DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: PROCESSO SAÚDE DOENÇA

Lucila Amaral Carneiro Vianna
Revisão de Celso Zilbovicius, Daniel Almeida Gonçalves e Marília Louvison

SUMÁRIO

Apresentação 2
O processo saúde-doença e sua determinação social e histórica 2
Processo saúde-doença 6
Determinação social da saúde 6
O papel da equipe na atuação no processo saúde-doença 8
Conclusão 8
Referências 9

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: PROCESSO SAÚDE DOENÇA

APRESENTAÇÃO

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

O trabalho na Estratégia da 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 modificou-se através dos tempos, evidentemente a partir da evolução da tecnologia e dos avanços sócio-econômicos 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.

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL E HISTÓRICA

DOENÇA

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

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

CONCEITO DE SAÚDE

O QUE É SAÚDE?

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

(Créditos: Whologwhy) http://www.flickr.com/photos/hulagway/511638209 0/sizes/o/in/photostream/

Saiba mais...

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

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

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

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

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

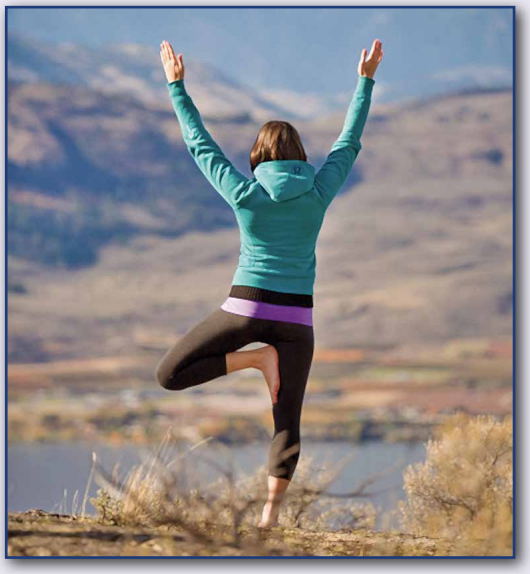
O plano **coletivo** expande ainda mais o entendimento sobre o PSa, que é encarado não como a simples soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente, mas sim como a expressão de um processo social mais amplo, que resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representados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

Destaque

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

A saúde é silenciosa, geralmente não a percebemos em sua plenitude; na maior parte das vezes apenas a identificamos quando adoecemos. É uma experiência de vida, vivenciada no 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 doença, se agem com determinada intensidade, se pesam em excesso ou faltam, se agem sem controle" . Essa relação é demarcada pela forma de vida dos seres humanos, pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Tal constatação nos remete à reflexão de o processo saúde-doença-adoecimento ocorrer de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade. (BERLINGUER in BRÊTAS; GAMBA, 2006).

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



http://www.flickr.com/photos/lululemonathletica/4457047403/sizes/o/in/photostream/ (Créditos: Lululemon Athletica)

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. 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 sócio-ambientais, vinculados à concepção dinâmica, tendo se

esboçado as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença. Com o advento da Bacteriologia, a concepção ontológica firmou-se vitoriosa e suas conquistas levaram ao abandono dos critérios sociais na formulação e no enfrentamento dos problemas de saúde das populações. Duas concepções têm marcado o percurso da medicina. (MYERS; BENSON. In: ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1992):

> A concepção fisiológica, iniciada por Hipócrates, explica as origens das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Esta medicina, segundo (idem), 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 outro lado, defende que as doenças são "entidades" exteriores ao organismo, que o invadem para se localizarem em várias das suas partes (ibidem). A concepção ontológica tem estado frequentemente ligada a uma forma de medicina que dirige os seus esforços na classificação dos processos de doença, na elaboração de um diagnóstico exato, procurando identificar os órgãos corporais que estão perturbados e que provocam os sintomas. É uma concepção redutora que explica os processos de doença na base de órgãos específicos perturbados (ibidem). Assume que a doença é uma coisa em si própria, sem relação com a personalidade, a constituição física ou o modo de vida do paciente. (DUBOS. In: ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 1980).

A teoria microbiana passa a ter, já nos fins do século XIX uma predominância de tal ordem que, em boa medida, fez obscurecer algumas concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que apontavam para os fatores de ordem socioeconômica, 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.

Com tudo, podemos observar a saúde em outro aspecto. Partindo da análise do conceito da saúde da OMS (1976), Ferrara (1976) e cols., 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 & cols., 2006).

Considerando o avanço do conhecimento na ocorrência e terapêutica das doenças, surgiram novos 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 de serviços de saúde, numa permanente inter-relação e interdependência. (GAMBA e TADINI, 2010).

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Muito se tem escrito sobre o Processo Saúde Doença, no entanto um novo instrumento intelectual para a apreensão da saúde e da doença deve levar em conta a distinção entre a doença, tal como definida pelo sistema da assistência à saúde e a saúde, tal como percebida pelos indivíduos. Ademais, deve incluir a dimensão do bem-estar, um conceito ainda mais amplo, no qual a contribuição da saúde não é a única e nem a mais importante. O sofrimento experimentado pelas pessoas, suas famílias e grupos sociais não corresponde necessariamente à concepção de doença que orienta os provedores da assistência, como os profissionais da Estratégia de 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 sócio-econômicas, de modo que menores rendas ou *status* social estão associados a uma pior condição em termos de saúde. Tal evidência constitui-se em um indicativo de que os determinantes da saúde estão localizados fora do sistema de assistência à saúde. (EVANS; STODDART, 2003; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Para Gadamer (1997), 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 idéia 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 doença.

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, 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.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Importante analisar o conceito de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população estão relacionados com sua situação de saúde. (Buss e Pellegrini Filho, 2007). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), estabelecida em 2006, os DSS são: "os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população". (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

As relações entre determinantes sociais e saúde consistem em estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores mais distais, sociais, econômicos e políticos e mais proximais relacionados diretamente ao modo de vida, sendo distintos os fatores que afetam a situação de saúde de grupos e de pessoas.

Segundo relatório da CNDSS (2008) a análise da situação de saúde compreende os seguintes itens:

"- Situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país: traça um panorama geral de referência para a análise da situação de saúde, descrevendo a evolução destes macrodeterminantes, particularmente nas últimas quatro décadas. Inclui dados sobre crescimento populacional, fecundidade, mortalidade, migrações, urbanização, estrutura do mercado de trabalho, distribuição de renda e educação;
- A estratificação socioeconômica e a saúde: apresenta a situação atual e tendências da situação de saúde no país, destacando as desigualdades de saúde segundo variáveis de estratificação socioeconômica, como renda, escolaridade, gênero e local de moradia;
- Condições de vida, ambiente e trabalho: apresenta as relações entre situação de saúde e condições de vida, ambiente e trabalho, com ênfase nas relações entre saneamento, alimentação, habitação, ambiente de trabalho, poluição, acesso à informação e serviços de saúde e seu impacto nas condições de saúde dos diversos grupos da população.
- Redes sociais, comunitárias e saúde: inclui evidências sobre a organização comunitária e redes de solidariedade e apoio para a melhoria da situação de saúde, destacando particularmente o grau de desenvolvimento dessas redes nos grupos sociais mais desfavorecidos;
- Comportamentos, estilos de vida e saúde: inclui evidências existentes no Brasil sobre condutas de risco como hábito de fumar, alcoolismo, sedentarismo, dieta inadequada, entre outros, segundo os diferentes estratos socioeconômicos da população.
- Saúde materno-infantil e saúde indígena: por sua importância social e por apresentarem necessidades específicas de políticas públicas, são dedicadas seções especiais sobre saúde materno-infantil e saúde indígena."

Vários modelos foram propostos para estudar os determinantes sociais e a trama de relações entre os diversos fatores estudados através desses diversos enfoques. Um adotado pela CNDSS é o modelo de Dahlgren e Whitehead que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Finalmente, no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas. (BRASIL, 2008).

_Fig. 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

A análise dos determinantes sociais de saúde nos permite intervenções no sentido de ampliar políticas púbicas que possam reduzir as iniquidades, desigualdades consideradas injustas, e avançar para políticas de saúde com mais equidade.

Para além do conceito epidemiológico de determinantes sociais de saúde como fatores de risco, é necessário ainda, compreender a determinação social da saúde como um conceito mais ampliado e politicamente construído que envolve a "caracterização da saúde e da doença mediante fenômenos que são próprios dos modos de convivência do homem, um ente que trabalha e desfruta da vida compartilhada com os outros, um ente político, na medida em que habita a polis, como afirmava Aristóteles". (PASSOS NOGUEIRA, 2010).

O PAPEL DA EQUIPE NA ATUAÇÃO NO PROCESSO SAÚDE DOENÇA

"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 preciso fundamentalmente contribuir com a autonomia dos sujeitos no sentido de que cada um seja protagonista de sua produção de saúde.

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

Ao prestar a assistência ao indivíduo, à família ou à comunidade há que se considerar quem é ou quem são os usuários, como se apresentam na situação de necessidade de saúde, seus direitos, deveres, valores e prerrogativas. O ser humano é complexo e não há como abranger sua totalidade por uma única definição. Mesmo que se considere a pessoa um ser biopsicossocial e espiritual, não se consegue expressar toda 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 de 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, 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. e assim, uma infinidade de exemplos.

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

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

Para qualquer ação, por mais simples que seja, temos em mente dar resposta às questões já vistas anteriormente: o que é, para quem, como, quando e onde será realizada a ação. 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. Isso faz toda a diferença quando organizamos nossos serviços voltados às necessidades das pessoas que vivem no território onde atuamos e temos a produção de saúde e de cuidado como foco de nosso trabalho.

CONCLUSÃO

Segundo Brêtas e Gamba (2006), por mais que se pense a saúde na dimensão do coletivo, é o ser humano que adoece 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, consequentemente, 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 S. in: BRÊTAS; GAMBA, 2006).

Importante compreender os limites da esfera pública e privada e em nome da educação em saúde e não construirmos práticas autoritárias e prescritivas que, ao invés de produzir autonomia, acabam reduzindo-a. As escolhas são sempre individuais e, desde que não prejudiquem o coletivo, devem ser sempre respeitadas.

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 (idem).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. **Saúde e doença**: significações e perspectivas em mudança. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm>. Acesso em: 06 nov. 2017.

BERLINGUER. **A doença**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1988, in BRETAS, A C. P. e GAMBA, M. A. Enfermagem e saúde do adulto. org. São Paulo, Manole, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Projeto Promoção da Saúde. Distritos Sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde–doença. Brasilia, 1986. p.11-13.

BRETAS, A C. P. e GAMBA, M. A. E**nfermagem e saúde do adulto**. org. São Paulo, Manole, 2006.

BUCK, C.; LLOPIS, A.; NAJERA, E.; TERRIS, M. (eds). **El desafío de la epidemiología**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1988. Pp. 18–19.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. In **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: **Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS)**. 2008.

CANGUILHEM G.O.; CAPONI S. **O normal e o patológico**. 4ed. Rio de Janeiro, Forence Universitária, 1995, in Enfermagem e saúde do adulto. Org.Ana Cristina Passarella Brêtas A. e Monica Antar Gamba. São Paulo, Manole, 2006.

CAPONI S. A saúde como abertura ao risco. In: Czerina D., Freitas, CM org. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. in **Enfermagem e saúde do adulto**. Org.Ana Cristina Passarella Brêtas A. e Monica Antar Gamba. São Paulo, Manole, 2006.

EVANS, R.G.; STODDART, G.L. Producing health, consuming health care. **Soc SciMed** 1990;31(12):1347-63.

EVANS, R.G.; STODDART, G.L. Consuming research, producing policy? **Am J Public Health**. 2003 Mar;93(3):371-9.

FERRARA, F. et. al, **Medicina de la comunidad**. 2ed. Buenos Aires, Intermédica, 1976.

GADAMER, H. G. O caráter oculto da saúde. **Revista Vozes**, São Paulo, p. 100-176, 2006.

GAMBA, M. A;. TADINI, A. C. **Processo saúde doença**. 2010.

GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. Enfermagem, cultura e o processo saúde doença. São Paulo: Ícone, 2004.

MYERS; BENSON. In: **Saúde e doença**: significações e perspectivas em mudança. Carlos Manuel de Sousa Albuquerque e Cristina Paula Ferreira de Oliveira. 1992.

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

NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

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

Organizacíon Mundial de La Salud. **Documentos básicos**. 26 ed. Ginebra, OMS, 1976.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.