas de saúde e do SUS, numa perspectiva histórico-social;
- d) Compreender a Estratégia Saúde da Família, em termos conceituais e contextuais, sua estratégia operacional, bem como os modelos de atenção primária da saúde e atenção básica.

**Carga horária: 30hs.**

## **Unidades de Conteúdo:**

Unidade 1: Modelos Conceituais em Saúde.

Unidade 2: A Sociedade em que Vivemos.

Unidade 3: A Construção do SUS no Contexto das Políticas Públicas.

Unidade 4: Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.

Unidade Complementar: A Família Contemporânea

## **PALAVRAS DOS PROFESSORES**

Caros profissionais, sabemos que desenvolver um processo de trabalho em saúde junto às pessoas, às famílias e às comunidades, num contexto de desigualdades sociais como o nosso, para que se promova a saúde e o SUS dê certo, é uma árdua tarefa. Para isso, não bastam os saberes e práticas tradicionais; como dizia David Capistrano, este exercício requer ir muito além da sabedoria e da técnica, pressupõe uma férrea persistência e mesmo pertinácia.

Neste sentido, acreditando no potencial de mudança de todos e de cada um e na sua capacidade de criar e transformar a realidade, propomos, ao longo deste módulo, um percurso desafiador que instigue você a ver com “outros olhos” a realidade de seu trabalho, a pensar múltiplas e diferentes explicações para os processos que ali ocorrem (a saúde, a doença, o trabalho, a vida da comunidade) e a produzir em equipe diferentes respostas para os problemas evidenciados.

Saúde e sociedade podem ser compreendidas como indissociáveis, dependendo do modo como entendemos que a doença e a saúde são produzidas. Se a crença é de que a doença vai muito além do corpo biológico, certamente as relações sociais terão papel fundamental e, portanto, as ações de saúde devem considerar a multiplicidade de fatores que produzem estes processos. Pensar a saúde e a sociedade intimamente ligadas perpassa toda a maneira como vamos construir nosso conhecimento, nossas práticas, nossas ações, as políticas, enfim, a nossa contribuição para a efetivação do SUS e da Estratégia Saúde da Família.

É nessa perspectiva que preparamos este estudo para você.

Marta Inez Machado Verdi, Dra.  
Marco Aurélio da Ros, Dr.  
Luiz Roberto Agea Cutolo, Dr.

# UNIDADE 1

MÓDULO 2

# 1 MODELOS CONCEITUAIS EM SAÚDE

Nesta unidade, estudaremos as diferentes formas de pensar a saúde, como promover a saúde, o modelo biomédico e o modelo da determinação social da doença, bem como discutiremos a promoção da saúde. Seus objetivos neste estudo são os de refletir criticamente sobre as diferentes formas de pensar o processo saúde doença, identificar as características do modelo biomédico e sua influência hegemônica nas práticas de saúde, conhecer o modelo da determinação social da doença em contraponto ao modelo biomédico e refletir sobre a influência das relações sociais na constituição destes modelos de saúde.

Quando falamos em modelos conceituais em saúde, está implícito que existem diferentes conceitos que determinam diferentes maneiras de ver o que é ou como se promove a saúde (ou se tratam as doenças). Essas diferentes maneiras de ver propiciam pensamentos e práticas diferenciadas, mais ou menos eficientes, mais ou menos científicas, mais ou menos onerosas, fragmentadas ou não. Então, vamos desenvolver com vocês essas duas questões que se colocam: a primeira, sobre as diferentes formas de ver a saúde, e a segunda, sobre os modelos conceituais em saúde.

## 1.1 A Epistemologia da Saúde: as Diversas Formas de Pensar a Saúde

A epistemologia estuda a origem, a estrutura, os métodos e a validade do conhecimento (daí também se designar por filosofia do conhecimento). Ela se relaciona ainda com a metafísica, a lógica e o empirismo, uma vez que avalia a consistência lógica da teoria e sua coesão fatural.

A respeito das diferentes formas de ver o que é, ou como se faz a saúde, a discussão que se coloca é epistemológica. Há uma epistemologia chamada construtivista, que diz que o conhecimento/a ciência é um processo, ou seja, está constantemente mudando – está em construção. Sofre um período de harmonia das ilusões (Fleck<sup>1</sup>), ou de ciência normal (Kuhn<sup>2</sup>), ou de estabilidade (Piaget<sup>3</sup>), ou de continuidade (Bachelard<sup>4</sup>) e evolui para que os dados instabilizadores/anormais/desarmônicos rompam epistemologicamente mudando a ciência antiga. É colocado um novo estilo de pensamento/paradigma para ser a verdade provisória da nova ciência que acumula o velho e com isso traz o princípio do conhecimento máximo. Isto parece muito mais uma discussão filosófico-sociológica, mas ela é básica para que se entenda a saúde.

- 1 Ludwick Fleck (1896-1961) – médico e biólogo polonês que criou, na década de 1930, o conceito de “pensamento coletivo” ou estilo de pensamento, fundamental nas áreas de História, Filosofia e Sociologia da Ciência, pois possibilita a compreensão de como as ideias científicas se modificam ao longo do tempo.
- 2 Thomas Kuhn (1922-1996) – físico norte-americano, autor de *A Estrutura das Revoluções Científicas*, na qual aponta o enfoque historicista de ciência, considerando fundamentais os aspectos históricos e sociológicos que rodeiam a atividade científica como próprios da ciência e não somente os aspectos lógicos e empíricos.
- 3 Jean Piaget (1896-1980) – biólogo e psicólogo suíço, dedicou-se às pesquisas em Epistemologia e Educação, revolucionando as concepções de inteligência e desenvolvimento cognitivo, investigando a natureza e a gênese do conhecimento nos seus processos e estágios de desenvolvimento.
- 4 Gaston Bachelard (1884-1962) – filósofo e poeta francês, cujo trabalho acadêmico objetivou o estudo do significado epistemológico da ciência.

Um exemplo interessante, extraído do Gestalt (da psicologia), para discutirmos um pouco mais sobre esse tema, pode ser a leitura de três letras: A-I3-C. Após isso, a leitura de três números: I2,I3,I4. A pergunta é: o que significa o I3?

Bom, num contexto de letras, é a letra bê, num contexto de números, é o número treze. Logo, eu vejo as coisas dentro de um contexto. Naquela realidade de números não me é dada outra coisa senão ver o treze.

Continuemos o raciocínio do significado das coisas num determinado contexto, agora aproximando da questão da saúde. Pois bem, na saúde-doença, podemos vivenciar a mesma situação do exemplo apresentado anteriormente. Se eu penso sobre a tuberculose, dentro de um jeito de pensar, posso pensar que é uma doença causada por uma bactéria (*mycobacterium tuberculosis*); que, com o advento do microscópio, conseguimos localizar a sua causa; e que, com a invenção dos antibióticos, passamos a tratá-la definitivamente. Mais que isso, com a vacina, passamos a evitar que as pessoas se contaminem com a bactéria e fiquem doentes.

Este raciocínio é ditado por um jeito de ver, que pode ser questionado de diversas maneiras:

É possível uma pessoa ter a bactéria e não ter a doença?

Pode a vacina não funcionar?

E o antibiótico pode não resolver?

Se lidamos com todas as certezas anteriores, como a doença voltou a crescer na humanidade?

Que coisas não estão explicadas com a equação bactéria-exames-remédios-vacinas?

O gráfico 1 assinala a mortalidade por tuberculose entre 1870 e 1970. Notamos que temos uma diagonal quase reta de diminuição. Alguns fatos, entretanto, são notáveis: a descoberta do bacilo em 1882, a do antibiótico contra a tuberculose em 1942 e a vacina eficaz na década de 1960, ou seja, a marcha da diminuição não foi impactada por esses eventos. A tuberculose no mundo diminuiu por outros motivos (MCKEWON e LOWE, 1981 apud COSTA, 1988).

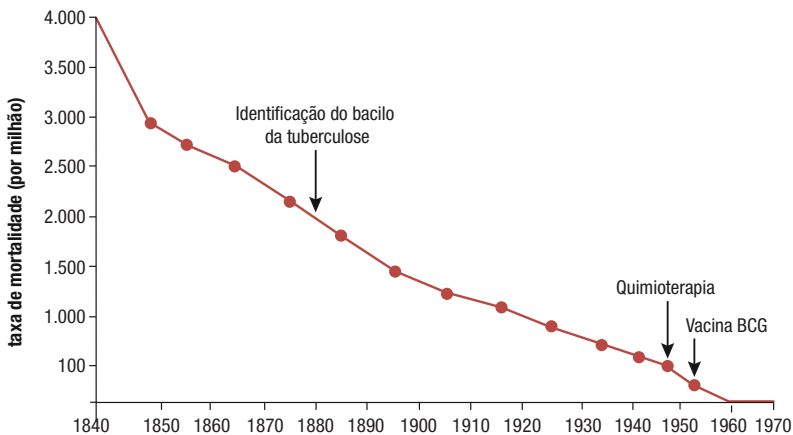


Gráfico 1: Gráfico de Mckewon - tuberculose respiratória, taxa de mortalidade anual média Inglaterra e Gales  
 Fonte: Mckewon e Lowe, 1981.

**ATENÇÃO:** Isto não significa que devemos jogar fora este conhecimento adquirido (bactérias, vacinas, antibióticos, etc.).

Então, na lógica da teoria do conhecimento máximo, teremos que repensar como a tuberculose diminuiu. Ou seja, para tratar individualmente ou prevenir a doença numa determinada faixa etária, o diagnóstico, o remédio e a vacina são fundamentais, mas, quando pensamos numa coletividade, aparecem outras variáveis que devem ser pensadas.

O que ocorreu na Inglaterra entre 1870 e 1970 que possa estar relacionado à diminuição de mortes por tuberculose?

Nesse período, surgiram serviços públicos de saúde, melhores condições para a classe trabalhadora, com melhorias nas condições salariais/econômicas, habitações melhores, projetos de saneamento e urbanização, empoderamento das classes populares, ampliação da democracia; questões que significam promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como a ampliação da qualidade de vida. Com esses dados, já podemos ver a realidade de outra maneira.

Portanto, a primeira maneira de ver/conceber o processo saúde-doença é definida como biomédica e a segunda como modo de determinação social da doença, ou seja, estes são dois modelos conceituais em saúde.

Se for verdade que não podemos absolutizar a determinação social na hora de executar um tratamento individual, também é verdade que, se quisermos efetivamente ser profissionais de saúde, e não de doença, temos que começar a pensar de outro jeito, a ver as coisas de outra forma. A maneira biomédica nos foi imposta de tal modo e está tão incorporada ao nosso jeito de ver que nos sentimos desconfortáveis de pensar em mudar. Este sentimento, de incômodo, é o que nos permite crescer na ciência; caso contrário, só repetiremos o I3 sem enxergar o B ou outros signos possíveis.

Temos então, bipolarmente no quadro 2, dois modelos conceituais em saúde:

BIOMÉDICO	modelo hegemônico, considerado avançado durante muito tempo (até a década de 1970).
DETERMINAÇÃO SOCIAL	um novo entendimento do processo saúde-doença que é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza por meio do processo de trabalho em determinado momento histórico e em determinadas relações sociais de produção.

Quadro 2: Modelos Conceituais em saúde

Isto significa que podemos e devemos, para além de nossas atividades e de nossa necessária educação/saúde, promover a saúde – o que humaniza o contato com os usuários, seja através da consulta ou outra ação de saúde, porque vai permitir saber, por exemplo, o modo de vida dos sujeitos que interagimos e cuidamos.

Entretanto, antes de conhecermos melhor estes dois modelos, é importante registrar que o pensamento sobre o que é saúde e doença já se verificava há muitos séculos, antes mesmo das explicações científicas. Contando brevemente essa história, podemos apontar alguns momentos importantes no quadro 3:



NA ANTIGUIDADE	a doença era atribuída a causas externas cuja explicação estava em fatores sobrenaturais, para posteriormente vincular-se ao caráter religioso, envolvendo a igreja como local e os sacerdotes como mediadores da cura.
NA GRÉCIA ANTIGA	surge a teoria Hipocrática, que centrava nos fatores externos ambientais (clima, geografia, alimentação, trabalho excessivo) as causas das doenças.
NA IDADE MÉDIA	sob forte influência do cristianismo, a doença toma sentido místico religioso (castigo), e a cura é buscada em poderes miraculosos (reliquias, amuletos, água benta, exorcismo).
NO PERÍODO DO RENASCIMENTO	surgiu a teoria miasmática, cuja explicação da doença estava nas partículas invisíveis, os miasmas. Surge também, a teoria social da Medicina com alguns revolucionários como Virchow e Neumann que buscam a explicação da doença nas condições de vida e de trabalho.
NO SÉCULO XIX	a partir das descobertas bacteriológicas, o conceito de doença muda novamente, agora centrando a procura da causa em um agente causal de origem bacteriológica.
NO SÉCULO XX	a insuficiência da teoria unicausal da doença abre espaço para a formulação de explicações multicausais, de caráter biologicista e a-histórico, numa concepção reducionista do social.

Quadro 3: Evolução do conceito saúde-doença

## 1.2 Modelo Biomédico

O marco teórico conceitual da **biomedicina** tem sua origem no modelo capitalista norte-americano. Tal modelo foi chamado de modelo flexneriano, porque **Flexner**<sup>5</sup> foi quem centralizou uma pesquisa nos EUA, em 1910, concluindo que o bom modelo de ensino de medicina deveria ser o da Rockefeller Foundation. Este modelo tem sido bastante analisado e descrito, mas é importante que se reflita sobre cada uma de suas características, porque nosso ensino nos cursos da área da saúde, e nossa prática, ainda estão muito vinculados a ele. Veja as características do modelo flexneriano com atenção no quadro 4:

- 5 Abraham Flexner (1866-1959) – educador norte-americano que, na década de 1910, com o Relatório de uma pesquisa sobre o ensino da medicina, provocou a reforma da educação médica nos Estados Unidos.

POSITIVISMO	Tem a verdade científica
FRAGMENTAÇÃO/ESPECIALIZAÇÃO	Ensino com ênfase na anatomia, estudando segmentos do humano, dando origem às múltiplas especialidades médicas
MECANICISMO	Considera o corpo humano como uma máquina
BIOLOGICISMO	As doenças são causadas sempre por um agente causal (biológico, físico, químico)
TECNIFICAÇÃO	Centraliza os processos de diagnóstico e cura nos procedimentos e equipamentos tecnológicos
INDIVIDUALISMO	Focaliza no indivíduo, negando os grupos sociais e comunidade
CURATIVISMO	Dá ênfase à cura das doenças, em detrimento da promoção da saúde, e da prevenção das doenças
HOSPITALOCÊNTRICO	O melhor ambiente para tratar as doenças é o hospital, porque tem todos os exames acessíveis e se administra medicamentos nas horas certas

Quadro 4: Características do modelo flexneriano

Além dessas características, o modelo biomédico nega a saúde pública, a saúde mental e as ciências sociais, bem como não considera científicos e válidos outros modelos de saúde, como a homeopatia. O conhecimento e a prática de saúde são centralizados no profissional médico.

Isto tem como consequência uma posição autoritária, undisciplinar e com intenso uso do aparato que lucra com a doença: hospitais, exames, remédios, medicina altamente especializada - o chamado complexo médico-industrial.

### 1.3 Modelo de Determinação Social da Doença

Esse modelo conceitual em saúde apresenta uma nova forma de ver o processo saúde-doença. Tal forma tem sua origem na Europa, no século XIX, num movimento chamado de Movimento de Medicina Social. Virchow, um dos médico-sociais (depois veio a ser conhecido também como patologista), afirmava que as pessoas adoecem e morrem em função do jeito que vivem. E este jeito de viver é determinado social-cultural e economicamente (caracterizando o contexto de aparecimento da doença).

Em 1848, **Virchow**<sup>6</sup> elaborou, junto com **Neumann**<sup>7</sup>, a lei da Saúde Pública da Prússia, na qual diz que compete ao Estado a responsabilidade sobre a saúde das pessoas. Que este deve promover a saúde e combater e tratar a doença, para todos, ou seja, saúde: direito de todos, dever do Estado. Aliás, foi esse movimento que inspirou a nossa construção do SUS.

Virchow conseguiu, sem conhecer a bactéria, nem antibióticos, terminar com a epidemia de febre tifoide na região da Silésia (Polônia) com a mudança da carga horária de trabalho, de 16 para 10 horas diárias, melhores condições de saneamento nas fábricas (abriu janelas), proibição de trabalho para menores (de 4 para 12 anos), maior salário (mais dinheiro para comprar comida para os filhos), alimentação adequada e a construção de casas populares próximas às fábricas.

Pense na sua prática de saúde e procure identificar se as diferentes características do modelo biomédico influenciam as ações desenvolvidas junto aos sujeitos, às famílias e à comunidade.

O movimento de medicina social foi hegemônico na Europa entre 1830 e 1870, quando ascende a teoria pasteuriana unicausal. A partir daí, há um declínio, só persistindo residualmente em alguns países, como a Itália, até a Segunda Guerra Mundial.

No mundo, as ideias de determinação social foram retomadas por Henry **Sigerist**<sup>8</sup> (1942) e Georges **Canguilhem**<sup>9</sup> (1943/1968), mas ficaram restritas na área das ciências sociais, pouco modificando a tendência norte-americana, do modelo unicausal (flexneriano).

6 Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) – médico alemão considerado mentor da medicina social e, posteriormente, “pai” da patologia, além de antropólogo e político liberal (Partido Livre-Pensador Alemão).

8 Salomon Neumann (1819-1908) – médico estatístico alemão.

8 Henry Sigerist (1891-1957) – filho de pais suíços, nasceu em Paris e formou-se em Medicina pela Universidade de Zurique. Foi professor de História da Medicina nas Universidades de Zurique, Leipzig e, posteriormente, na Universidade John’s Hopkins.

9 Georges Canguilhem (1904-1995) – nasceu no sul da França, percorreu a carreira acadêmica em instituições de ensino e pesquisa francesas como filósofo. Sua tese de doutorado, defendida no curso de Medicina, feito posteriormente à licenciatura em Filosofia, foi impressa sob o título *O normal e o patológico*.

Em 1942, Sigerist dizia que o médico tem quatro grandes tarefas: promover saúde, prevenir doenças, restabelecer o doente e reabilitá-lo. E que promover saúde era ter condições de vida, trabalho, educação, cultura física, distração e descanso, chamando políticos, sindicatos, indústrias, educadores e médicos para essa tarefa.

O modelo da determinação social da doença não nega a atenção individual quando necessária, mas ela é contextualizada numa relação entre cidadãos.

Para sintetizar esta discussão de qual modelo é mais apropriado à realidade atual, podemos utilizar o quadro 5 de Da Ros (2004), que mostra as diferenças entre o modelo da determinação social e o modelo biomédico.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA	X	MODELO BIOMÉDICO
Movimento pela Reforma Sanitária	x	Valorização do Complexo Industrial
Verdade como processo	x	Provisoriamente – verdade absoluta
Valorização da psicologia e do cultural	x	Valorização da célula e da química
Valorização da atuação multi-profissional/interdisciplinar	x	Todo poder do médico
Valorização da pessoa como um todo	x	Valorização do conhecimento fragmentado
Permeabilidade/humildade	x	Onipotência
Flexibilidade	x	Rigidez
Pensamento crítico político	x	Alienação
Centro de saúde/comunidade	x	Hospital / Indivíduo
Inclui promoção da saúde	x	Só trata o doente
Educação como relação sujeito-sujeito, na relação médico-paciente	x	Educação como médico-sujeito e o paciente como objeto
Flexibilidade para outras racionalidades médicas	x	Fechamento para outras racionalidades (chamadas de charlatanismo)
Valorização da saúde pública	x	Negação da saúde pública
Determinação Social	x	Determinação Biológica
Modelo Saúde Coletiva brasileira	x	Modelo Biomédico/Flexneriano
Responsabilidade do Social	x	Culpabilização individual

Quadro 5: Diferença entre modelo da determinação social da doença e modelo biomédico

Fonte: DA ROS, 2004

## 1.4 Promoção da Saúde

Tratando de promoção da saúde, também temos diferentes modelos conceituais: um proposto pela saúde coletiva brasileira e outros, oriundos do Canadá. Desde o relatório *Lalonde*, publicado em 1974, no Canadá, e mais especificamente após a Conferência Internacional de Promoção à Saúde em 1986, em Ottawa, o entendimento de promoção da saúde rompeu com o modelo de níveis de prevenção de Leavell e Clark, sustentado durante décadas.

O modelo de Leavell e Clark, proposto originalmente para explicar a **História Natural da Doença** apresenta três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. No nível primário que defendia a existência de um nível primário de prevenção, é apresentada como uma das ações a promoção da saúde. É importante ressaltar que nesse modelo o foco central é a prevenção da doença. Assim, o modelo trata, na verdade, de doença e não de saúde. E a promoção da qual falamos, trata de saúde que não é o contrário de doença.

Os modelos de promoção da saúde oriundos do Canadá, segundo Carvalho (2008), têm em comum a afirmação do social, já que apresentam a determinação do processo saúde-doença, a busca de superação do modelo biomédico e o compromisso de saúde como direito de cidadania. Isto inclui diversos conceitos novos, que estão no coração da Estratégia Saúde da Família, mas que não fizeram parte dos nossos currículos tradicionais, tais como: tecnologia-leve, coprodução de sujeitos e, mesmo, cidadania. Os “óculos” colocados pela biomedicina impedem que os profissionais de saúde vejam todo esse universo de promover saúde.

Esta questão é tão marcada que, até muito recentemente, a promoção da saúde pouco constava, ou sequer aparecia, como conteúdo nos currículos dos cursos da área da saúde como enfermagem, odontologia, medicina, entre outros.

Para Buss (2003), de um modo geral, as formulações de promoção da saúde podem ser reunidas em duas grandes tendências. Vejamos o quadro 6:

<p>A PRIMEIRA, CENTRADA NO COMPORTAMENTO DOS INDIVÍDUOS E SEUS ESTILOS DE VIDA:</p>	<p>Uma das características desta tendência é o seu enfoque fortemente comportamental, expresso por meio de ações de saúde que visam à transformação de hábitos e estilos de vida dos indivíduos, considerando o ambiente familiar, bem como o contexto cultural em que vivem. Nesta ótica, a promoção da saúde tende a priorizar aspectos educativos ligados a fatores de riscos comportamentais individuais, e, portanto, processo potencialmente controlado pelos próprios indivíduos.</p>
<p>A SEGUNDA, DIRIGIDA A UM ENFOQUE MAIS AMPLO DE DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E CONDIÇÕES FAVORÁVEIS À SAÚDE</p>	<p>Esta tendência se aproxima muito do modelo preventivo. As similaridades entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças nos mostra que <b>prevenir é vigiar</b>, antecipar acontecimentos indesejáveis em populações consideradas de risco, enquanto que <b>promover a saúde</b>, quando não se trata de controlar politicamente as condições sanitárias, de trabalho e de vida da população em geral, mas quando busca criar hábitos saudáveis, <b>é também uma vigilância</b>. Uma vigilância que cada um de nós deve exercer sobre si mesmo (VERDI; CAPONI, 2005).</p> <p>Esta tendência, identificada por Buss (2003) como mais moderna, considera fundamental o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, cujo amplo espectro de fatores está diretamente relacionado com a qualidade de vida individual e coletiva.</p> <p>Logo, <b>promover a saúde</b> implica considerar um padrão adequado de alimentação, de habitação e de saneamento, boas condições de trabalho, acesso à educação, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos e estilo de vida responsável. <b>Promover a saúde</b> envolve, também, dirigir o olhar ao coletivo de indivíduos e ao ambiente em todas as dimensões, física, social, política, econômica e cultural. Por fim, <b>promover a saúde implica</b> uma abordagem mais ampla da questão da saúde na sociedade.</p>

Quadro 6: Tendências para discussão da promoção da saúde.

Como tínhamos afirmado antes, as tendências para a discussão de promoção da saúde têm em comum a **importância do social**. A divergência é no entendimento do significado deste social, em relação ao lócus de priorização das ações em saúde e a perspectiva com que se trabalha o tema sujeito.

A promoção da saúde canadense apresenta uma maior heterogeneidade de correntes, sendo marcada por um arcabouço teórico estrutural funcionalista e discutindo com superficialidade temas como sistema de atenção e prática clínica. Além disso, constitui-se como um movimento profissional/burocrático, envolvendo principalmente academia e burocracia estatal. Os profissionais de saúde têm uma participação marginal no desenho e implementação desta abordagem, o que facilita a manutenção da dualidade de saberes e práticas no campo da saúde. (CARVALHO, 2008, p. 1).

É importante salientar que há uma vertente minoritária que procura superar as ambiguidades da **Carta de Ottawa**<sup>10</sup>, colocando em destaque conceitos como “*empowerment* comunitário” e “*empowerment education*”. Nesse contexto, saúde deve ser entendida como a capacidade para viver a vida de modo autônomo, reflexivo e socialmente responsável, cujo núcleo de intervenção do setor da saúde deve ser em torno dos “serviços e territórios”. Entender saúde através da politização das práticas sanitárias, tendo como objetivo a produção de bens e serviços, a produção de sujeitos (usuários e trabalhadores) e a democratização institucional.

Nesta perspectiva, a promoção da saúde deve incluir o fortalecimento da democracia e a intervenção sobre o ambiente. A promoção da saúde é objeto de diferentes instâncias de decisões e, destacadamente, do aparelho estatal, que deve organizar um conjunto de políticas públicas de natureza estrutural (econômicas e infraestruturais) e sociais (saúde, educação, habitação, etc.).

**10** Carta de Ottawa  
Documento emblemático no movimento da Promoção da Saúde resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986. Neste documento, Promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. São apresentados como campos de ação da promoção da saúde: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e reorientação do sistema de saúde.



### Sobre epistemologia na saúde:

CAMARGO JUNIOR., K. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

DA ROS, M. A. **Estilos de pensamento em saúde pública**: um estudo da produção da FSP e ENSP/FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação)-Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

### Sobre a evolução histórica do conceito de saúde-doença:

BARATA, R. de C. B. **A historicidade do conceito de causa**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 1-22.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. (Orgs.). **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L & PM, 1987.

### Sobre promoção da saúde:

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

### Sobre determinação social da doença, assista o filme:

GERMINAL Produção de Claude Berri; Pierre Grunstein; Bodo Scriba. Direção de Claude Berri. França, 1993. 1 DVD (170 min). Baseado na novela "Germinal" de Émile Zola. (Figura 7)

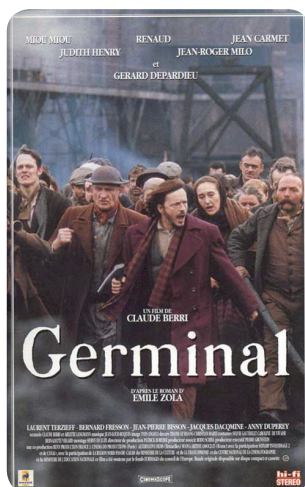


Figura 7: Filme sobre determinação social da saúde.

Fonte: GERMINAL, 1993



## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, refletimos acerca da existência de modos diferentes de pensar saúde, que acabam constituindo seus diferentes modelos conceituais. É importante enfatizar que o tema modelos conceituais em saúde não se esgota aqui. Várias vezes estaremos retomando a questão do nosso modelo conceitual, da forma de ver (I3? ou B?) e de promoção/educação em saúde.

Seus objetivos de aprendizagem nesta unidade foram: refletir criticamente sobre as diferentes formas de pensar o processo saúde-doença; identificar as características do modelo biomédico e sua influência hegemônica nas práticas de saúde; conhecer o modelo da determinação social da doença em contraponto ao modelo biomédico e refletir sobre a influência das relações sociais na constituição destes modelos de saúde, analisando a sociedade em que vivemos.

Você avalia que atingiu esses objetivos?

## REFERÊNCIAS

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. F. C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.15-38.

CARVALHO, S. R. **Modelos teóricos conceituais da promoção à saúde canadense e da saúde coletiva brasileira**. São Paulo: USP, 2008. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/cepedoc/trabalhos/trabalho181.htm>>

COSTA, D. C. Comentários sobre a tendência secular da tuberculose. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, out./dez. 1988.

DA ROS, M. A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 245-266

MCKEWON, T.; LOWE, C. R. **Introducción a la medicina social**. México: Siglo Veintiuno, 1981.