

Processo Saúde-Doença

Lucila Amaral Carneiro Vianna

MÓDULO POLÍTICO GESTOR

ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE
da FAMÍLIA

Sumário

Processo Saúde-Doença	71
Apresentação	75
Doença.....	76
Saúde	77
Processo Saúde-Doença	78
Histórico	79
Conceito de prevenção	80
Educação Em Saúde	83
O papel da equipe na atuação	84
Meta dos profissionais da saúde	84
Estratégias para o trabalho de equipe	84
Conclusão	88
Referências	90

Apresentação

Este texto foi organizado a partir de um conjunto de conceitos sobre o processo Saúde-Doença, questões históricas e o papel da equipe ao atuar neste processo. No intuito de tornar o conteúdo mais atraente, mesclamos conceitos, modelos teóricos e sua aplicação em alguns exemplos práticos.

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

Acreditando na força da atenção primária à saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, como esteio da promoção de saúde e marco na qualificação da vida dos indivíduos e da comunidade, é que compartilho com vocês minhas reflexões e considerações. Espero que com isso possamos contribuir para a construção do Sistema Único de Saúde.

Doença

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

“Para Evans & Stoddart (1990) a doença não é mais que um constructo que guarda relação com o sofrimento, com o mal, mas não lhe corresponde integralmente. Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade. O conhecimento clínico pretende balizar a aplicação apropriada do conhecimento e da tecnologia, o que implica que seja formulado nesses termos. No entanto, do ponto de vista do bem-estar individual e do desempenho social, a percepção individual sobre a saúde é que conta (EVANS; STODDART, 1990).” (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Saúde

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

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

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

Processo Saúde-Doença

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

Por outro lado, como alternativa para a superação dos modelos causais clássicos, centrados em ações individuais, como os métodos diagnósticos e terapêuticos, a vacinação, a educação em saúde, ainda que dirigidos aos denominados grupos de risco, haveria que privilegiar a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença, por meio de modelos interativos que incorporassem ações individuais e coletivas. Uma nova maneira de pensar a saúde e a doença deve incluir explicações para os achados universais de que a mortalidade e a morbidade obedecem a um gradiente, que atravessa as classes socioeconômicas, de modo que menores rendas ou *status* social estão associados a uma pior condição em termos de saúde. Tal evidência constitui-se em um indicativo de que os determinantes da saúde estão localizados fora do sistema de assistência à saúde (EVANS; STODDART, 2003; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996 apud OLIVEIRA; EGRY, 2000).



SAIBA MAIS...

Para Gadamer (apud BRÊTAS e GAMBA, 2006), saúde e doença não são duas faces de uma mesma moeda. De fato, se considerarmos um sistema de saúde, como, por exemplo, o SUS, é possível verificar que as ações voltadas para o diagnóstico e tratamento das doenças são apenas duas das suas atividades. Inclusão social, promoção de equidade ou de visibilidade e cidadania são consideradas ações de saúde. O entendimento da saúde como um dispositivo social relativamente autônomo em relação à ideia de doença, e as repercussões que este novo entendimento traz para a vida social e para as práticas cotidianas em geral e dos serviços de saúde em particular, abre novas possibilidades na concepção do processo saúde e doença.

Histórico

Na antiguidade, quando das religiões politeístas, acreditava-se que a saúde era dádiva e a doença castigo dos deuses, com o decorrer dos séculos e com o advento das religiões monoteístas a dádiva da saúde e o castigo da doença passou a ser da responsabilidade de um único Deus. No entanto, 400 anos AC, Hipócrates desenvolve o tratado “Os Ares e os Lugares” onde relaciona os locais da moradia, a água para beber, os ventos, com a saúde e a doença. Séculos mais tarde, as populações passam a viver em comunidade e a teoria miasmática toma lugar. Tal teoria consiste na crença de que a doença é transmitida pela inspiração de “gases” de animais e dejetos em decomposição (BUCK et al., 1988).

Tal teoria permanece até o século XIX; no entanto, “ao final do século XVIII, predominavam na Europa como forma de explicação para o adoecimento humano os paradigmas socioambientais, vinculados à concepção dinâmica, tendo se esboçado as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença. Com o advento da Bacteriologia, a concepção ontológica firmou-se vitoriosa e suas conquistas levaram ao abandono dos critérios sociais na formulação e no enfrentamento dos problemas de saúde das populações” (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Duas concepções têm marcado o percurso da Medicina (MYERS e BENSON, 1992):

Concepção Fisiológica	Iniciada por Hipócrates, explica as origens das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Esta medicina, segundo Myers e Benson (1992), centra-se no paciente como um todo, e no seu ambiente, evitando ligar a doença a perturbações de órgãos corporais particulares. A concepção ontológica, por seu lado, defende que as doenças são “entidades” exteriores ao organismo, que o invadem para se localizarem em várias das suas partes (idem). Estas entidades não têm sempre o mesmo significado. Na medicina da Mesopotâmia e do Egito Antigo eram conotadas com processos mágico-religiosos ou com castigos resultantes de pecados cometidos pelos pacientes (DUBOS, 1980). Na medicina moderna, com vírus (ibidem).
Concepção Ontológica	Tem estado frequentemente ligada a uma forma de medicina que dirige os seus esforços na classificação dos processos de doença, na elaboração de um diagnóstico exato, procurando identificar os órgãos corporais que estão perturbados e que provocam os sintomas. É uma concepção redutora que explica os processos de doença na base de órgãos específicos perturbados (MYERS e BENSON, 1992). Assume que a doença é uma coisa em si própria, sem relação com a personalidade, a constituição física ou o modo de vida do paciente (DUBOS, 1980. <i>in</i> ALBUQUERQUE e OLIVEIRA).

A teoria microbiana passa a ter, já nos fins do século XIX, uma predominância de tal ordem que, em boa medida, fez obscurecer algumas concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que apontavam para os fatores de ordem socioeconômica, descritos por Hidden (1990). Na atualidade, identifica-se o predomínio da multicausalidade, com ênfase nos condicionantes individuais. Como alternativa para a sua superação, propõe-se a articulação das dimensões individual e coletiva do processo saúde-doença, que tudo tem a ver com a prática da Estratégia Saúde da Família.

A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro de Leavell & Clark, “Medicina Preventiva” (1976), cuja primeira edição surge em 1958: sobre a **tríade ecológica** que define o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre **agente, hospedeiro e meio-ambiente**. O conceito de **história natural das doenças** é definido como “todas as interrelações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese)”.

Conceito de prevenção

O conceito de **prevenção** é definido como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”. A prevenção apresenta-se em três fases. A **prevenção primária** é a realizada no período de pré-patogênese. O conceito de **promoção da saúde** aparece como um dos níveis da prevenção primária, definido como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima”. Um segundo nível da prevenção primária seria a **proteção específica** “contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente”. A fase da **prevenção secundária** também se apresenta em dois níveis: o primeiro, **diagnóstico e tratamento precoce** e o segundo, **limitação da invalidez**. Por fim, a **prevenção terciária** que diz respeito a ações de **reabilitação**.



Com o passar dos anos, as mudanças nas sociedades levaram à necessidade de uma ampliação do entendimento sobre saúde: é quando após a II Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) cria a Organização Mundial de Saúde (OMS), composta por técnicos de vários países, com o objetivo de estudar e sugerir alternativas para melhorar a saúde mundial. Entre 6

e 12 de setembro de 1978, a OMS e a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) promoveram em Alma-Ata, ex-União Soviética, uma Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Nesta conferência a OMS desenvolveu o conceito de saúde, sendo assim divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que:

“Saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (OMS, 1976).

Esta conferência ressaltou o íntimo inter-relacionamento e independência da saúde com o desenvolvimento econômico e social, sendo a primeira causa e consequência da progressiva melhoria das condições e da qualidade de vida. A chave do plano da Conferência de Alma-Ata está na prevenção, no desenvolvimento social e nos cuidados de saúde.

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

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



SAIBA MAIS...

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

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

e sistema-serviços de saúde, numa permanente inter-relação e interdependência (GAMBA e TADINI, 2010).

Desta maneira, o Processo Saúde-Doença está diretamente atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades (GUALDA e BERGAMASCO, 2004).

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

Assim, vários autores afirmam que “a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida e, assim, não é um *bem de troca*, mas um *bem comum*, um bem e um direito social, no sentido de que cada um e todos possam ter assegurado o exercício e a prática deste direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimento e tecnologia que a sociedade desenvolveu e vem desenvolvendo neste campo, adequados as suas necessidades, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Ou seja, deve-se considerar este bem e este direito como componente e exercício da cidadania, compreensão esta que é um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações.

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

Educação em Saúde

Antes de abordarmos sobre as ações dos profissionais da saúde propriamente ditas, achamos por bem citar alguns conceitos de educação em saúde e promoção da saúde. A educação em saúde é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL et al., 1999).

Segundo Candeias (1997) muitos são os princípios e os conceitos que fundamentam a prática da educação em saúde e da promoção em saúde. Sem cair em armadilhas reducionistas, a educação em saúde (não confundir com informação em saúde) procura desencadear mudanças de **comportamento individual**, enquanto a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa a provocar mudanças de **comportamento organizacional**, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, particularmente porém não exclusivamente, por meio da legislação.



SAIBA MAIS...

Mais recentemente, na opinião de Machado et al. (2007) a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, está articulada ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere. Neste cenário se evidencia a importância das ações de educação em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo que traduza no indivíduo sua autonomia e emancipação. Com base nesta compreensão, busca-se refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde. A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras, enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade.

O papel da equipe na atuação

Meta dos profissionais da saúde

Segundo Mariana Fernandes de Souza (apud BRÊTAS e GAMBÁ, 2006) as profissões se organizam com base em ideias compartilhadas por pessoas que as exercem. As ideias e as crenças profissionais estruturam-se sempre em relação a uma atividade humana, a um projeto com uma finalidade. O projeto animado pela meta ou fim almejado conduz à reflexão, ao esforço de construção do saber e do fazer para os temas pertinentes selecionados em determinada profissão. O ser humano é limitado em sua capacidade de abranger a multiplicidade de acontecimentos da vida. No entanto, os profissionais da saúde têm como meta a assistência ao ser humano em suas necessidades de saúde. Essa finalidade conduz a ideias principais sobre as quais devem dirigir a reflexão: a pessoa, a saúde ou doença, o ambiente e a assistência.

Estratégias para o trabalho de equipe

Para realização da Estratégia Saúde da Família como trabalho de equipe, trazemos algumas sugestões sobre como entender melhor o outro quando se trabalha em equipe e obviamente com objetivos comuns. Segundo O'Connor & Seymour (1995) devemos considerar as estruturas comportamentais, ou seja, maneiras de pensar sobre como agimos.

A primeira dessas estruturas é uma atitude voltada para os resultados, em vez dos problemas. Isto significa descobrir o que cada um deseja, como resultado, descobrir os recursos de que dispõem e usá-los para atingir os resultados desejados.

A segunda estrutura é mudar o enfoque das perguntas, utilizando **Como?** em vez de **Por quê?** A primeira ajuda-nos a entender a estrutura do problema, enquanto as segundas só provocam justificativas e razões, sem que nada mude.

A terceira estrutura é a oposição entre “feedback” (realimentação) e fracasso. Não existe fracasso, o que existe são resultados, que podem ser usados como feedback, correções úteis e uma oportunidade para aprender algo que passou despercebido. Podemos usar os resultados para reorientar nossos esforços. O *feedback* faz com que não percamos nosso objetivo de vista.

A quarta estrutura consiste em levar em consideração as possibilidades, além das necessidades. Observar o que pode ser feito, quais as opções, em vez de se concentrar nas limitações da situação. Com frequência os obstáculos são menos importantes do que parecem ser. A programação neurolinguística adota uma atitude de curiosidade e fascinação, em vez de partir de pressupostos.

Exemplo: Crianças muito pequenas aprendem muito rapidamente porque são curiosas sobre tudo o que as rodeia. Elas não sabem, e sabem que não sabem. Portanto, não se preocupam em parecer bobas se perguntarem sobre o que não sabem. Devemos ter em mente que **a mudança é a única constante que existe.**

Quando falamos de Educação em Saúde devemos lembrar que antes de aplicarmos qualquer teoria ao outro, devemos testar nossa flexibilidade, ou seja, a disposição para o aprendizado. Faz-se importante – nesse momento – lembrar os quatro estágios da aprendizagem:

1. **Incompetência inconsciente** (não sabemos e não sabemos que não sabemos). Ex. alguém que nunca dirigiu um carro não tem a mínima ideia do que isso significa;
2. **Incompetência consciente** (sabemos que não sabemos). A pessoa que começa a aprender a dirigir, logo percebe suas limitações (é neste estágio que mais aprendemos);
3. **Competência consciente** (sabemos que sabemos com atenção). Podemos dirigir, mas precisamos de muita concentração: aprendemos a técnica, mas não a dominamos;
4. **Competência inconsciente** (sabemos automaticamente). Podemos ouvir rádio, admirar paisagem e conversar enquanto dirigimos. Nossa mente consciente estabelece o objetivo e deixa que a mente inconsciente cuide dele, liberando a atenção para outras coisas.

Nesse ponto, a habilidade tornou-se inconsciente. Entretanto, os hábitos nem sempre são a maneira mais eficiente de levar a cabo uma tarefa. Apesar de já possuímos capacidades de comunicação e de aprendizagem, temos que nos dar a possibilidade de aperfeiçoar essas capacidades, dando-nos novas opções e maior flexibilidade na maneira de utilizá-las.

Num seminário de três minutos sobre modelos de aprendizagem, o apresentador diz:

Senhoras e senhores, para ter sucesso, uma pessoa só precisa ter em mente três coisas:

1º Saber o que quer. Ter uma ideia clara do objetivo desejado em qualquer situação.

2º Estar alerta e receptiva para observar o que está conseguindo.

3º Ter flexibilidade para continuar mudando até conseguir o que se quer.

Em seguida escreveu no quadro:

RESULTADO

ACUIDADE

FLEXIBILIDADE

Fim do seminário.

“Trocando em miúdos”, a equipe da Estratégia de Saúde da Família precisa ter consciente seu papel de educador em saúde e conjuntamente saber o resultado que quer atingir em cada situação. É recomendável o treinamento da percepção sensorial: onde focar a atenção e como modificar e ampliar os filtros para poder observar coisas que não eram percebidas anteriormente. Filtro é uma expressão utilizada na Programação Neurolinguística, que significa linguagem dos nossos pensamentos e experiências vividas por nós, imagens internas, sons e sensações que nos dão um significado especial e que fica arquivado em nosso cérebro e que nos vem à mente nas mais diversas situações.

Exemplo: nossas crenças religiosas, nosso aprendizado na área específica funcionam como filtros, levando-nos a agir de certa maneira e a prestar mais atenção a algumas coisas do que a outras (O'CONNOR e SEYMOUR, 1995; ANDREAS e FAULKNER, 1995).

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

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

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

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

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

Um modelo que se aplica à assistência em saúde é o de Dorothea Orem (BRÊTAS e GAMBA, 2006), que elaborou a **teoria do autocuidado**. Em sua concepção, o ser humano tem necessidade de se autocuidar e capacidade aprendida para tal, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Partindo de suas contribuições, podem ser aplicados os conceitos centrais que assim se apresentam em seu modelo:

- Ser humano (cliente, no caso da Estratégia Saúde da Família): indivíduo ou família que não é capaz de realizar o autocuidado necessário para si mesmo, ou para seus dependentes, a fim de manter a vida, recuperar-se da doença ou enfrentar seus efeitos;
- Ambiente: qualquer local em que a pessoa / família se encontre (UBS, residência, hospital) e no qual o profissional esteja presente;

- Saúde: habilidade de manutenção do autocuidado de acordo com as necessidades de conservação da vida, promoção da integridade estrutural, do crescimento e desenvolvimento humano;
- Assistência: um serviço prestado por profissionais, pelas capacidades adquiridas para agenciar o autocuidado para pessoas que apresentam incapacidades ou déficits assim como o autocuidado para si ou para seus dependentes.

A partir dos conceitos descritos, as ações decorrentes exigem a capacidade de reflexão e pensamento crítico, cujas fases são:

- **Reconhecer:** discernir sobre que resultados desejam; descobrir os recursos disponíveis para atingir os resultados desejados a partir das questões do indivíduo, da família, do grupo e da situação. Analisar, procurar evidências pela coleta de dados objetivos e subjetivos: lembrar as questões – **como isso acontece?**
- **Interpretar:** com base nos conhecimentos adquiridos, os profissionais deverão aproveitar ao máximo as interpretações uns dos outros, ou seja, procurar entender os conceitos e identificá-los naquela situação.
- **Responder:** conjuntamente deverão visualizar um único plano de ação e executá-lo, sempre usando raciocínio lógico, intervir observando os resultados, avaliando-os. Devemos lembrar que as correções são uma oportunidade para aprender algo que passou despercebido.

Gostaríamos de fazer aqui um intervalo para tentarmos refletir sobre o modelo de autocuidado na prática com um caso rotineiro, assim como os vários determinantes do Processo Saúde-Doença:

Jaqueline, 29 anos, demanda todos os dias a UBS por falta de ar e chiado no peito, além de dor de dente, apresenta úlcera irregular com exsudato cinza-amarelado na cavidade oral.

- **Contextualização:** moradora de rua e usuária de crack, vive com companheiro alcoólatra, passou a frequentar a UBS quase diariamente após o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o profissional de enfermagem terem ido visitá-los embaixo do viaduto. A equipe foi notificada pela vigilância epidemiológica, pois ambos passaram no pronto socorro e tiveram exames de escarro positivo para tuberculose.
- **Reconhecimento:** o fato de a cliente comparecer diariamente à UBS é positivo para a adesão ao tratamento; não julgá-la e respeitá-la como portadora de um agravo pode ser a chave do sucesso. Juntos, os profissionais devem colher todos os dados possíveis e discutir o caso e qual o resultado desejado.
- **Interpretação da equipe:** com base nos conhecimentos adquiridos, os profissionais deverão trazer sua contribuição específica e aproveitar ao máximo as interpretações uns dos outros.
- **Resposta:** deverão visualizar um único plano de ação e executá-lo, a fim de levar a moradora de rua à cura e ao seu autocuidado. Os encaminhamentos fazem parte dessas ações (ex.: ambulatório para dependentes de álcool e droga).

Conclusão

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

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

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

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

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

Referências

- ALBUQUERQUE, C.M.S.; OLIVEIRA C.P.F. **Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança**. Revista do ISP. 2002. Disponível em: [http://www.ipv.pt/millennium/Millennium25/25_27.htm] Acesso em: 30 novembro 2010.
- ALMEIDA, E.S.; CASTRO, C.G. J.; VIEIRA, C.A.L. **Distritos sanitários: concepção e organização**. Para gestores municipais de serviços de saúde. 2ª. ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 2002.
- BARROS, José Augusto C. **Pensando o processo Saúde-Doença: a que responde o modelo biomédico?** *Saude soc.* [online]. 2002, v. 11, n. 1, p. 67-84.
- BERLINGUER, G. A doença. *in* BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Projeto Promoção da Saúde. Distritos sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença. Brasília. Ministério da Saúde, 1986.
- BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.
- BUCK, C.; LLOPIS, A.; NAJERA, E.; TERRIS, M., eds. **El desafío de la epidemiología**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1988.
- CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**. 31 (2):209-213, 1997.
- DUBOS, R. **Man adapting**. New Haven: Yale University Press, 1980.
- EVANS, R.G.; STODDART G.L. Producing health, consuming health care. In: Evans R.G., Barer M.L., Marmor, T. R., editors. **Why are people healthy and others not: the determinants of health of populations**. p. 41-64. New York: Walter de Gruyter, 1994.
- EVANS, R.G.; STODDART G.L. **Consuming research, producing policy?** *American Journal of Public Health*; 93(3):371-379, 2003.

- FERRARA, F.A. et al. **Medicina de la comunidad**. Buenos Aires: Intermédia, 1972. 414 p.
- GAMBA, M.A.; TADINI, A.C.O. **Processo Saúde-Doença**. Mimeografado, 2010.
- GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO R.B. **Enfermagem e cultura e o processo Saúde-Doença**. São Paulo: Ícone, 2004.
- LEAVELL H.R.; CLARK E.G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (2); p. 335 - 342, 2007.
- O'CONNOR, J.; SEYMOUR, J. **Introducing neuro-linguistic programming: psychological skills for understanding and influencing people**. São Paulo: Summus, 1995.
- OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. **A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença**. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 34, n. 1, jan. 2000.
- SCHRAMM, F. R.; CASTIEL, L.D. **Health/disease process and complexity in epidemiology**. Cadernos de Saúde Pública. 1992, v. 8, n. 4, p. 379-390.