



## CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA AO LONGO DA HISTÓRIA SOB O OLHAR EPIDEMIOLÓGICO E ANTROPOLÓGICO

### CONCEPTS OF HEALTH/DISEASE ALONG HISTORY UNDER THE LIGHT OF EPIDEMIOLOGY AND ANTHROPOLOGY

### CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA DESDE LA MIRADA EPIDEMIOLÓGICA Y ANTROPOLÓGICA

Marli Terezinha Stein Backes<sup>I</sup>  
Luciana Martins da Rosa<sup>II</sup>  
Gisele Cristina Manfrini Fernandes<sup>III</sup>  
Sandra Greice Becker<sup>IV</sup>  
Betina Hörner Schlindwein Meirelles<sup>V</sup>  
Sílvia Maria de Azevedo dos Santos<sup>VI</sup>

**RESUMO:** O presente artigo busca compreender como são abordados os conceitos e as idéias relacionados à saúde e à doença desenvolvidos hoje e ao longo da história, fundamentados na perspectiva epidemiológica e antropológica, através de um estudo de revisão baseado na bibliografia disponível. O modelo biomédico ainda é predominante e os profissionais da saúde precisam superar esse modelo de assistência à saúde centrado na doença, voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais. É necessário investir em novo modelo de atenção focalizado na promoção da saúde. A grande questão atual é promover a saúde, fortalecer a autonomia dos sujeitos, com respeito às diferenças, potencializando as capacidades individuais, sociais e coletivas, levando em conta o contexto real em que as pessoas vivem, trabalham e fazem a vida acontecer. É preciso também rever a formação dos profissionais da área, preparando-os para esse novo modelo de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Saúde; doença; epidemiologia; antropologia.

**ABSTRACT:** This article aims at understanding health and disease-related concepts from a historical standpoint under an epidemiological and anthropological perspective, through a revision of available literature. The biomedical model is still predominant, and health professionals must overcome disease-focused health care, exclusively concerned with diagnosis, therapy, techniques, and impersonal relationships. One must invest in a new model of care focused on health promotion. The great issue today is to promote health, strengthen the autonomy of subjects, with respect for differences, empowering individual, social, and collective capacities, and taking into account the context in which people live, work, and make life happen. We must also rethink the education of health professionals, preparing them for this new model of health care.

**Keywords:** Health; disease, epidemiology, anthropology.

**RESUMEN:** Este artículo busca comprender como son abordados los conceptos y las ideas relacionadas a la salud y a la enfermedad desarrollados hoy y a lo largo de la historia, fundamentados en la perspectiva antropológica y epidemiológica, a través de un estudio de revisión, basado en la bibliografía disponible. El modelo biomédico todavía es predominante y los profesionales de la salud necesitan superar ese modelo de asistencia a la salud centrado en la enfermedad y orientado hacia el diagnóstico y la terapéutica, el tecnicismo y las relaciones impersonales. Es necesario invertir en un nuevo modelo de atención focalizado en la promoción de la salud. El gran asunto actual es promover la salud, fortalecer la autonomía de los sujetos, con respecto a las diferencias, potencializando las capacidades individuales, sociales y colectivas, llevando en cuenta el contexto real en que las personas viven, trabajan y hacen la vida acontecer. Es preciso también rever la formación de los profesionales de la salud, preparándolos para eso nuevo modelo de atención a la salud.

**Palabras clave:** Salud, enfermedad, epidemiología, antropología.

<sup>I</sup>Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde de Capão do Leão/RS. Membro do Grupo de Pesquisa de Administração em Enfermagem e Saúde (GEPADES) da UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: marli.backes@bol.com.br.

<sup>II</sup>Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Enfermeira do Centro de Pesquisas Oncológicas/SES/SC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando – PEN/UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: luciana.tb@hotmail.com.

<sup>III</sup>Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Enfermeira. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: gisamanfrini@yahoo.com.br.

<sup>IV</sup>Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Enfermeira. Docente da Universidade Federal do Amazonas EEM/UFAM. Líder do NIPES/UFAM e membro do NUPEQUIS/UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: sgbecker@ufam.edu.br.

<sup>V</sup>Doutora em Filosofia da Enfermagem. Enfermeira, Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. Membro do GEPADES. E-mail: betinahsm@ig.com.br.

<sup>VI</sup>Doutora em Educação. Enfermeira, Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudos sobre cuidados em saúde de pessoas idosas (GESPI). Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: silvia@nfr.ufsc.br.

<sup>VII</sup>Estudo produzido a partir de um dos temas abordados na Disciplina Processo de Viver e a Saúde Humana do Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

## INTRODUÇÃO

A vida se manifesta através da saúde e da doença<sup>VII</sup>, que são formas únicas, experiências subjetivas e que não podem ser manifestadas integralmente através de palavras. No entanto, a pessoa doente utiliza palavras para expressar a sua doença e os profissionais da saúde, por sua vez, também fazem uso de palavras para significar as queixas dos pacientes. Dessa maneira, surge tensão entre a subjetividade da doença e a objetividade dos significados atribuídos pelos profissionais às queixas do paciente e que o levam a propor intervenções para lidar com esta situação<sup>1</sup>.

O discurso sanitário com enfoque na saúde ainda é recente. A idéia de saúde como qualidade de vida condicionada por vários fatores, tais como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, surgiu com a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986.

A Carta de Ottawa<sup>2</sup> considera a saúde como um conceito positivo, para o qual se fazem necessários recursos pessoais, sociais e capacidade física. Assim, para se ter saúde, a responsabilidade vai além do setor saúde, pois exige estilo de vida saudável para atingir o bem-estar. Sob este prisma, as comunidades e os indivíduos precisam aprender a cuidar da sua saúde, para então melhorá-la. Tal fato deve demandar dos indivíduos e dos grupos a capacidade de identificar os seus problemas, satisfazer as suas necessidades, modificar ou adaptar-se ao meio e, conseqüentemente, atingir o bem-estar.

A Organização Mundial da Saúde define a saúde como um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas ausência de doenças, conceito esse que evoluiu<sup>3</sup>, pois saúde, em sua concepção ampliada, é o resultado das condições de alimentação, moradia, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, principalmente, acesso aos serviços de saúde, conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil, em 1986<sup>4</sup>.

Nesse sentido, direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade<sup>4</sup>.

Embora a conceituação positiva de saúde tenha trazido contribuições significativas tanto no plano teórico quanto prático, a mesma traz novas dificuldades, pois envolve a promoção da vida em suas múltiplas dimensões e nenhuma teoria é capaz de dar conta da totalidade dos fenômenos da saúde e do adoecer. No entanto, sendo a vida mais complexa do que os conceitos que lhe são atribuídos, é justamente através dos conceitos que as intervenções operativas são viabilizadas<sup>1</sup>.

Hoje, diante da necessidade de compreendermos a saúde em suas diferentes dimensões, com o enfoque voltado para a promoção e proteção da saúde, considerando as práticas mais integradoras em saúde, bem como as desigualdades sociais que impedem o acesso aos serviços de saúde e à informação por parte da população como um todo, consideramos importante, como profissionais da área, uma revisão bibliográfica do tema proposto.

Entendemos que essa compreensão nos dará subsídios para sermos atores transformadores da nossa própria saúde e da saúde dos indivíduos, família e da população atendida através da nossa prática profissional, seja como profissionais da saúde e/ou como formadoras de novos profissionais.

Assim, o objetivo do presente estudo é compreender como são abordados os conceitos e as idéias relacionados à saúde e à doença desenvolvidas hoje e ao longo da história, a partir das perspectivas epidemiológica e antropológica, através de um estudo de revisão.

A pesquisa bibliográfica abrangeu artigos publicados em periódicos de saúde pública, saúde coletiva e enfermagem, a partir das palavras-chave: saúde, doença, epidemiologia e antropologia, bem como a produção do período de 1983 a 2008.

## EVOLUÇÃO CONCEITUAL

Descreveremos a seguir os conceitos e as ideias de saúde e doença desenvolvidos ao longo da história e na contemporaneidade.

### Saúde e Doença ao Longo da História

A natureza da saúde e da medicina representa um reflexo de muitos teóricos médicos, entre eles pode-se citar Galeno, médico grego que documentou o conhecimento e a especulação médica de sua época. Uma de suas idéias que permanece na humanidade desde a Antiguidade é a saúde como equilíbrio entre as partes primárias do corpo<sup>5</sup>.

Na antiguidade clássica, Galeno estabeleceu a teoria das latitudes de saúde, que se divide em saúde, estado neutro e má-saúde. Estas dimensões podem ocorrer isoladamente ou em combinação de uma com as outras. Assim, nove combinações são possíveis. Este esquema foi utilizado por mais de mil anos na medicina ocidental<sup>5</sup>.

Ainda na Antiguidade, acreditava-se que as doenças poderiam ser causadas por elementos naturais ou sobrenaturais. Nesse período, a compreensão das doenças era através da filosofia religiosa. Na medicina hindu e chinesa, a doença é resultante do desequilíbrio do organismo humano (causas naturalizadas). As causas eram relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e aos animais. Para os gregos, fatores externos ocasionavam as

doenças. Então, para alcançar a harmonia perfeita do corpo humano deveriam ser consideradas as estações do ano, as características do vento e da água. Inicia, nesse período, a idéia empírica do contágio<sup>6</sup>.

Na Idade Média, as causas das doenças retornam ao caráter religioso. No entanto, no final desse período, com as crescentes epidemias, retoma-se a idéia de contágio entre os homens, sendo as causas a conjugação dos astros, o envenenamento das águas pelos leprosos, judeus ou por bruxarias. Ainda, no Renascimento, os estudos empíricos originam a formação das ciências básicas e com isto surge a necessidade de descobrir a origem das matérias que causavam os contágios. Assim, surge a teoria miasmática<sup>6</sup>.

Do fim do século XVIII ao início do século XX, a medicina social foi capaz de criar as condições de salubridade adequadas à nova sociedade, e de abrir espaço para que a prática médica individual viesse gradativamente a ocupar o lugar central nas práticas de saúde<sup>7</sup>. No século XIX, aparece a bacteriologia e a concepção de que para cada doença há um agente etiológico que poderia ser combatido com produtos químicos ou vacinas<sup>6</sup>.

O empirismo influenciou e ainda influencia a medicina. No entanto, no século XIX se fortalece a biologia científica, sem influência externa da filosofia. Assim, aflora a patologia celular, a fisiologia, a bacteriologia e o desenvolvimento de pesquisas. Passa, dessa forma, a medicina de ciência empírica para ciência experimental<sup>5</sup>. A medicina moderna direciona sua atuação para o corpo, a doença, na busca de um estado biológico normal, exigindo, desse modo, alta tecnologia e custos elevados.

Vale ressaltar que a saúde e a doença na cultura ocidental apresentam diferentes realidades. O conhecimento sobre o corpo é fragmentado, com perspectivas teóricas redutoras do conhecimento biológico, psíquico e social. Nesse sentido, o conceito moderno de doença compreende a análise estrutural da matéria/corpo, fundamentada na anatomopatologia<sup>8</sup>.

A multicausalidade aparece no século XX. Os fatores causadores das doenças eram relacionados ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente. Entretanto, as causas agiam separadamente. Ainda nesse século, passa-se a considerar os fatores psíquicos como causadores de doenças. O homem então começa a ser visto como ser bio-psico-social<sup>6</sup>.

Em suma, o pensamento científico na Idade Moderna tende à redução, à objetividade e à fragmentação do conhecimento, traduzindo os acontecimentos por meio de formas abstratas, demonstráveis e calculáveis.

## Na Contemporaneidade

Na contemporaneidade, surge a complexidade na discussão científica na tentativa de explicar a realidade ou sistemas vivos através de modelos que procuram não apenas integrar as partes, descrever ele-

mentos de objetos, mas, sobretudo, levam em conta as relações estabelecidas entre os mesmos<sup>1</sup>.

Os conceitos médicos atuais representam o resultado da práxis de cuidado de saúde. Isto é, os conceitos simplesmente se concretizam pelo modo de vida e pela comunicação sobre a vida. Entretanto, existe mais de um conceito sobre saúde e doença que os estudos atuais apresentam, e esses conceitos resultam da práxis *normal*. Esta evidência reforça a necessidade de os profissionais não trabalharem com conceitos estagnados que impedem o conhecimento da realidade<sup>5</sup>.

Para definir saúde e a sua própria *normalidade*, alguns fatores têm merecido destaque na atualidade. A princípio, quando se pensa em *o normal*, pensa-se na frequência de um determinado fenômeno como sendo o estado mais comum. Assim, determinando o estado mais freqüente, determina-se o mais saudável. Esse princípio de definição é utilizado nas diversas áreas da ciência<sup>5</sup>.

No entanto, a saúde e a doença envolvem dimensões subjetivas e não apenas biologicamente científicas e objetivas, e a normatividade que define *o normal* e o patológico varia. As variações das doenças podem ser verificadas historicamente, em relação ao seu aparecimento e desaparecimento, aumento ou diminuição de sua frequência, da menor ou maior importância que adquirem em variadas formas de organização social<sup>9</sup>.

Torna-se necessário o redimensionamento dos limites da ciência, ampliando a sua interação com outras formas de se apreender a realidade, e é preciso inovar na forma de se utilizar a racionalidade científica para explicar a realidade, e principalmente para agir<sup>1</sup>.

Dessa maneira, a atenção à saúde, hoje, requer uma mudança na concepção de mundo e na forma de utilizar o conhecimento em relação às práticas de saúde, voltando o seu enfoque especialmente para a promoção da saúde. É muito mais do que uma aplicação técnica e normativa, ou seja, a promoção da saúde está relacionada à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos múltiplos condicionantes da saúde<sup>1</sup>. Isto significa que é preciso estar atento aos acontecimentos da realidade, os quais nos mobilizam para intervir de forma mais efetiva, especialmente nos contextos vulneráveis.

A promoção da saúde envolve escolhas relacionadas a valores e processos que não se expressam por conceitos precisos e mensuráveis. Nesse sentido, termos novos vem sendo desenvolvidos atualmente, tais como: *empowerment* e *vulnerabilidade*, permitindo abordagens transdisciplinares, envolvendo outras áreas do conhecimento e muitos significados que se originam da consideração da diferença, da subjetividade e da singularidade do que acontece na esfera individual e coletiva<sup>1</sup>.

## O OLHAR EPIDEMIOLÓGICO

O olhar central da epidemiologia foca as causas das doenças, como é estudado a seguir. Para se desvendar as causas, faz-se necessário conhecer as condições concretas e a história relacionadas à existência do ser humano<sup>6</sup>.

O ser humano possui a capacidade de reagir aos agentes agressores, mantendo a homeostase. Assim, o conceito de saúde envolve a reação aos estímulos externos de modo favorável que, ao agirem sobre os seres vivos, abrangem aspectos físicos, psicológicos e sociais, de maneira interdependente<sup>10</sup>.

Entretanto, na abordagem contemporânea sobre o adoecer, ainda há o predomínio da dimensão biológica em detrimento das dimensões psíquicas e sociais, provocando uma redução na configuração do campo da saúde<sup>8</sup>.

Embora haja o reconhecimento de que os aspectos psíquicos e sociais, o meio ambiente e o estilo de vida contribuam na origem das doenças, ainda se conhece pouco sobre a relação entre esses fatores ou eventos e a doença, que são avaliadas por meio de estudos epidemiológicos de risco<sup>11</sup>.

A epidemiologia como instrumento de investigação é útil para avaliar a assistência prestada aos usuários nos serviços de saúde, verificar o perfil socioeconômico e de morbidade da população, analisar as condições de saúde do trabalhador, fornecendo subsídios para intervenções mais efetivas no processo saúde/doença<sup>12</sup>, entre outros.

O conhecimento epidemiológico apresenta caráter nuclear na consolidação das práticas de saúde pública. No entanto, a sua elaboração conceitual está baseada na lógica mecanicista e linear relacionada ao discurso preventivo e, por este motivo, apresenta limitações. Por isso o grande desafio atual na saúde é buscar integrar a epidemiologia e a promoção da saúde<sup>1</sup>.

O conceito epidemiológico de risco hoje é motivo de críticas, baseadas em questionamentos que envolvem valores e significados relacionados a determinados hábitos e comportamentos considerados como de risco e de agravos à saúde. Dessa maneira, é preciso ampliar a compreensão dos limites desses conceitos, com o objetivo de aprimorar métodos, criar novos conceitos que possam ser utilizados de forma mais apropriada e integrada, com a finalidade de estruturar as práticas de saúde na perspectiva da promoção<sup>1</sup>.

As ações preventivas, que têm como base o conhecimento epidemiológico moderno, são intervenções que visam evitar o aparecimento de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e prevalência. Seu objetivo é controlar a transmissão de doenças e a redução do risco das doenças e os projetos de prevenção e educação em saúde estão voltados para a divulga-

ção das informações científicas e de recomendações normativas que envolvem mudanças de hábitos<sup>1</sup>.

Resumidamente, o objeto da epidemiologia está subordinado à clínica médica, que encara o sujeito com base no discurso fisiopatológico. As dimensões subjetivas do indivíduo, como a psicopatológica e psicossomática, não são consideradas relevantes, por não disporem de precisão diagnóstica, validade e confiabilidade que são alcançadas pelos componentes clínico-laboratoriais<sup>13</sup>.

## O OLHAR ANTROPOLÓGICO

As contribuições antropológicas para a compreensão do fenômeno saúde-doença são analisadas nesta seção.

Enquanto para a epidemiologia clássica as idéias de risco e causalidade de doença se expressam no plano individual e biológico, a antropologia pode contribuir e relativizar estes sentidos, através de estudos voltados para as relações entre saúde e condições de vida, incorporando também a visão dos usuários dos serviços de saúde<sup>14</sup>.

Os modelos de saúde, doença e cuidado resultam da história social e são herdados culturalmente, não podendo ser reduzidos à experiência individual, mas envolvem a coletividade, seus valores e costumes, de maneira que quando um indivíduo adoecer, toda a família se envolve<sup>15</sup>.

Dessa maneira, também as crenças e as práticas de cuidado em saúde nascem e se desenvolvem no contexto social, influenciam-se mutuamente e fazem parte da dinâmica que proporciona a adaptação do ser humano ao seu entorno, através da cultura<sup>16</sup>.

Quando avaliamos o ser humano, identificamos que os estados de normalidade oscilam conforme a interferência de inúmeras variáveis, tais como: situações de descanso, de exercícios, relacionadas à idade, ao sexo, à raça, à cultura, ao ambiente, entre tantas outras variáveis possíveis de serem vivenciadas. As oscilações, em muitos casos, não podem ser vistas como anormais, porque entre aquela realidade ou exposição, constituem-se variantes normais. Então, é preciso lembrar que o incomum nem sempre é negativo ou anormal<sup>2</sup>.

Outro ponto que merece ênfase é o conceito de valor que cada indivíduo dá à saúde e à influência do próprio estado de doença, inclusive a crônica, que desencadeia mudanças de hábitos, levando a uma vida mais saudável. O conhecimento científico contribui para a caracterização da saúde e das doenças, mas suas verdades não podem ser estanques, mas devem ser analisadas entre as possíveis variabilidades<sup>5</sup>. Além disso, precisamos ainda levar em consideração também, as práticas de cuidado e autocuidado de cada indivíduo e cultura.

Estudo realizado em uma comunidade de Cuiabá/MT constatou que, no que se refere ao cuidado com a saúde-doença, os moradores dessa localidade costumam adotar primeiramente os recursos que lhes são mais próximos e mais condizentes com a sua realidade, geralmente utilizando os recursos da natureza, como as plantas e a benzeção, podendo também utilizar os recursos da medicina oficial, principalmente a auto-medicação. Dessa forma, a procura por profissionais da saúde geralmente ocorre em última instância, sem o abandono da terapêutica adotada inicialmente (plantas e/ou rituais) e todas as práticas de saúde são consideradas complementares. Embora reconheçam as limitações da medicina popular e não confiem totalmente na medicina convencional, atribuem a esta última a obrigação de solucionar os problemas de saúde e doença que as práticas populares não conseguem resolver<sup>17</sup>.

Desde as antigas organizações sociais tem-se buscado a resolução dos agravos à saúde humana por meio de práticas, valores, crenças e recursos populares. Por outro lado, no contexto da saúde-doença, há também outros tipos de terapias utilizadas na prevenção e resolução dos problemas de saúde, que são as terapias não alopáticas<sup>18</sup>, ou seja, as terapias alternativas ou o tratamento não convencional, através da homeopatia, acupuntura, reiki, cromoterapia, toque terapêutico e outros.

A doença possui caráter histórico e social, sendo que a natureza social se verifica no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos, havendo diferenças nos perfis patológicos ao longo dos tempos, resultantes das transformações da sociedade e, também, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde diversas, de acordo com o momento histórico<sup>19</sup>.

Aspectos econômicos, políticos, socioculturais, socioepidemiológicos e históricos influenciam o processo de viver e a saúde humana e os modos de vida, de trabalho e de produção são fundamentais para se compreender os processos de saúde, adoecimento e morte da população<sup>20</sup>.

Quando se leva em conta a relação saúde/cultura, deve-se pensar não apenas na biomedicina, ou modelo biomédico, cujo enfoque é a biologia humana e a fisiopatologia, que vê a doença como um processo biológico. Há outras propostas ou modelos alternativos, como dos chineses, hindus ou índios. Nesse sentido, as discussões mais recentes na antropologia questionam o modelo biomédico e concebem a saúde e a doença como processos psicobiológicos e socioculturais. Nessa abordagem, a doença não é vista como um processo apenas biológico/corporal, mas também como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição<sup>21</sup>.

No Brasil, nos últimos 15 anos, vem sendo reafirmada a necessidade de respeito às culturas e aos sa-

beres e práticas de saúde dos povos indígenas. No entanto, atualmente, nas áreas indígenas ainda predomina a atenção massificada à saúde, sem levar em conta as suas especificidades étnicas e suas práticas de auto-atenção, e a base para a prestação de serviços é o modelo biomédico hegemônico, em que os profissionais da saúde, geralmente não estão capacitados para atuar com modelos de atenção que levam em conta as abordagens integrais<sup>14</sup>.

A formação dos profissionais da saúde, voltada para o biologicismo e o individualismo, faz com que os mesmos não levem em conta as referências socioculturais que poderiam transformar os usuários em agentes de transformação da realidade social<sup>14</sup>.

As produções culturais, especialmente as dos grupos sociais considerados subalternizados, geralmente são vistas como comportamentos irracionais e condutas de risco que representam obstáculos na adoção correta de cuidados biomédicos e os profissionais de saúde, quando se interessam em conhecer a sua cultura e seus sistemas de doença e cura, o fazem com a finalidade de aplicar receitas para moldar comportamentos, baseado no modelo médico-científico. Além disso, esse poder e autoridade exercidos sobre essas culturas representam uma busca de adequação do modelo de assistência às necessidades do desenvolvimento capitalista<sup>14</sup>. Dessa forma, para muitos profissionais da saúde, essas idéias podem representar avanços para os problemas de não-adesão dos usuários aos programas de saúde.

Apesar de o índio aceitar e reconhecer a eficácia da biomedicina em determinadas doenças, aceitando os recursos oferecidos, principalmente no caso dos fármacos, ele não deixa as suas próprias práticas de cura. E isso é visto de forma preconceituosa pelos observadores brancos ou não índios, que afirmam que a cultura indígena apresenta duas categorias de doenças: a doença dos índios, que os fazem recorrer aos especialistas nativos e a doença do branco, que *precisa do remédio*. Isso também reforça o velho preconceito em relação ao pensamento do índio, que é visto como incapaz de mudar sua visão de mundo, que resolve sua experiência de contato, mantendo sua cultura separada das outras culturas, o que remete a um conceito de cultura sem a possibilidade de transformação<sup>21</sup>.

Estudos voltados para uma epidemiologia sensível aos aspectos antropológicos, consideram o processo saúde-doença como um resultado de forças biológicas, econômicas, sociais e políticas<sup>14</sup>.

Diante das dificuldades dos sistemas médico-científicos em lidar com a produção social da saúde e doença, a antropologia pode nos ajudar a compreender os modos de vida<sup>22</sup> e das práticas de auto-atenção<sup>23</sup>. Os profissionais da saúde e os antropólogos precisam ampliar a sua compreensão a respeito da importância e do significado da atenção diferenciada quando atuam com diferentes culturas<sup>14</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi compreender como são abordados os conceitos e as idéias relacionados à saúde e à doença desenvolvidas hoje e ao longo da história, a partir das perspectivas epidemiológica e antropológica.

Dessa maneira, percebemos que o processo saúde-doença vem acompanhando uma grande e significativa evolução na história. Enquanto na Idade Moderna o pensamento científico tende à redução, à objetividade e à fragmentação do conhecimento, traduzindo os acontecimentos por meio de formas demonstráveis e calculáveis, na Contemporaneidade, surge a subjetividade e a complexidade, na tentativa de explicar a realidade através de modelos que procuram levar em conta as relações estabelecidas com o meio em que as pessoas vivem.

Assim, tornam-se necessárias, também, transformações nos nossos valores e na forma como concebemos o mundo, a vida, a saúde e a doença, a forma como produzimos o conhecimento e, principalmente, a maneira pela qual atuamos como profissionais da saúde.

Outro aspecto fundamental é revermos o modo como se dá a formação, principalmente dos profissionais da saúde. Pois, embora a mobilização em torno da reforma curricular já venha ocorrendo basicamente há quase uma década, a formação centrada no modelo biomédico, biologicista, ainda está muito presente.

Portanto, investir na promoção da saúde é o nosso grande desafio atual. Embora nossos discursos na saúde refiram-se à promoção da saúde, na prática, ainda estamos atrelados ao discurso preventivista, com o enfoque centrado na doença. E os profissionais da saúde precisam conhecer a realidade em que atuam, levando em conta as interações sociais, políticas e culturais dos espaços dentro e fora dos domicílios e dos núcleos familiares, bem como das unidades de saúde, evitando as relações que prejudicam a assistência em saúde, como o autoritarismo e o estranhamento da clientela.

Além disso, os profissionais da saúde precisam, principalmente, superar o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais e, investir nesse novo modelo de atenção, focalizado na promoção da saúde, levando em conta todas as dimensões do ser humano, ou seja, a biológica, psicológica, social, cultural e histórica, considerando a diversidade cultural do nosso país, melhorando a qualidade da assistência à saúde dos indivíduos, respeitando as suas singularidades e particularidades.

Nossos questionamentos nos remetem ao sistema de saúde vigente no Brasil, ou seja, ao Sistema Único de Saúde (SUS), o maior sistema público do mundo, ainda em construção, iniciado há duas déca-

das, com grande repercussão e reconhecimento em nível nacional e internacional, bem como ao Programa Saúde da Família, como estratégia fundamental nesse novo modelo de atenção à saúde, que já vem sendo implantado em todo o país há mais de 10 anos.

Por que ainda estamos tão atrelados ao modelo de atenção tradicional, biologicista, biomédico, quando teoricamente já sabemos que precisamos avançar, inovar, mudar as nossas práticas, investir na promoção da saúde e não apenas continuarmos com os nossos belos discursos e teorias que nos mantêm acomodados e distantes das reais necessidades das populações mais vulneráveis?

## REFERÊNCIAS

1. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(4): 701-9. [citado em 03 ago 2008]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
2. World Health Organization. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde (Br). *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa*, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 1986.
3. Barchifontaine CP. Bioética – essência das relações na saúde. *Nursing Rev Técnica de Enfermagem*. 2002; 44(5): 9-11.
4. Ministério da Saúde (Br). *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
5. Nordenfelt L. *Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico*. Tradução de Maria Bettina Camargo Bub e Théo Fernando Camargo Bub. Florianópolis (SC): Bernúncia; 2000.
6. Barata RCB. *A historicidade do conceito de causa: epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO; 1985.
7. Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
8. Czeresnia D. Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(1): 19-29.
9. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 4ª ed. ampliada. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
10. Silva RF, Erdmann AL. Ambiente do cuidado: dimensão ecológica. *Texto Contexto Enferm*. 2002; 11(3): 72-82.
11. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: from black box to chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health*. 1996; 86(5): 674-7.
12. Souza SS, Costa R, Nascimento KC, Francioni FF, Pires DEP. A epidemiologia como instrumental na produção de conhecimento em enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16: 58-63.
13. Castiel LD. *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano*. São Paulo: Papyrus; 1994.
14. Garnelo L, Langdon EJ. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
15. Samaja J. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e*

- condições de vida. Salvador (Ba): Casa da Qualidade; 2000.
16. Herrera EM, Posada MLA. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Av. Enferm.* 2008; 26(1): 112-23.
17. Kreutz I, Gaira MAM, Azevedo RCS. Determinantes socioculturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(1): 89-97.
18. Paranaguá TTB, Bezerra ALQ. Atuação do enfermeiro em um hospital especializado em práticas integrativas. *Rev enferm UERJ.* 2008; 16: 261-7.
19. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global; 1983.
20. Silva LAA, Mercês NNA, Schmidt SMS, Marcelino SR, Pires DEP, Carraro TE. Um olhar sócio-epidemiológico sobre o viver na sociedade atual e suas implicações para a saúde humana. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(Esp): 170-7.
21. Langdon EJ. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Rev Antropologia em Primeira Mão.* 1995; 12: 1-24.
22. Almeida Filho N. *A Ciência da saúde.* São Paulo: Hucitec; 2000.
23. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva.* 2003; 8(1): 185-208.