

PREVENÇÃO DE AGRAVOS, PROMOÇÃO DA SAÚDE E REDUÇÃO DE VULNERABILIDADE.

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres*

SUMÁRIO DO CAPÍTULO:

I. Interação entre saberes, integração entre ações

I.1. Desenvolvimento e fundamentos do modelo de História Natural da Doença

I.2. O modelo de História Natural da Doença

I.2.1. Período Pré-patogênico

I.2.1.a) Agente

I.2.1.b) Hospedeiro

I.2.1.c) Meio

I.2.2. Período patogênico

I.2.2.a) Período patogênico pré-clínico

I.2.2.b) Período patogênico clínico

I.2.3. Desfecho

I.3. Níveis de prevenção

I.3.1. Prevenção primária

I.3.1.a) Promoção da saúde

I.3.1.b) Proteção específica

I.3.2. Prevenção secundária

I.3.2.a) Diagnóstico precoce e tratamento imediato

I.3.2.b) Limitação de incapacidade

I.3.3. Prevenção terciária

I.4. Ações de prevenção e prática médica

II. Uma nova promoção da saúde

II.1. Origens da nova promoção da saúde

II.2. Princípios da nova promoção da saúde

II.3. Perspectivas atuais e desafios da nova promoção da saúde

III. Vulnerabilidade e o desafio da prevenção e promoção da saúde

III.1. Origens do conceito de vulnerabilidade

III.2. Os estudos de vulnerabilidade

III.2.1. Dimensão individual da vulnerabilidade

III.2.2. Dimensão social da vulnerabilidade

III.2.3. Dimensão programática da vulnerabilidade

III.3. Práticas de redução de vulnerabilidade

IV. Considerações finais

* Médico sanitarista, Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

I. INTERAÇÃO ENTRE SABERES, INTEGRAÇÃO ENTRE AÇÕES.

Imagine que você está em uma unidade básica de saúde de uma grande cidade brasileira e se vê diante de um paciente adulto jovem, que você vê pela primeira vez, e que lhe relata história de emagrecimento, anorexia, astenia, febre vespertina e tosse há cerca de um mês. Em qual doença você pensará imediatamente? Tuberculose pulmonar, *naturalmente*. Suponha que as demais informações que você obtém na anamnese e no exame físico reforçam esta hipótese e você quer confirmá-la com um exame complementar. Em qual exame você pensará? Na pesquisa de um bacilo álcool-ácido resistente no escarro do paciente, *naturalmente*. Então você encontra o Bacilo de Koch e confirma sua hipótese. Sabe, *naturalmente*, que há drogas e posologias indicadas para o caso. Mas você precisa também localizar, a partir deste “caso-índice”, outras pessoas com **risco** aumentado para a mesma doença. Qual o local que primeiro pensa visitar? O domicílio do paciente, *naturalmente*. Chegando lá, além de buscar diagnosticar outros possíveis doentes, você, *naturalmente*, fará um conjunto de recomendações – evitar contacto muito íntimo com o paciente até que a medicação comece a fazer efeito, iluminar com luz solar e arejar ao máximo possível os ambientes domésticos, cuidar da adesão do doente ao tratamento, ver que o doente não sofra restrições desnecessárias ou discriminações evitáveis, baseadas em medos, preconceitos e estigmas ainda associados à tuberculose etc. Assim como foram utilizados para o manejo do caso hipotético, os mesmos conhecimentos seriam também inevitavelmente necessários se fosse preciso planejar e executar ações de caráter coletivo para o controle da tuberculose, como educação em escala populacional, rotinas de vacinação, estratégias de detecção precoce, organização de serviços, padronização de condutas etc.

Contudo, apesar de lembradas “naturalmente” e fazerem parte do cotidiano de nossas práticas de saúde, as inferências, decisões e ações acima citadas nada têm de naturais. Na verdade, embora automatizadas por uma sólida credibilidade e pelo uso freqüente, elas têm por base diversos saberes especializados, observações empíricas sistemáticas e hipóteses formuladas e testadas por uma ampla gama de disciplinas científicas. São exemplos a anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia, imunologia, clínica médica, **epidemiologia**, estatística, sociologia, antropologia, psicologia, educação, ética etc. Com efeito, numerosos e diversificados campos disciplinares interagem para compor as sínteses que utilizamos no dia-a-dia profissional em relação a como se originam, manifestam e progridem os casos de uma doença em

indivíduos e populações. Esses quadros sintéticos servem-nos não apenas como recurso diagnóstico e prognóstico, mas nos orientam também em relação a quando, o quê, como e quanto fazer para fortalecer nossa saúde, prevenir agravos, tratá-los precoce e adequadamente e nos recuperar o melhor possível de seus impactos negativos. Essas sínteses, que estão sempre orientando a produção de conhecimentos e de intervenções em saúde, mesmo quando não nos apercebemos delas, receberam, em meados do século XX, uma sistematização conceitual bastante influente: o chamado modelo da **História Natural da Doença (HND)**. Busquemos compreender esse conceito a partir de um breve exame de sua gênese histórica.

I.1. DESENVOLVIMENTO E FUNDAMENTOS DO MODELO DE HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA.

O desenvolvimento do modelo de **HND** está relacionado com um conceito bastante relevante na conformação da **epidemiologia** moderna, no início do século XX: o conceito de *constituição epidêmica*¹.

A noção de “**constituição epidêmica**” foi criada originalmente por Hipócrates (460-379 A.C.) e reaproveitada no século XVII pelo célebre médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689). Esse termo, até Sydenham, referia-se a um conjunto de condições chamadas “atmosférico-cósmico-terrestres” que determinava que algumas doenças se tornassem mais prevalentes em dados locais e épocas e que assumissem, nessas circunstâncias, certas características específicas – serem mais ou menos severas; terem sinais e sintomas mais exacerbados ou atenuados etc. O conceito ficou praticamente esquecido por cerca de 200 anos até que, no início do século XX, seguindo a linha da chamada “Patologia Geográfica e Histórica”, do médico alemão August Hirsch (1817-1894), o conceito foi retomado por médicos epidemiologistas da Royal Society of Medicine, de Londres, especialmente por Charles Creighton (1847-1927). Esse grupo de epidemiologistas viram no conceito de constituição uma forma de estudar, agora em conformidade com os progressos das ciências modernas, o conjunto de aspectos que determinavam o comportamento epidêmico das doenças, método que denominaram de “história natural da doença”².

O interesse do conceito de **constituição epidêmica** em sua versão contemporânea foi que, por seu intermédio, passou-se a relacionar o comportamento das doenças às observações sobre as diversas condições do meio ambiente, com base na compilação exaustiva, inter-relação e comparação sistemática de dados relativos a lugares, épocas, estações do ano, características geográficas, características populacionais etc.³.

Assim, apesar de polêmico em sua época,⁴ esse conceito teve o mérito de impulsionar a **epidemiologia** como uma ciência singular, delimitando a especificidade de seu campo de conhecimento em

relação ao de outras disciplinas bem próximas, como a bacteriologia e a estatística médica. Ao mesmo tempo, iniciou um produtivo diálogo entre esta e outras diferentes ciências.^{5,6} Isto porque, de um lado, as investigações sobre as **constituições epidêmicas** demonstravam que os agentes infecciosos, privilegiados na explicação de fenômenos epidêmicos desde o advento da bacteriologia, nos anos 1870, eram elementos necessários mas não suficientes para explicar o comportamento **epidemiológico** das doenças. De outro lado, indicavam a relevância de integrar diversas áreas de saber para produzir um conhecimento mais efetivo sobre as características de incidência, prevalência, distribuição, morbidade e mortalidade das doenças. À medida que foi sendo explorado, o conceito de **constituição epidêmica** foi sendo criticado e transformado, até ser completamente substituído pela noção atual de **HND**, nos anos 1950.⁷

Impulsos relevantes para a sistematização do conceito de **HND**, na forma como o conhecemos hoje, foram dados pelo movimento da Medicina Social inglesa.^{8,9} Nas vertentes mais ligadas à clínica médica, destaca-se o trabalho de John Alfred Ryle (1889-1950), a partir da década de 30. Ryle trouxe contribuições decisivas ao movimento de diálogos **interdisciplinares** em saúde ao incorporar o conceito de **HND** ao raciocínio diagnóstico e prognóstico da clínica, considerando aí não apenas a dimensão física do corpo e do ambiente, mas também os *aspectos sociais e psicológicos* do adoecimento. Além disso, sustentou que o papel da medicina não é apenas tratar e prevenir doenças, mas criar condições favoráveis à saúde.¹⁰ Nas vertentes da epidemiologia e da saúde pública, foi na London School of Hygiene and Tropical Medicine que os principais avanços foram efetuados, especialmente através de Jerry Morris, o qual destacou que a apreensão da história natural das doenças era uma das importantes tarefas da epidemiologia.¹¹ Foi, porém, nos Estados Unidos que foram dados passos mais significativos rumo ao conceito atual de **HND**.

Dois médicos atuantes em universidades norte-americanas foram fundamentais no desenvolvimento do conceito de **HND**. William Harvey Perkins (1894-1967), professor de medicina preventiva na Tulane University of Louisiana, definiu a história natural das doenças como cadeias causais resultantes das interações entre o meio ambiente, agentes agressores de diversas naturezas, inclusive sociais e psicológicas, e o organismo humano. Com base nesta concepção, defendeu e sistematizou a proposta de que se devia ampliar a investigação etiológica para períodos prévios e espaços exteriores aos processos anátomo-fisiopatológicos e de que ações de **prevenção** fossem desenvolvidas ao longo de todo esse processo, desde os fatores causais relacionados à doença até os diferentes momentos do seu curso clínico.¹² John E. Gordon, professor de medicina preventiva e epidemiologia da Harvard School of Public Health, introduz o conceito

de “tríade ecológica”, ressaltando as mútuas e dinâmicas interações entre os aspectos causais das doenças, e classifica analiticamente esses aspectos em fatores relativos ao hospedeiro, agente e meio. Essas proposições influenciaram fortemente Edwin Gurney Clark, professor de **epidemiologia** da Faculty of Medicine da Columbia University, e Hugh Rodney Leavell, seu parceiro intelectual, também da Harvard School of Public Health, que propuseram em 1953 o modelo de **HND** que se tornaria a referência definitiva no assunto.¹⁴

Leavell e Clark defendem, em primeiro lugar, a superação dos limites disciplinares entre clínica médica e saúde pública e entre medidas curativas e preventivas. A perspectiva da **prevenção**, segundo esses autores, deve estar presente em todos os momentos em que for possível algum tipo de intervenção que evite adoecimento ou suas conseqüências, compondo diferentes **níveis de prevenção (NP)**, desde transformações de condições ambientais e sociais que predisponham ao surgimento das doenças até a redução dos seus piores efeitos sobre aqueles que já adoeceram. Para sustentar essas posições, adotam a tese da **multicausalidade** das doenças. Segundo esta tese, o conhecimento e intervenção sobre os **determinantes** das doenças exige uma construção **interdisciplinar**, com contribuições das ciências biomédicas e das ciências humanas, sob a mediação do **método epidemiológico** e das técnicas de análise estatística.

No Brasil, o conceito de Leavell & Clark sobre **História Natural da Doença e Níveis de Prevenção (HND/NP)** chegou nos anos 1970, por meio de seminários organizados pela Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde.¹⁵ Passo decisivo para sua difusão foi a publicação do livro texto de Leavell & Clark em português, em tradução de Cecília Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Ramos, professores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.¹⁶

Nesta época, o Brasil, como a América Latina de modo geral, vivia uma saúde pública marcada por forte politização, com a resistência às ditaduras militares, o combate às desigualdades sociais e de saúde e sob a forte influência das idéias de medicina social.¹⁷ Nesse contexto, o modelo de **HND/NP** foi objeto de severa crítica. O conceito passou a ser questionado quanto às limitações no modo como a **multicausalidade** e os **determinantes** sociais e políticos eram (mal) incorporados ao modelo.¹⁸

A começar pela expressão **História Natural da Doença**. É possível falar de história “natural” dos **processos saúde-doença**? O próprio modelo não quer justamente apontar para o fato de que as doenças não são fenômenos naturais? O modo como os grupamentos humanos organizam *socialmente* sua vida não altera o que seria um curso natural, já que as diferentes formas de **organização social** estão implicadas na determinação de quem, como, quando e quanto adoece? De outro lado, a ocorrência e evolução desses

processos não dependem também das formas como essas sociedades interferem *tecnicamente* sobre o adoecimento, ao desenvolverem e utilizarem saberes e instrumentos para preveni-los e tratá-los? Ainda em relação à **multicausalidade**, é possível tratar aspectos como virulência de um agente infeccioso e nível sócio-econômico dos hospedeiros, por exemplo, como fatores com mesmo peso no **modelo causal**? É possível definir um modelo de **HND** válido para qualquer tempo e lugar?

Apesar dos seus limites, o modelo de **HND/NP**, com adaptações e aperfeiçoamentos, acabou por ser definitivamente incorporado à medicina e à saúde pública no mundo e no Brasil, e tem sido amplamente utilizado para a sistematização de conhecimentos, para a organização de ações preventivas em programas e serviços de saúde e para o ensino das relações entre **epidemiologia**, **prevenção** e **promoção da saúde** na formação de profissionais em diferentes áreas do campo da saúde.^{19,20,21}

[QUADRO 1]

1.2. O MODELO DA HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS.

Compreendido o sentido geral do conceito de **HND/NP**, vejamos agora como o seu modelo teórico está estruturado e como fundamenta ações como as exemplificadas no início deste capítulo. Para isso, um primeiro aspecto que precisa ser considerado é que se trata de um *esquema conceitual*, isto é, uma sistematização simplificada de um conjunto de elementos e suas relações em interações dinâmicas. Como todo esquema, o modelo **HND/NP** é uma representação grosseira da complexidade real dos fenômenos, mas que tem a vantagem de orientar uma propedêutica especificamente voltada para identificar oportunidades e ações de **prevenção**, seja no plano individual, seja no de coletividades. Em segundo lugar, deve ficar claro que, na sistematização do modelo que apresentaremos, não vamos nos ater à estrita reprodução do modo como o formularam seus primeiros propositores. Para maior simplicidade e fluidez da discussão, os aperfeiçoamentos, complementações, enriquecimentos de conteúdos e formas que foram sendo incorporados ao modelo, sem modificá-lo substancialmente, serão incluídos em nossa sistematização. As construções conceituais e práticas relacionadas à **prevenção** que introduziram mudanças mais significativas serão discutidas à parte, nas seções II e III deste capítulo.

Conforme pudemos observar no desenvolvimento do conceito de **HND/NP**, há um conjunto fundamental de concepções que conformaram o modelo (Quadro 1) e que o sustentam até nossos dias.

Tomando essas concepções como pressupostos, o esquema **HND/NP** permite distinguir analiticamente dois períodos envolvidos na gênese e desenvolvimento dos adoecimentos: o período pré-patogênico, que se refere aos **determinantes** que potencializam o surgimento da doença, e o período patogênico, que diz respeito às evoluções possíveis da doença em curso. No período pré-patogênico, distinguimos três grupos de fatores **determinantes**: fatores relativos ao agente; fatores relativos ao hospedeiro e fatores relativos ao meio. No período patogênico distinguimos quatro fases de evolução: a patogenia inicial, ou período de alterações pré-clínicas; a patologia precoce, após a doença transpor o horizonte clínico, isto é, após o aparecimento de sintomas e/ou sinais perceptíveis à observação comum; a doença avançada, quando a síndrome e as alterações morfo-funcionais mais características da doença já estão plenamente instaladas; e o desfecho, isto é, o modo como o processo de adoecimento se resolve ou estabiliza. Examinemos mais de perto esses componentes do modelo, começando pelo período pré-patogênico.

1.2.1. Período Pré-Patogênico.

Quando nos ocupamos da **HND** de uma doença, a primeira tarefa é buscar identificar um conjunto de aspectos que podem estar relacionados à sua ocorrência, isto é, à sua determinação – agente(s) etiológico(s), condições predisponentes, facilitadoras, protetoras etc. Este componente do modelo refere-se ao momento em que ainda não há doença instalada em indivíduos e populações, mas às condições para que ela venha a ocorrer e que, portanto, devem ser controladas. Para identificar essas condições, uma série de disciplinas é chamada a trazer contribuições. Entre os diversos tipos de conhecimento, contudo, não resta dúvida de que um papel absolutamente essencial é atribuído à **epidemiologia**. Isto porque as técnicas de **investigação epidemiológica** permitem identificar a associação entre os mais diversos eventos de interesse para a saúde, examinando a possibilidade destas associações terem um sentido **causal**. Assim, dada uma doença cuja **HND** se busca conhecer, é a **epidemiologia**, fundamentalmente, que vai identificar entre os aspectos estudados pelas diversas disciplinas aqueles que, por critérios probabilísticos, lógicos e segundo a plausibilidade frente ao conjunto dos conhecimentos disponíveis, podem ser considerados efetivamente relacionados à determinação e evolução da doença.

Como dissemos acima, os diversos aspectos **causalmente** relacionados à doença no modelo de **HND/NP** estão organizados, para fins propedêuticos, em três grupos: agente, hospedeiro e meio. Na prática, esses fatores se confundem e estão mutuamente implicados. Algumas vezes um dado agente só se torna

agressor em função de certo modo do hospedeiro reagir a ele – lembremo-nos, por exemplo, dos portadores assintomáticos; outras vezes um fator atribuído ao hospedeiro pode ser, na verdade, melhor explicado se olharmos para o meio em que ele vive – por exemplo, um comportamento alimentar que produz distúrbios nutricionais, que podemos interpretar como um estilo pessoal, que na verdade pode obedecer a fortes coerções culturais ou limitações econômicas do **meio social** em que o indivíduo vive; ou ainda a situação em que o hospedeiro age sobre seu meio gerando o agente que será seu agressor – como no caso da transformação do ambiente nas grandes cidades com a emissão de poluentes aéreos que aumentam a morbidade e mortalidade por doenças respiratórias e cardiovasculares.

I.2.1.a. Agente.

Este grupo de fatores refere-se aos elementos externos ao organismo humano que, ao interagirem com ele, podem provocar algum dano ou perturbação. O termo, que nas primeiras formulações de história natural referia-se basicamente a agentes infecciosos, passou progressivamente a indicar um espectro mais amplo de fatores – substâncias químicas, toxinas, radiação, temperaturas extremas, alterações na qualidade do ar, violência, acidentes etc.

I.2.1.b. Hospedeiro.

Este segundo grupo refere-se a aspectos relacionados à suscetibilidade dos indivíduos humanos aos agentes agressores. Refere-se à herança genética, traços congênitos, sexo, idade, estado nutricional, condicionamento físico, atividade de trabalho, atividades de descanso e lazer, vida sexual, características pessoais de sociabilidade, padrão alimentar, uso de cigarro, álcool ou outras substâncias químicas (psicoativas, farmacológicas, cosméticas), práticas de auto-cuidado, grau de instrução, características cognitivo-intelectuais, características psico-emocionais, história patológica pregressa, estado de saúde atual etc. Esse amplo conjunto de aspectos, na totalidade que conformam em cada indivíduo e no grau e modo como se distribuem em termos familiares, comunitários e populacionais, são de fundamental importância para o conhecimento de quanto, como e quando determinados fatores identificados como agentes agressores podem provocar dano ou perturbação da saúde.

1.2.1.c. Meio.

Este grupo diz respeito ao ambiente que coloca em contacto os agentes agressores e seus potenciais hospedeiros. Nas primeiras formulações da **HND**, mais próximas à noção de **constituição epidêmica**, esse grupo de fatores se referia fundamentalmente a aspectos ambientais em um sentido mais restrito, seja como um conjunto bem definido de condições climáticas, topográficas e sócio-estruturais (tipo de ocupação do espaço urbano e domiciliar, composição e dinâmica demográfica e familiar, condições médico-sanitárias da população), seja como veículo de transmissão de um agente infeccioso (água, ar, alimentos, vetores). A partir das contribuições da medicina social, mas especialmente após os anos 50, passou-se a admitir um sentido mais amplo de meio, incorporando-se às análises aspectos tais como desenvolvimento econômico, padrões culturais (valores e normas sociais), modo de vida (urbano, rural), condições de trabalho, alimentação etc.

O conhecimento dos aspectos relativos ao agente, hospedeiro e meio é, como pode ser visto, fundamental para a **prevenção**. Quanto melhor os conhecermos maior será nossa chance de intervir positivamente, evitando a ocorrência de agravos e favorecendo modos de vida mais saudáveis. Contudo, as oportunidades de **prevenção** não se encerram aí e, portanto, a necessidade de saberes **interdisciplinares** também não se esgota no período pré-patogênico. Mesmo naquelas populações e indivíduos já afetados por algum dano ou perturbação à sua saúde, um conhecimento acurado sobre os processos patológicos e suas possibilidades de evolução e desfecho pode favorecer uma intervenção que restabeleça da melhor forma possível a saúde ou reduza seus danos individuais e coletivos. Por isso, o modelo de **HND** define um segundo componente de sistematização de conhecimentos o chamado “período patogênico”.

I.2.2. Período Patogênico

Como o nome indica, neste componente do esquema trata-se de inventariar, produzir e relacionar conhecimentos sobre um processo patogênico em toda sua extensão e dimensões, desde as primeiras transformações funcionais e morfológicas até seus possíveis desfechos. Nesta perspectiva, o modelo de **HND** distingue ainda dois sub-componentes. No primeiro já existe algum tipo de alteração patológica em curso, mas ainda sem expressão clínica (período patogênico precoce). No segundo, a doença já é perceptível pelo indivíduo afetado ou por terceiros, com sinais e sintomas que caracterizam um quadro clínico (patologia precoce). Divide esses dois períodos o chamado “horizonte clínico”, que, uma vez ultrapassado, muda

substantivamente o modo como o processo patológico é experimentado pelas pessoas e trabalhado nas práticas de saúde.

1.2.2.a. Período Patogênico Pré-Clínico.

Este sub-componente, como vimos, diz respeito às alterações celulares, teciduais e funcionais que ocorrem nos organismos afetados por uma doença antes de se produzirem sinais ou sintomas positivamente observáveis. Antes de ultrapassar o *horizonte clínico*, um processo patogênico instalado já conduz a uma nova condição as relações entre um organismo individual e suas interações com o meio, com outros indivíduos, com agentes de outras doenças. Do ponto de vista da evolução clínica do caso individual ele é de crucial importância, pois os eventos ocorridos neste momento podem determinar diferentes condições de reação, reversão, adaptação e recuperação no processo de adoecimento, com repercussões sobre o grau de comprometimento morfo-funcional do organismo, sobre o sofrimento físico e mental do doente e seus circundantes, sobre custos de diferentes ordens com o tratamento e/ou reabilitação e, claro, sobre o prognóstico. Mas também do ponto de vista **epidemiológico** o conhecimento desta etapa da **HND** é fundamental. Processos patogênicos precoces são períodos nos quais pode ocorrer a transmissão de agentes infecciosos sem que o saibamos, retardando a interrupção da cadeia de transmissão.

Em algumas doenças conhecidas, parte dos indivíduos acometidos evolui desta fase de patogenia precoce para uma resolução do problema sem ultrapassar o horizonte clínico, isto é, progride espontaneamente para a remissão ou o controle total da doença. Entre os inúmeros exemplos, temos a grande maioria dos que entram em contacto com o bacilo da tuberculose e desenvolvem apenas alterações patogênicas locais, contendo o agente com uma reação tecidual que impede a progressão da doença. É possível também que haja uma série de reações patogênicas a agentes que podemos até desconhecer pelo fato de não produzirem sinais e sintomas. Parte expressiva das doenças que conhecemos, contudo, levarão certo contingente de pessoas acometidas a apresentarem alterações patológicas que ultrapassam o horizonte clínico, com cursos mais ou menos típicos, representados no segundo componente do período patogênico.

1.2.2.b. Período Patogênico Clínico.

Abrangendo as fases que Leavell e Clark chamavam de “lesões precoces” e “doença avançada”, este momento do esquema procura identificar a síndrome característica de uma doença, com os sinais e sintomas

mais frequentes e seus possíveis desdobramentos clínicos. Os conhecimentos **epidemiológicos**, clínicos, fisiopatológicos, imunológicos etc, continuam concorrendo aqui para formar um quadro que permita reconhecer melhor e intervir mais rapidamente sobre as diferentes doenças, suas variantes, suas respostas às diferentes formas de intervenção terapêutica, sejam químicas, físicas, cirúrgicas etc. Como vimos logo ao início deste capítulo, a simples presença de certo conjunto de sinais e sintomas pode nos levar à hipótese diagnóstica de uma doença que tenha sua história natural bem conhecida. Em algumas situações de prática, nas quais não se disponha de exames complementares, a síndrome característica de uma doença pode ser a única e preciosa ferramenta de que se dispõe para o diagnóstico.

I.2.3. Desfecho

Claro que toda doença caminhará para algum desfecho. Como vimos, ela pode evoluir das primeiras reações orgânicas diretamente para a remissão ou controle. Uma segunda situação possível é que, mesmo havendo a evolução para um quadro sintomático, um processo patogênico pode caminhar para a remissão completa. Lembremo-nos, por exemplo, da quantidade de vezes que ficamos resfriados ao longo da vida, com completa recuperação. Mas há ainda outras possibilidades de desfecho no curso de uma doença. Evoluir para remissão, mas deixar seqüelas é uma delas. Evoluir para a cronificação é outra. Neste caso, não há remissão ou controle total da doença, mas ela segue como uma condição disfuncional que pode exigir cuidados para o resto da vida. Por fim, há o desfecho mais temido: o óbito. Conhecer a letalidade de uma doença, as condições de sua ocorrência e a frequência e características de sua distribuição populacional é também tarefa de relevância prática no conhecimento da **HND**.

I.3. NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

Leavell e Clark articularam ao modelo de **HND** a sistematização das diferentes oportunidades de **prevenção** que se abrem a cada momento da evolução de uma doença.

Agrupam, então, as ações de **prevenção** segundo três fases, correspondentes a cada um dos períodos de evolução da doença definidos no modelo de **HND**, conforme representado na Figura 1 abaixo. Essas três fases da **prevenção** – primária, secundária e terciária – admitem ainda subdivisões internas, a partir das quais definem-se cinco **níveis de prevenção**.

[FIGURA 1]¹⁴

I.3.1. Prevenção Primária

A **prevenção** primária refere-se a ações relacionadas aos **determinantes** de adoecimentos ou agravos que incidem sobre indivíduos e comunidades de modo a buscar impedir os processos patogênicos antes que eles se iniciem. Refere-se, portanto, ao período pré-patogênico do modelo da **HND**, e diz respeito a ações voltadas à intervenção sobre os agentes patógenos e seus vetores, sobre os hospedeiros, ou indivíduos e comunidades, e sobre o meio que os expõe a esses patógenos.

A **prevenção** primária subdivide-se, por sua vez, em dois níveis: a **promoção da saúde** e a **proteção específica**. Os limites entre estes dois níveis, como aliás entre os diversos componentes do modelo de **HND/NP**, é relativamente arbitrário, pois na vida real os aspectos que isolamos analiticamente estão completamente interpenetrados e são mutuamente dependentes.

I.3.1.a. Promoção da Saúde.

Esse primeiro nível de **prevenção** refere-se, como apontado acima, a ações que incidem sobre melhorias gerais nas condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades, beneficiando a saúde e a qualidade de vida de modo geral, obstaculizando um grande número de diferentes processos patogênicos. Saneamento básico, com distribuição de água potável e esgotamento sanitário; disposição e coleta de lixo adequadas; boas condições de moradia, nutrição, trabalho e transporte; acesso a serviços, informações e insumos em educação, saúde, lazer e cultura; controle da qualidade do ar, do nível de ruído, da radiação e de outras fontes de poluição ambiental; regulação dos espaços públicos em relação à segurança quanto a acidentes e violências; promoção e proteção dos direitos humanos são exemplos de ações de promoção da saúde que, ao longo do tempo, foram sendo incorporados às práticas de **prevenção**.

I.3.1.b. Proteção Específica.

Este nível de **prevenção** também se refere a ações que incidem no período pré-patogênico, isto é, ações que querem se antecipar à instalação dos processos patogênicos. A diferença é que aqui as ações são dirigidas a grupos específicos de **processos saúde-doença**. As ações de **proteção específica** também podem ser dirigidas primordialmente ao agente, ao hospedeiro ou ao meio.

O exemplo clássico de ação preventiva para **proteção específica** é a vacinação, ação que imuniza os suscetíveis contra um agente infeccioso, reduzindo as chances de que, ao entrar em contacto com esse

agente, os indivíduos sejam infectados, adoeçam, ou desenvolvam formas graves da doença. Há um conjunto de vacinas que são recomendadas rotineiramente e outras que podem ser necessárias apenas para grupos específicos, como a vacina de febre amarela para quem vive em área endêmica ou que viajará a área endêmica, ou situações específicas, como campanhas de vacinação para conter surtos ou epidemias de doença meningocócica.

Outra ação de **proteção específica** voltada para agentes infecciosos é a quimioprofilaxia, como a prescrição de izoniazida a alguns contactantes de pacientes com tuberculose pulmonar, ou rifampicina para os contactantes de doença meningocócica, ou de AZT para recém-nascidos de mães infectadas pelo HIV etc.

Podemos ainda citar como exemplos de medidas de **proteção específica**, o combate aos criadouros domiciliares do *aedes aegypti* para o controle da dengue; o controle biológico das larvas dos *anopheles* para a **prevenção** da malária; a fluoração da água para o combate à cárie dentária; adição de iodo ao sal para combate do bócio endêmico; a distribuição de camisinhas para a **prevenção** das doenças sexualmente transmissíveis; fornecimento de material de injeção descartável a usuários de drogas para reduzir a transmissão de aids e hepatites; controle de bancos de sangue para prevenir doenças transmitidas por sangue e hemoderivados; medidas ergonômicas no ambiente de trabalho para reduzir a ocorrência de acidentes; obrigatoriedade do uso do cinto de segurança para redução de morbi-mortalidade em acidentes de trânsito; adoção de legislação punitiva específica para coibir a violência doméstica; dentre tantas outras.

I.3.2. Prevenção Secundária.

A **prevenção** secundária atua já no período patogênico, isto é, nas situações onde o **processo saúde-doença** já está instaurado. Ela visa, fundamentalmente, dois objetivos. Um deles é propiciar a melhor evolução clínica para os indivíduos afetados, conduzindo ao máximo o processo para os melhores desfechos, de preferência evitando a transposição do horizonte clínico ou, pelo menos, minimizando a sintomatologia. O outro é interromper ou reduzir a disseminação do problema a outras pessoas. Para atingir esses objetivos, são definidos também dois **níveis de prevenção** de fase secundária.

I.3.2.a. Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato.

As medidas de **diagnóstico precoce** e tratamento imediato, como o próprio nome indica, devem detectar o mais rapidamente possível processos patogênicos já instalados. Assim, mesmo antes de um agravo

em curso cruzar o horizonte clínico, já é possível, em muitos casos, diagnosticá-lo e adotar medidas protetoras para os indivíduos afetados e para terceiros.

Exemplos de ações de **diagnóstico precoce** são os rastreamentos, ou *screenings*. Lembremos, nesse sentido, da busca ativa e realização de exame bacterioscópico de escarro nos chamados sintomáticos respiratórios – indivíduos que tosse há mais de 3 semanas sem outra razão conhecida – visando diagnosticar precocemente a tuberculose pulmonar. Esta medida favorecerá não apenas a evolução clínica do indivíduo infectado precocemente diagnosticado e tratado como beneficiará sua comunidade, seja pela redução do número de pacientes bacilíferos no ambiente, seja pela possibilidade de localização e avaliação dos contactantes domiciliares dos doentes, entre os quais haverá significativa probabilidade de encontrarmos outros infectados em fase inicial e indivíduos altamente suscetíveis à infecção. Por isso devemos lembrar sempre que a busca ativa de outros casos ou suscetíveis a partir de um diagnóstico de doença infecciosa é também uma relevante medida de **prevenção** secundária.

Há ainda diversos outros rastreamentos, para além daqueles vinculados à **vigilância epidemiológica** de doenças infecciosas, que, com maior ou menor grau de evidência, demonstram beneficiar a **prevenção** de agravos entre indivíduos e comunidades, como o exame de Papanicolau entre mulheres sexualmente ativas, a mamografia e exame físico das mamas em mulheres acima de 50 anos ou de alto **risco** (história prévia ou familiar próxima), dosagem de glicemia e colesterol em indivíduos obesos ou com história de **risco** aumentado para doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2, aferição da pressão arterial em adultos etc.

É preciso lembrar que este nível de **prevenção** é extremamente importante para a saúde pública. Embora, em termos ideais, o período pré-patogênico constitua o melhor momento para a **prevenção**, o fato é que ações de **prevenção** primária são, muitas vezes, de uma amplitude e natureza tais que implicam investimentos caros e retornos de longo prazo. Nessas situações, a **prevenção** secundária pode assumir um caráter estratégico, permitindo focalizar locais e pessoas mais suscetíveis, o que favorece a efetividade das ações de saúde enquanto não se logra realizar os controles mais radicais, relacionados à **prevenção** primária.

1.3.2.b. Limitação de Incapacidade

Este nível de **prevenção** refere-se às medidas aplicadas aos casos que já ultrapassaram o horizonte clínico, encontrando-se o processo de adoecimento plenamente instalado. O impacto das ações de **prevenção** neste nível tende a ser menor, mas nem por isto menos relevantes. Aqui o objetivo é cuidar dos casos com os

mais eficazes e adequados recursos para que o curso clínico possa tender, ao máximo possível, para a cura total ou com poucas seqüelas, ou reduzir e retardar ao máximo as complicações clínicas, nos casos de condições crônicas (como hipertensão primária, diabetes mellitus, certos distúrbios mentais) ou cronificadas com recurso a suportes terapêuticos (como a aids ou algumas doenças auto-imunes).

Assim, um *cuidado integral*, de natureza **interdisciplinar**, de alta qualidade técnica, sensível às necessidades e condições físicas, emocionais e sociais dos indivíduos, famílias e comunidades torna-se um instrumento da maior relevância, demonstrando a estreita relação entre assistência à saúde e **prevenção**.

I.3.3. Prevenção Terciária.

Este quinto nível de **prevenção** refere-se, finalmente, ao momento em que o **processo saúde-doença** alcançou um termo final ou uma forma estável de longo prazo, a cura com seqüelas ou a cronificação, as quais também reclamam cuidados preventivos específicos. Neste plano, o objetivo é conseguir que as limitações impostas pela condição provocada pelo adoecimento ou agravo prejudiquem o mínimo possível o cotidiano e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades afetadas.

O alcance deste objetivo requer esforços que podem passar por medidas de reabilitação física, como no caso de restrições funcionais, seqüelas neuro-motoras ou necessidade de uso de próteses; apoios de caráter psico-emocional, como em mutilações físicas, alterações psico-motoras ou dificuldades emocionais que interfiram com a auto-imagem, a identidade, o equilíbrio mental ou a sociabilidade dos afetados; até apoios de alcance **social**, como readaptação no trabalho, apoio previdenciário, ajustes no ambiente doméstico, suporte jurídico contra ações discriminatórias etc.

Em relação às condições crônicas, destaca-se em particular a questão da difícil manutenção da adesão às ações de cuidado de longo prazo, assim como o desafio da acessibilidade e integração dos diferentes recursos necessários ao cuidado continuado e integral.

Como se vê, qualidade de vida é a expressão chave aqui, e **interdisciplinaridade** e **intersetorialidade** são os meios indispensáveis para que se alcance esse ideal.

I.4. Ações de Prevenção e Prática Médica.

Exemplos de diversas ações preventivas foram sendo elencadas nos itens acima, conforme fomos discutindo o modelo de **HND/NP**. Cabe, contudo, fazer uma referência, ainda que breve, às diferentes situações de práticas em que ações desta natureza podem ser desenvolvidas.

Se considerarmos o caráter das ações de **prevenção**, será quase intuitivo compreender que as **unidades básicas de saúde** devem constituir o espaço privilegiado para seu desenvolvimento. Este privilégio se deve a uma série de características da **atenção básica**: a) o fato da **unidade básica** constituir-se na instância de serviços de saúde mais próxima do contexto em que vivem os indivíduos em suas famílias e comunidades; b) configurar-se como instância responsável pelo acompanhamento do nascimento e desenvolvimento das pessoas, desde a atenção pré-natal, os cuidados de higiene infantil, as ações rotineiras de cuidado à saúde da mulher, do adolescente, do idoso etc; c) basear-se no contacto direto e continuado dos profissionais de saúde com as famílias e comunidades; d) permitir maior integração cotidiana entre ações de cuidado e **prevenção** articuladas de modo interdisciplinar e intersetorial, como saúde, educação, bem-estar social, cultura, justiça; entre outras.²²

Com efeito, a chamada **atenção primária à saúde**²³ constitui-se em uma área na qual a prevenção de agravos constitui-se em um dos principais objetivos e em espaço de ricas oportunidades, o que, como vimos a partir da discussão do modelo de **HND/NP**, não prescinde da assistência médica mas, muito ao contrário, guarda na integração com esta uma sinergia fundamental.

Foi com base nesta compreensão que a Faculdade de Medicina da USP organizou, em 1977, um serviço de **atenção primária à saúde** em uma unidade básica, o Centro de Saúde Escola Samuel Baernsley Pessoa. O Centro de Saúde Escola do Butantã, como é também chamado, desenvolve ações nas quais essa integração entre cuidado e **prevenção** tem sido a tônica de atividades de assistência, ensino e pesquisa em **atenção primária** às quais podem remeter-se os leitores interessados em aprofundamento.²⁴

Mas se a assistência médica e as ações de **prevenção** devem caminhar juntas, é razoável supor que outros níveis de atenção à saúde precisam também incorporar atividades preventivas, como os serviços de atenção especializada. Com efeito, é cada vez mais claro que o bom especialista deve utilizar de todo o conhecimento disponível sobre a **HND** das patologias e agravos à saúde a que a epidemiologia demonstre serem suscetíveis seus pacientes. O Centro de Promoção da Saúde do Serviço de Clínica Médica Geral do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP é um exemplo de como um Hospital de nível

terciário pode reconhecer oportunidades e realizar atividades de **prevenção** conforme as evidências disponíveis na literatura científica.²⁵

Há uma vasta produção disponível para orientar os profissionais de saúde acerca de quais práticas preventivas utilizar, para quais grupos de indivíduos e em que circunstâncias, acessível nos portais de Medicina Baseada em Evidências, de livre acesso na internet. Segundo a natureza dos estudos desenvolvidos (ensaios controlados randomizados, não randomizados, estudos de coorte e caso-controle, estudos de casos, experiência de experts) e conforme a força das evidências produzidas nesses estudos, as mais diversas ações de **prevenção** são estudadas e classificadas em graus de recomendação. Essa classificação distribui as ações conforme gradiente que vai de práticas com boa evidência de que são recomendáveis até práticas com boa evidência para se recomendar a *não realização*.²⁶

Apesar das reservas que se deve guardar em relação ao significado e alcance efetivo destas evidências e classificações,²⁷ deve-se destacar que, quando utilizadas criticamente, elas constituem um importante recurso para evitar a realização de procedimentos cuja indicação ainda não esteja bem estabelecida ou para as quais haja evidência de que são inócuas ou até mesmo prejudiciais. Há, por exemplo, uma série de medidas de **rastreamento** para diagnóstico precoce de patologias (**prevenção** secundária), amplamente difundidas entre profissionais de saúde (e mesmo usuários de serviços), para as quais não há sustentação sólida para indicação, como o toque retal e a dosagem de PSA, para câncer de próstata; radiografia de tórax para câncer de pulmão; palpação do pescoço para câncer de tireóide, entre outras. O cuidado no uso desses recursos de **rastreamento**, assim como de ações de **prevenção** primária e terciária, é fundamental para proteger a saúde e os direitos dos pacientes e comunidades e para aumentar a eficiência e eficácia do sistema de atenção à saúde.²⁸

II. UMA NOVA PROMOÇÃO DA SAÚDE.

O movimento histórico de desenvolvimento dos conceitos e práticas da medicina preventiva e da saúde pública foi apontando ao longo tempo novas necessidades de conceitos e práticas. A reconstrução, em pleno curso, do antigo conceito de **promoção da saúde** é um dos mais expressivos exemplos desse processo.²⁹

Como vimos, por **promoção da saúde** designamos no modelo de Leavell e Clark o primeiro nível de **prevenção**, o mais abrangente e não específico da fase primária. A partir dos anos 70, porém, **promoção da saúde** passa a ser também a expressão utilizada como o norte de um poderoso movimento de idéias e ações com vistas à renovação das práticas de saúde. Em sua nova acepção, a **promoção da saúde** guarda, claro, estreita relação com os aspectos relacionados ao nível de **prevenção** do modelo HND/NP, mas introduz mudanças significativas. Em primeiro lugar porque expande o alcance das ações originariamente associadas a esse nível. Em segundo lugar porque busca modificar os próprios fundamentos e métodos dessas ações. É o que vamos examinar a seguir.

II.1. Origens da Nova Promoção da Saúde (NPS).

O marco formal do início do movimento de construção da **nova promoção da saúde** é o documento chamado Informe Lalonde, de 1974.³⁰ Lalonde era, então, o Ministro da Saúde do Canadá e esse relatório consistia em um profundo questionamento do modelo de atenção à saúde vigente naquele país, extremamente dispendioso e pouco eficaz na melhoria das condições de saúde do povo canadense. As principais conclusões do Informe eram que as ações de saúde estavam excessivamente centradas na prática hospitalar e nos **determinantes** biológicos do adoecimento e que maior atenção deveria ser dada ao meio ambiente e aos estilos de vida, priorizando práticas de intervenção voltadas para esses aspectos.

Pouco tempo depois, em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizaram a 1ª. Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma-Ata. Na Declaração de Alma Ata, essa orientação na direção do fortalecimento das práticas de **prevenção** e atenção primária, especialmente no que se refere ao nível da **promoção da saúde**, foi reforçada pelas recomendações feitas para as políticas de saúde dos países signatários. Estas recomendações priorizavam oito itens: “educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua **prevenção** e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; **prevenção** e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos.”³⁰

Mas o impulso decisivo para a consolidação das propostas da NPS veio das Conferências Internacionais sobre **Promoção da Saúde** – Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997;

México 2000; Bangkok 2006. Ao longo destas conferências, que reuniram técnicos, gestores, políticos e ativistas, foram sendo consolidados os conceitos e estratégias para uma efetiva mudança de paradigma na orientação das práticas de saúde e melhoria das condições de saúde das populações em todo o mundo, especialmente entre as nações e grupamentos sociais mais pobres. Em cada uma destas conferências o debate de idéias e experiências dos diversos países participantes, seus sucessos e seus fracassos, seus avanços e suas dificuldades foram, pouco a pouco, constituindo um corpo de princípios e métodos que tem conferido novo sentido às práticas de saúde, especialmente no campo da **prevenção**.

II.2. Princípios da Nova Promoção da Saúde.

Não cabe aqui detalhar os progressos que foram sendo realizados em cada uma das Conferências na construção da NPS, mas é possível sistematizar o resultado obtido até os nossos dias em sete princípios para essa prática.³¹

1) *Concepção holística de saúde*: A saúde é entendida como bem estar físico, mental, **social** e espiritual, dizendo respeito não a **grupos de riscos**, mas à população como um todo, e não apenas a questões médicas, mas a necessidades relacionadas ao dia-a-dia dessas populações. Aqui é onde se encontra, guardadas algumas especificidades, a maior proximidade às proposições clássicas de **promoção da saúde**;

2) *Intersetorialidade*: Para responder às necessidades de saúde em sua concepção holística é necessária a articulação de diferentes setores de atividade **social**, envolvendo ações de legislação, de tributação e controle fiscal, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano etc. Isso implica em que as propostas da NPS identifiquem no compromisso e envolvimento governamental um papel central. Há aqui já algum contraste com o sentido predominantemente centrado no setor saúde da **promoção da saúde** no modelo clássico de **HND**;

3) *Empoderamento*: Neologismo que busca traduzir o termo inglês *empowerment*, trata-se da idéia de que é preciso que os indivíduos tenham efetivo poder para transformar as diversas situações sociais que restringem ou ameaçam sua saúde, o que remete a questões como direitos de cidadania, apoio jurídico, auto-estima, **suporte social** etc. Aqui também se observa contraste com a **promoção da saúde** tradicional, pois transfere-se o protagonismo dos técnicos para os próprios beneficiários das ações de promoção;

4) **Participação social**: De modo articulado ao *empoderamento* dos diversos sujeitos sociais, espera-se que a definição de prioridades para a **promoção da saúde** e dos meios mais adequados para alcançá-las sejam frutos de discussões e ações coletivamente construídas. Isso requer a produção e circulação democrática das informações e o desenvolvimento de canais acessíveis e efetivos de participação política. Essa forte politização é, talvez, o ponto de maior distância em relação ao modelo de **HND/NP**, no qual predomina uma leitura mais técnica e individual dos problemas e de sua solução, não obstante haver já referência à necessidade de ação por meio da **organização social** e estatal nos trabalhos de Leavell e Clark.

5) **Equidade**: Desde a Carta de Ottawa esse é um princípio fundamental da **NPS**. Trata-se da idéia de que a efetividade de um acesso universal à saúde depende de estratégias que contemplem as especificidades dos diferentes grupos sociais, as condições desiguais desde as quais são constituídas suas necessidades de saúde e suas possibilidades de cuidado. Também neste aspecto observamos mudanças substantivas em relação à **promoção da saúde** tradicional. De fato, foi só a partir dos anos 1990 que se fortaleceu a noção de que objetivos e métodos para a boa saúde não são universais, mas implicam, inclusive, políticas assentadas em desigualdades para que se possa alcançar a equidade em termos de distribuição da saúde.

6) **Ações multi-estratégicas**: Aqui estamos bem próximos das propostas de **interdisciplinaridade** e **intersetorialidade** que também orientam o modelo de Leavell e Clark, isto é, a assunção da necessidade de que diferentes saberes e ações de natureza diversa sejam chamados a contribuir para as melhores formas de interferir nos **processos de saúde-doença**. A diferença aqui reside no aspecto estratégico, isto é, o elenco das disciplinas a serem envolvidas e o papel de cada uma delas nessa tarefa não estão dados *a priori*, mas dependem dos processos políticos concretos em que se busca construir equitativamente respostas para as necessidades de saúde **social** e historicamente configuradas em cada contexto de prática.

7) **Sustentabilidade**: Diz respeito, de um lado, à necessidade de que as políticas de promoção de saúde estejam sinergicamente articuladas com o princípio de desenvolvimento econômico sustentado, isto é, um desenvolvimento produtivo que não consuma de modo predatório os recursos naturais e sócio-culturais das populações. De outro lado, aponta para a garantia de continuidade e efetividade dessas políticas, requerendo esforços para captação duradoura de recursos materiais e construção de legitimidade e governabilidade dessas propostas. Estes são aspectos bastante contemporâneos, não sendo preocupações perceptíveis no conceito tradicional de **promoção da saúde**.

II.3. Perspectivas Atuais e Desafios da Nova Promoção da Saúde.

Em sua nova concepção, a **promoção da saúde** deixa, portanto, de ser entendida como apenas um dos momentos de organização técnica das ações de **prevenção** e passa a ser entendida como uma proposta política que atravessa cada uma das 3 fases e dos 5 **níveis de prevenção** definidos no modelo de **HND/NP**, e que busca não abandoná-los, mas reconstruir suas bases filosóficas e seus métodos. O sentido mais fundamental dessa reconstrução, já apontado nos sete princípios acima, pode ser resumido como a busca de intensificação do diálogo dos diversos saberes científicos e técnicos com os valores de indivíduos e comunidades em sua vida cotidiana, de forma a que estes *umentem progressivamente o seu controle sobre os determinantes dos processos de saúde-doença-cuidado*, e conseqüentemente, sobre sua qualidade de vida e saúde.

Esse movimento de reconstrução alcançou na década de 1990 uma expressiva legitimidade em todo o mundo, sendo adotada como uma diretriz política pela própria Organização Mundial de Saúde, configurada especialmente na estratégia das “Cidades Saudáveis”.³² No Brasil, o debate sobre a nova **promoção da saúde** vem se associando, desde a década de 1990, a uma rica e diversificada produção acerca dos conceitos de saúde e doença, do saber **epidemiológico**, dos modelos de organização técnica e política do trabalho em saúde, entre outros aspectos,^{33,34} culminando com a definição pelo Ministério da Saúde, em 2006, de uma “Política Nacional de **Promoção da Saúde**”³⁵.

Apesar do expressivo progresso alcançado em termos da definição e aceitação de seus princípios, a **nova promoção da saúde** enfrenta ainda grandes desafios para sua consolidação em termos práticos. Analisando a situação do Canadá, uma das pioneiras e mais bem-sucedidas experiências mundiais, Polland³⁶ aponta sucessos e fracassos nos cerca de 20 anos em que essa política vem sendo adotada em seu país. Como sucessos, Polland aponta a redução do tabagismo, a descentralização e regionalização do planejamento das ações, com maior autonomia das instâncias municipais, a maior penetração da preocupação com a **promoção da saúde** em instituições hospitalares e a formação de um grande contingente de profissionais no tema. Como fracassos, aponta a crescente diferença entre ricos e pobres quanto a indicadores econômicos, sociais e de saúde; a deterioração das condições de moradia de segmentos sociais historicamente marginalizados na sociedade canadense; o aumento da incidência de diabetes juvenil e obesidade em jovens dos segmentos sociais mais pobres e a progressiva erosão dos fundos destinados a programas sociais. Ao refletir sobre as razões desses fracassos, Polland destaca especialmente o foco ainda muito individualizado dos

conhecimentos e práticas ali desenvolvidos, excessivamente centrados no setor saúde, nos saberes biomédicos e na educação para a mudança de comportamentos pessoais.

No Brasil, as reflexões acerca dos desafios a serem enfrentados pela política de **promoção da saúde** apontam para dois aspectos centrais, bastante convergentes com os de Polland: a necessidade de se fortalecer e desenvolver quadros conceituais e estratégias práticas que, de um lado, fortaleçam o enfoque **interdisciplinar** e **intersetorial** nas proposições técnicas e, de outro lado, a participação ativa, autônoma e solidária de indivíduos e comunidades na definição de fins e meios das ações de saúde.³⁷

No mesmo sentido de reconstrução das práticas de **prevenção** de agravos e **promoção da saúde**, e orientando-se também pelos desafios acima apontados, é que surge uma outra novidade no cenário da saúde pública e da medicina preventiva no final do século XX. Apesar de originado no campo específico da construção de respostas à epidemia mundial de aids, o desenvolvimento do conceito de **vulnerabilidade** foi motivado pela mesma crítica à insuficiência dos conceitos e estratégias de **prevenção** tradicionais. Não por acaso, foi incorporado não só ao Programa Brasileiro de DST/AIDS como à Política Nacional de **Promoção da Saúde**.³⁷ Concluamos, então, este capítulo, examinando os traços gerais desse conceito e as mudanças que pode introduzir em nossas concepções e práticas preventivas.

III. VULNERABILIDADE E O DESAFIO DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE.

O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para sua proteção. Entendamos melhor o que isto significa concretamente, recuperando história da recente emergência deste conceito no cenário da saúde.³⁸

III.1. ORIGENS DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE.³⁹

Desde o início dos anos 1980, a eclosão da epidemia de aids colocou em cheque a humanidade e as práticas de cuidado e **prevenção** no campo da saúde. Os expressivos avanços no conhecimento médico e no domínio de técnicas de cuidado à saúde e **prevenção** de agravos, conquistados ao longo dos séculos XIX e

XX, levaram à crença de que as grandes pandemias por doenças infecciosas eram coisas do passado. No entanto, ao apagar das luzes do século XX, a aids voltou a colocar em risco populações de todo o mundo.

O alarme diante da doença desconhecida desencadeou a tentativa de compreender do que se tratava por meio do instrumental **epidemiológico**, isto é, por meio da identificação de **fatores de risco**. O procedimento foi o de tentar identificar características das pessoas acometidas pela doença que pudessem trazer indícios sobre sua etiologia, o que levou, já em 1982, à descrição pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos de quatro subgrupos populacionais mais atingidos: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína, os chamados “quatro Hs”.

Como se sabe, a investigação de **fatores de risco** lança mão de procedimentos estocásticos e probabilísticos, ou seja, ao buscar as causas de uma doença, descreve as populações afetadas de acordo com determinadas características, cuja probabilidade de estar causalmente associada com o agravo em estudo se mostre significativa. Os estudos **epidemiológicos** que identificaram os subgrupos populacionais nos quais a chance de se encontrar pessoas com aids eram significativamente maiores do que na chamada população geral acabaram sendo utilizados de forma quase mecânica como base das primeiras estratégias de **prevenção**. Ou seja, o **risco** identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em **grupos de risco**. O “isolamento sanitário” de tais grupos tornou-se, assim, a base da **prevenção** proposta no início da epidemia: se você é parte de um dos **grupos de risco** abstenha-se de sexo, não doe sangue, não use drogas injetáveis! A mídia e a opinião pública de modo geral se encarregaram de estender essa “quarentena” de tempo indeterminado a outros aspectos da vida **social** – afastamento do trabalho, da escola, da família, dos serviços de saúde etc.

O recurso ao conceito de **risco** permitiu identificar rapidamente grupos afetados, mas com pouca informação acerca dos significados dessa distribuição e, portanto, com limites para instruir ações preventivas mais finas e adequadas aos seus contextos concretos. Os resultados práticos destas primeiras ações diante da epidemia mostraram-se limitados. Acabaram por acirrar preconceito e discriminação com relação aos grupos populacionais identificados como de **risco**, produziram pouca sensibilidade para transformar a situação daqueles já afetados e retardaram a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se incluíam nestes primeiros grupos mais atingidos e estudados.

O isolamento laboratorial do HIV em 1983, que contribuiu para caracterizar o caráter transmissível e infeccioso da doença e, em consequência, a criação de um teste diagnóstico (produzido em 1985), abriu

novas possibilidades para as práticas de saúde pública: a detecção de portadores sadios, o **diagnóstico precoce** de doentes, realização de rastreamentos, estabelecimento de clínicas sentinelas, investigação de vacinas e drogas específicas. A identificação do caráter pandêmico da epidemia também foi fundamental para mostrar que, na realidade, se estava diante de diversas epidemias. Em 1983 foram identificados os primeiros casos na África. Neste continente, por exemplo, à diferença do que ocorria nos EUA, a epidemia mostrava perfil predominantemente heterossexual.

A intensa reação de alguns dos grupos rotulados como de **risco**, em especial grupos gays norte-americanos, foi fundamental para balizar novas propostas de ação e de conhecimento diante da aids. Foram estes grupos que propuseram substituir o isolamento sexual pela ênfase no uso dos preservativos para evitar a troca de fluídos corporais que pudessem transmitir o HIV. Estratégias de abstinência e isolamento destinadas aos **grupos de risco** foram, então, substituídas por estratégias de **redução de risco** que tinham por base a difusão universal de informação, o controle dos bancos de sangue, o estímulo e a habilitação para o uso de preservativos e de práticas de “sexo mais seguro”, a testagem e aconselhamento e as estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, com a introdução das práticas de distribuição ou troca de agulhas e seringas.

Um novo conceito passou, dessa forma, a orientar as práticas preventivas neste novo momento: **comportamento de risco**. Fruto de uma interação mais positiva da investigação clínica e **epidemiológica** com os campos da psicologia social e da educação, esta construção desloca a noção de **risco** da idéia de pertencimento a um grupo populacional na direção da identificação dos comportamentos que efetivamente expõem as pessoas ao HIV. Tal instrumental apresentou como principal vantagem a possibilidade de universalização da preocupação com a aids (qualquer pessoa pode adotar um **comportamento de risco** e se expor ao vírus) e o arrefecimento do estigma colocado sobre os grupos de maior incidência. Ao universalizar a preocupação com a epidemia, o conceito de **comportamento de risco** também buscou estimular o envolvimento ativo das pessoas com a **prevenção**, pela transformação de seus comportamentos.

A principal limitação identificada na noção de **comportamento de risco**, no entanto, é o outro lado desse chamamento às responsabilidades de cada um: a “culpabilização” individual. À medida que a infecção é relacionada ao comportamento, tende-se a atribuir ao indivíduo que se infectou a responsabilidade pelo ocorrido, por não ter aderido a um comportamento seguro, por ter “falhado” no esforço de **prevenção**.

A crítica à noção de **comportamento de risco** como instrumental das práticas preventivas se fez por duas vertentes. De um lado, grupos e movimentos organizados manifestaram suas críticas, como no caso do movimento pelos direitos das mulheres, grupo mundialmente mais afetado pela epidemia. Criticou-se os modelos comportamentalistas, enfatizando que a mudança de comportamento não é resultante apenas de informação e vontade, mas é condicionada por outras condições, de caráter social.

Com o passar dos anos, o perfil da epidemia modificou-se radicalmente, afetando predominantemente grupos sociais com menor **poder social** – os mais pobres, as mulheres, os marginalizados, os negros. A percepção dos novos rumos da epidemia e suas bases e implicações sociais motivou um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, naquele momento vinculado a uma iniciativa chamada Coalizão Global de Políticas contra a Aids, embrião do atual Programa das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS), a propor o conceito de vulnerabilidade, tal como acima definido, como um novo instrumental para compreender e intervir sobre a epidemia de aids.⁴⁰

III.2. OS ESTUDOS DE VULNERABILIDADE.

O conceito de **vulnerabilidade** está perfeitamente alinhado com a mudança de perspectiva sugerida pela **nova promoção da saúde**, na medida em que ambos buscam apreender e transformar *os determinantes sociais e políticos* dos processos e relações **multicausais** que o modelo de **HND/NP** descreve. Apoiando-se nas contribuições efetivas que esse modelo traz para a sistematização de informações oriundas das diferentes disciplinas científicas, os estudos de **vulnerabilidade** promovem, não obstante, um evidente rearranjo dos momentos analíticos da **HND**.

Em primeiro lugar, os momentos pré-patogênico e patogênico, pré-clínico e clínico são fundidos, posto que se assume que as mútuas interações entre agente, hospedeiro e meio não se limitam às condições de gênese do agravo, mas o determinam ao longo de todo o curso do processo patogênico, inclusive seus desfechos.

O segundo rearranjo importante é que as ações preventivas não se colocam de forma externa à análise do **processo saúde-doença**. Ou seja, elas não são entendidas como medidas chamadas a intervir nos pontos estratégicos do processo apenas após esses terem sido conhecidos e definidos. Os processos de intervenção já estão incluídos na realidade dos **processos saúde-doença**. Por isso, as características do meio, especialmente, mas em certa medida também as do agente e do hospedeiro, são muito estreitamente

determinadas pelo conjunto de saberes, tecnologias, instrumentos e serviços que já estão, no modo como operam, interferindo sobre as condições de aparecimento e evolução do agravo em questão.

Um terceiro aspecto a ser lembrado é que, em uma perspectiva sócio-histórica, não existe um agente que seja em si mesmo agressor. Qualquer agente, biológico, físico ou químico, só se torna agressor frente a especificidades das características físicas, cognitivas, afetivas e comportamentais de seus hospedeiros, as quais, por sua vez, dependem do contexto sócio-ambiental em que vivem e interagem estes hospedeiros e, de modo particular, do conjunto de saberes e práticas de saúde de que dispõem em seus programas – entendidos aqui na acepção genérica de um conjunto de ações, serviços e estratégias de cuidados disponíveis em uma dada comunidade. Desta forma, o sentido agressor de qualquer agente deve ser apreendido sempre de forma subordinada a esses três aspectos: características dos indivíduos, características sociais gerais e características dos programas de saúde existentes.

Por fim, se assumimos radicalmente a historicidade da **HND/NP**, isto é, que não apenas o modo como emerge e cursa uma doença, mas também *os modos como apreendemos e interpretamos esse processo*, são dependentes de nossa história e das nossas interações sociais, então não podemos mais representar o **processo saúde-doença-cuidado** de uma forma unidimensional e com pretensões de exaustão da totalidade dos seus componentes. Os elementos individuais, sociais e programáticos de um **processo saúde-doença-cuidado** serão identificados e relacionados sempre em relação com as perspectivas e interesses dos sujeitos que de alguma forma são atingidos por esse processo e buscam compreender o que ele significa para sua saúde e seu bem-estar. Devemos concluir, portanto, que os três elementos que compõem os estudos de **vulnerabilidade** são, na verdade, dimensões que orientam a identificação e articulação de elementos explicativos para conhecer e responder aos agravos à saúde. A totalidade compreensiva da **vulnerabilidade** a um agravo pode ser mais ampla ou mais restrita, pode privilegiar um ângulo ou outro da questão, embora se refira a uma mesma realidade, na qual esses planos e ângulos são indissociáveis – conforme ilustrado na Figura 2.

[Figura 2]⁴⁰

Vejamos, então, como podemos desenvolver análises de vulnerabilidade, nas três dimensões articuladas pelas quais podemos nos aproximar da questão.

III.2.1. Dimensão Individual da Vulnerabilidade.

Análises da dimensão individual da **vulnerabilidade** tomam como ponto de partida as possibilidades de um indivíduo qualquer experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão da constituição física ao modo de vida desse indivíduo. Mas é especialmente em relação a este último aspecto que se busca compreender as diversas intensidades e formas de **vulnerabilidade**. Ou seja, sem desconhecer a importância dos aspectos estritamente biológicos, privilegia-se aprender a dimensão individual da **vulnerabilidade** na totalidade conformada por aspectos como o grau e qualidade da informação de que uma pessoa dispõe sobre o aspecto de saúde em questão, sua motivação e habilidade para elaborar estas informações e incorporá-las às suas práticas cotidianas e, finalmente, as condições objetivas de que dispõe para transformar essas práticas.

III.2.2. Dimensão social da vulnerabilidade.

A análise dos aspectos individuais já reclama outras avaliações que não podem ser respondidas nessa dimensão. Como compreender a informação de que dispõe um indivíduo, sua forma de receber e elaborar essa informação, suas possibilidades e interesses de utilizá-la sem pensar imediatamente no contexto em que ele vive? O acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que esta adquire frente aos valores e motivações das pessoas, as chances efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete inexoravelmente a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade. Neste sentido, a dimensão **social** busca focar diretamente os aspectos contextuais que conformam **vulnerabilidades** individuais. Aspectos tais como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações econômicas, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes frente à sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, a exclusão **social** etc, são aspectos que permitem melhor compreender as práticas dos indivíduos e suas relações com os processos de adoecimento. De fato, as possibilidades de elaboração das informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas não dependem apenas das pessoas, individualmente, mas de aspectos como: acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas etc.

III.2.3. Dimensão Programática da Vulnerabilidade.

A vida das pessoas nas sociedades está sempre mediada pelas diversas instituições **sociais**: famílias, escolas, serviços de saúde etc. Para que os recursos **sociais** de que as pessoas precisam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos estejam disponíveis de forma efetiva e democrática é necessário que existam esforços sistemáticos das instituições nesta direção.

O plano da dimensão programática da **vulnerabilidade** busca justamente avaliar como, em circunstâncias **sociais** dadas, as instituições, especialmente aquelas de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de **vulnerabilidade** dos indivíduos em seus contextos. O quanto nossos serviços, de saúde, educação etc, estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e modificados por indivíduos, comunidades e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar seus contextos – relações, valores, interesses – no sentido de reduzir essa **vulnerabilidade**?

Diagnósticos de **vulnerabilidade** e, conseqüentemente, elaboração de propostas de intervenção, devem sempre considerar a mediação exercida entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis. Assim, são elementos fundamentais no enfoque da **vulnerabilidade** o grau e a qualidade do compromisso de serviços e programas, os recursos de que estes dispõem, as atitudes e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retro-alimentação das ações, a sustentabilidade das ações e, especialmente, sua permeabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da sua situação e no encontro dos caminhos para sua superação.

Uma síntese dos elementos que se sugere considerar nas análises de **vulnerabilidade**, em suas três dimensões, encontra-se no Quadro 2, abaixo. É claro que esta lista não é exaustiva nem absoluta. Como dissemos, os aspectos a serem considerados e articulados em análises de **vulnerabilidade** dependerão das situações concretas em exame e das condições objetivas de que se dispõe para análises e intervenções.

[Quadro 2]⁴¹

III.3. PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE VULNERABILIDADE.

É importante neste ponto fazermos um parêntese para reforçar que os estudos de **vulnerabilidade** não prescindem das análises **epidemiológicas** de **risco**, ou da exploração das **relações de causalidade**

descritas nos modelos de **HND**. No caso da aids, por exemplo, o estabelecimento de associações probabilísticas da distribuição populacional da infecção entre diferentes condições objetivas e mensuráveis, tais como sexo, idade, cor, escolaridade, práticas sexuais, foi e continua sendo uma importante ferramenta para nos orientar sobre os rumos da epidemia e possibilidades de seu controle. A grande preocupação expressa na proposição da **vulnerabilidade** diz respeito à necessidade de compreender o significado prático do que está por trás das associações nos estudos de risco; interpretar a variabilidade e a dinâmica dos aspectos enfocados nesses estudos à luz de seus significados concretos para os indivíduos e comunidades de que cuidamos. Dessa forma, aquelas análises abstratas podem ser incorporadas com as necessárias mediações e reflexões críticas ao trabalho efetivo de prevenção nos diversos contextos sociais e biográficos.^{42, 43, 44}

Por outro lado, é necessário assinalar que as análises de **risco** e de **vulnerabilidade** caminham em direções lógicas diversas: enquanto as análises de **risco** trabalham com uma racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser cindidos, isolados, discriminados, as análises de **vulnerabilidade** trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de uma compreensão integrada da situação; com a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo componham uma totalidade de interesse prático.

Essas mudanças de perspectiva teórica articulam-se a alterações também nas formas de intervenção prática. Vejamos no Quadro 3, a seguir, como pode ser sintetizada essa nova perspectiva quando, no caso das respostas à epidemia de AIDS, comparamos as intervenções apoiadas nos conceitos de **grupo de risco** e **comportamento de risco**.

[Quadro 3]³⁹

O conceito de **grupo de risco** orientou as ações de prevenção de aids conforme um velho desafio da saúde pública: a transmissão de pessoa a pessoa de um agente agressor (em geral infeccioso), propondo como solução a imposição de barreiras entre afetados e suscetíveis. Quando se passou a privilegiar o conceito de **comportamento de risco**, o alvo das ações deixou de ser o contato entre afetado e suscetível e passou a ser o isolamento do agente agressor através de estratégias capazes de impedir sua movimentação no ambiente humano. Nesse sentido, a relação mais relevante deixou de ser entre “indivíduos atingidos e/ou perigosos” e “indivíduos a proteger”, e sim entre agente agressor e a população exposta em geral. Ao invés da barreira entre os indivíduos, e na falta de uma tecnologia que atuasse diretamente sobre o agente agressor,

propôs-se uma série de mudanças nas práticas das pessoas, de modo a diminuir as chances delas “encontrarem” o agente agressor.

A percepção, porém, de que a exposição ao agente não é homogênea na população em geral e de que as possibilidades de mudança de práticas não dependem apenas da vontade individual, mas do contexto onde essas individualidades se conformam e expressam, fez surgir a necessidade de focalizar as ações nas diferentes condições sociais que, limitando capacidades de resposta, criam suscetibilidades populacionais. Por outro lado, passou-se a buscar uma mobilização para a superação dessa suscetibilidade desde suas raízes sociais, sem o que não se consegue modificar de forma efetiva e sustentada os comportamentos e práticas que precisam ser mudados. Deve estar claro, assim, que as estratégias de redução de vulnerabilidade se voltam primordialmente à transformação das práticas não no plano estrito da individualidade, da vida privada, mas na esfera da vida **social**. Intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica, defesa dos direitos humanos, tudo isso passa a ser entendido como parte indissociável das ações de **prevenção** e cuidado, conforme esquematizado no Quadro 4, abaixo:

[Quadro 4]³⁸

Ao localizar no plano das suscetibilidades socialmente configuradas o alvo das intervenções para a redução de vulnerabilidade, mesmo quando se pensa em ações voltadas para o indivíduo, como um aconselhamento em consultório, por exemplo, a responsabilidade da ação de **prevenção** estende-se para além da tarefa de apenas alertar sobre o problema. É preciso que as pessoas sejam alertadas, claro, mas é necessário, para além disso, que elas possam responder de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que as mantêm vulneráveis. Mais que ser informadas do risco de uma doença, é preciso que as pessoas saibam como se proteger dela e se mobilizem para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas.

Por esta mesma razão, o enfoque educacional, tão fundamental nos processos de **promoção da saúde** e **prevenção** de agravos, não pode ficar preso às tendências modeladoras, fortemente difundidas a partir de um enfoque comportamental. A atitude construcionista, que parte dos saberes e experiências daqueles que visamos com nossos processos educativos, é a que melhor parece concorrer para que as pessoas possam de fato apropriar-se de informações que façam sentido para elas e achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as deixam vulneráveis. Então, mais que informação, é preciso

comunicação; mais que transmissão unilateral, é preciso compartilhamento. Educadores e educandos precisam fazer dialogar os saberes de que cada um dispõe para juntos poderem encontrar os caminhos mais convenientes e eficazes para a construção de respostas preventivas efetivas.

Uma tal ampliação de objetos e estratégias torna claro, por outro lado, que as ações de redução de **vulnerabilidade** não podem se tornar efetivas e operacionais se as mantivermos restritas à esfera institucional da saúde. A ação **intersetorial** é fundamental. No mínimo saúde e educação, mas quando conseguimos articular também as áreas de trabalho, bem-estar social, jurídica, cultural etc, as chances de melhores resultados se expandem proporcionalmente.

Parece igualmente claro que a busca de **resposta social** coloca no centro da arena das práticas preventivas não mais o sujeito técnico, com seu saber e recursos especializados, mas sim aqueles capazes de melhor apreender e lidar com os obstáculos à sua saúde: os próprios sujeitos sociais afetados. É bom que se frise que isso não esvazia o papel do profissional de saúde, apenas reposiciona suas tarefas no desenvolvimento e monitoramento das estratégias. O técnico da saúde, e nisso ele será insubstituível, deve ser agora um mediador do encontro que deve ocorrer entre os sujeitos visados pela **prevenção** e o conjunto de recursos de que devem dispor para construir sua saúde. Por isso também o que se espera dos indivíduos ou comunidades com os quais trabalhamos não é a adesão incondicional ao que lhes prescrevemos, mas autonomia para construir as estratégias preventivas que de fato possam lhes servir.

Por fim, é importante destacar que a redução de **vulnerabilidade** nas estratégias preventivas promove um deslocamento significativo também no produto de suas intervenções. O modo como os problemas de saúde e a construção de respostas são aqui entendidos reconstrói a velha noção de que se nós, profissionais da **prevenção**, fizermos um bom trabalho as pessoas, ao cabo de um certo tempo, terão mudado seus comportamentos na direção que nós desejamos, tornando-se presumivelmente mais saudáveis. Na verdade, o que a abordagem da **vulnerabilidade** pressupõe e demonstra, simultaneamente, é que as mudanças mais efetivas para a **prevenção** de um agravo não serão dos comportamentos dos indivíduos, isoladamente, mas das relações familiares, comunitárias e sociais nas quais os indivíduos estão imersos, e que as direções e caminhos dessas mudanças só estarão parcialmente sob o poder de previsão e controle dos profissionais e serviços de saúde.

Há diversas experiências disponíveis em literatura que exemplificam ações preventivas orientadas pelo conceito de vulnerabilidade. Certamente não cabe reproduzi-las aqui na íntegra. Um exemplo de

estratégia de redução de vulnerabilidade desenvolvida em nosso contexto pode ser encontrado no Projeto Prevenção Também se Ensina, desenvolvido em uma parceria do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa com a Secretaria de Estado da Educação de São Paulo. Nesta experiência, ao invés da restrição da intervenção às palestras educativas, forma mais habitual dos profissionais de saúde desenvolverem ações de prevenção no ambiente escolar, optou-se por um proposta de fomento à produção de uma resposta ativa e autônoma da comunidade escolar. Assim, através de debates problematizadores, mobilizou-se alunos, professores e funcionários. Estes, apoiados pela equipe de saúde, definiram uma agenda de atividades na escola voltada para a identificação e transformação de aspectos de vulnerabilidade dos jovens daquela comunidade à infecção pelo HIV. A partir disso, formou-se um grupo de alunos multiplicadores como agentes de prevenção que liderou, com suporte da equipe de saúde e de professores, atividades de diversas naturezas no ambiente escolar e na comunidade, tais como: realização de oficinas de sexo seguro, na escola e com alunos de outras escolas; produção de material educativo; promoção de mostras de arte relacionadas ao tema (escultura, fotos, literatura etc); busca de insumos de prevenção (camisinhas) em unidades básicas de saúde próximas à unidade; reorganização do Grêmio de alunos da escola; organização de gincana de caráter lúdico-educativo e que, ao mesmo tempo, arrecadava doações na comunidade em torno à escola destinadas a casas de apoio a pessoas vivendo com aids; participação dos multiplicadores no movimento estadual e nacional de jovens multiplicadores; tudo culminando com a criação de uma ONG para realizar ações preventivas em outros espaços, após saírem da escola.^{45, 46, 47}

[FOTO 1]

IV. CONCLUSÕES.

Se ao fim desta nossa jornada conceitual retornarmos ao ponto de onde partimos, isto é, às situações de prática nas quais aplicamos nossos conhecimentos preventivos, percebemos o quanto são **complexos** e elaborados estes conhecimentos, nada tendo de imediatos ou naturais. Vimos que o adoecimento é um processo dinâmico, envolvendo **determinantes** biológicos, comportamentais, sociais, técnicos e políticos que o influenciam, já desde as condições que possibilitam seu surgimento até sua evolução clínica e desfecho. Oportunidades de **prevenção**, isto é, de impedir a ocorrência da doença ou de reduzir seus efeitos negativos, não se limitam, portanto, ao momento que antecede o início da patogenia, mas se distribuem ao longo de todo o processo de adoecimento, sempre que identificarmos oportunidade de interferir sobre ele,

conseguindo melhorar as condições de saúde do indivíduo afetado e de outros implicados – parceiros, família, comunidade. Nesse sentido, prevenir, tratar e recuperar são tarefas estreitamente articuladas no cuidado em saúde: o tratamento ajuda a prevenir, a **prevenção** melhora os tratamentos, a recuperação depende de ambos e fornece a ambos referências para aperfeiçoarem seus objetivos e métodos.

O modelo de **HND/NP** é o resultado de uma série de esforços conceituais para sistematizar e articular os conhecimentos científicos sobre as múltiplas dimensões envolvidas no processo de adoecimento, subsidiando e atualizando nossa capacidade de identificar suas diversas etapas e **determinantes** e indicar pontos estratégicos para agir preventivamente. Os diferentes momentos e componentes da história natural de uma doença definirão, por sua vez, os níveis primário, secundário e terciário de **prevenção**, facilitando que um clínico, ao atender seu paciente, ou um pesquisador, ao dirigir seus estudos, ou um sanitarista, ao elaborar ações de saúde pública, utilizem de forma racional e eficaz os recursos técnicos e científicos disponíveis para a melhoria da saúde de indivíduos e populações.

A partir dos anos 1980, um dos **níveis de prevenção** do modelo de **HND/NP**, o da **promoção da saúde**, começa a ser entendido de modo novo. Promover saúde é criar condições para que não apenas a **prevenção** da doença, mas a melhoria da qualidade de vida, em um sentido mais amplo de bem estar pessoal e **social**, seja tomada como tarefa das práticas de saúde. Para isso, fica claro que é preciso que não apenas os técnicos da saúde, mas os indivíduos e comunidades, de modo geral, e os governantes e gestores em particular, participem ativamente da identificação de metas prioritárias para a saúde e da construção de propostas efetivas para atingi-las. É preciso também que o setor saúde articule sua ações e conhecimentos às de outros setores de serviços, como educação, trabalho, meio-ambiente, justiça, bem-estar social, cultura etc, para que se possa efetivamente construir ambientes saudáveis.

Essa atitude implica em que médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais etc, estejam atentos, em sua prática, ao conjunto de condições de vida daqueles de quem cuidam, para que sua intervenção possa ser mais eficaz e adequada e para que estimulem seus pacientes a construir ambientes saudáveis em sua casa, sua cidade, seu ambiente de trabalho, sua escola. De outro lado, os profissionais de saúde, junto a profissionais de outros setores, têm a importante tarefa social de interlocução com organizações governamentais e não governamentais para subsidiar e monitorar o desenvolvimento de políticas de **promoção da saúde**.

Outra importante novidade que vimos surgir no cenário internacional da saúde no final do século XX foi o conceito de **vulnerabilidade**. Conforme discutimos, o quadro da **vulnerabilidade** está perfeitamente alinhado com as propostas da nova **promoção da saúde** já que também busca interpretar as **relações causais** enunciadas na **HND** à luz do seu significado **social** e político. Da mesma forma que vimos acontecer com a **nova promoção da saúde**, as análises de **vulnerabilidade** não vêm substituir o modelo de **HND/NP**, nem somar-se a ele como apenas mais um plano de análise ou **nível de prevenção**. O enfoque da **vulnerabilidade** apropria-se de elementos da **HND/NP** e os interpreta segundo uma outra perspectiva, com base em três dimensões articuladas, a individual, a **social** e a programática. As perguntas básicas a que as análises de **vulnerabilidade** buscam responder são: Como esta específica pessoa, **grupo social** ou comunidade pode chegar a experimentar, neste específico momento de sua existência, este processo de adoecimento, ou esta condição de saúde? Como estas pessoas podem promover transformações pessoais, sociais e nos programas e serviços de saúde para evitar esta doença ou reduzir seus danos?

Nem sempre é fácil aplicar os conhecimentos discutidos neste capítulo, especialmente nas situações de atendimento clínico, em consultório ou ambiente hospitalar, onde o contato com o paciente se dá de maneira individual e muitas vezes pontual. Isto reforça a importância de articular os diversos níveis de assistência dentro do sistema de saúde; de trabalharmos, em cada nível, de forma **interdisciplinar** e com equipes **multiprofissionais** e de integrarmos o trabalho em saúde em redes **intersetoriais**. Mas, ainda que não tenhamos já dadas as condições necessárias para fazer essas integrações, se ouvirmos atentamente a quem atendemos, compreendermos o que fazem, pensam e sentem à luz de suas condições concretas de vida e construirmos junto com eles alternativas viáveis para cuidarem de sua saúde na realidade de seu cotidiano, então já estaremos reduzindo **vulnerabilidades**, promovendo a saúde e prevenindo agravos.

PRINCIPAIS TÓPICOS DO CAPÍTULO

1. Adoecimento como fenômeno dinâmico e complexo, envolvendo múltiplas interações entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais.
2. Abordagem interdisciplinar dos processos de adoecimento.
3. Articulação entre prevenção, tratamento e reabilitação no cuidado em saúde.
4. Desenvolvimento histórico dos conceitos modernos sobre aspectos médico-sociais do processo saúde-doença-cuidado
5. O modelo de História Natural da Doença e Níveis de Prevenção e a síntese dos determinantes da ocorrência e evolução clínica do adoecimento e correspondentes ações de prevenção
6. A nova Promoção da Saúde e seus princípios: concepção holística de saúde, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade
7. Vulnerabilidade como conceito integrador de saberes, práticas e sujeitos para o conhecimento e atuação em prevenção e promoção da saúde nas situações concretas de prática.
8. A singularidade cognitivo-comportamental do indivíduo, as particularidades culturais, econômicas e políticas do contexto social e a organização técnica e social da atenção à saúde como dimensões de análise e interpretação nos estudos de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Creighton C. *A history of epidemics in Britain*. Vol. II London: Cambridge University Press, 1894.
2. Hamer WH. *Epidemiology, old and new*. New York: The Macmillan Company, 1929.
3. Crookshank FG. *Epidemiological essays*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co, 1930
4. Goodall EW. The epidemic constitution. *Proc Royal Soc Med* 1927; 21: 119-27.
5. Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
6. Amsterdanka O. Demarcating epidemiology. *Science Technology Human Values* 2005; 30(1): 17-51.
7. Gordon JE. Evolution of an epidemiology of health I-III. In: Galdston I, editor. *The epidemiology of health*. New York: Health Education Council, 1953. P. 24-73.
8. Pemberton J. Social medicine comes on to the scene in the United Kingdom, 1930-1960. *Journal of Public Health Medicine* 1998; 20(2): 149-53.
9. Porter, D. Changing disciplines: John Ryle and the making of social medicine in Britain in the 1940s. *History of Sciences* 1998; 30:137-64
10. Ryle JA. *The natural history of disease*. 2nd ed. London: Oxford University Press, 1948.
11. Morris JN. *The uses of epidemiology*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1957.
12. Perkins WH. *Cause and prevention of disease*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1938.
13. Gordon, JE. The epidemiology of accidents. *Am J Public Health* 1949; 39:504-515.
14. Leavell HR, Clark EG. *Textbook of Preventive Medicine*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1958.
15. Nunes ED. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas. *Rev Saúde Pública* 1978; 12: 506-15.
16. Leavell HR, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro: MEC/FENAME, 1976.
17. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A; Lamber S. Social Medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet* 2001; 358: 315-23.
18. Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Ed. Unesp; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.
19. Rouquayrol MZ, Goldbaum M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ; Almeida filho N, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. P. 17-36.

20. Leser W, Barbosa V, Baruzzi RG, Ribeiro MBD, Franco LJ. *Elementos de epidemiologia geral*. São Paulo: Atheneu, 2002.
21. Beaglehole R; Bonita R; Kjellström T. *Epidemiologia básica*. São Paulo: OMS, 1996.
22. Schraiber L, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo, Hucitec, 2000 (2ª. Ed.).
23. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. P. 783-836.
24. Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. *Inventário de atividades de ensino, pesquisa e extensão do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (2000-2007)*. [acessado em 01/07/2008]. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/cseb/mostrahp2.php?origem=cseb&xcod=Atividades>.
25. Ferreira Jr. M, coordenador. *Centro de Promoção da Saúde: roteiro de procedimentos básicos*. [acessado em 1/7/2008]. Disponível em: http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/cgp_33_CPS_APOSTILA2008.
26. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Evidence-based clinical prevention*. [acessado em 1/7/2008]. Disponível em: <http://www.ctfphc.org/>.
27. Castiel LD, Pova EC. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... encanto e desencanto no reino da *expertise* na medicina baseada em evidências. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(1): 205-214.
28. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas em atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 2004 (3a. ed.).
29. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. P. 635-67.
30. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Rev C S Col* 2000; 5(1):163-77.
31. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface* 2003; 7(12):101-22.
32. Kickbush I. In the beginning... (An interview with Ilona Kickbush, by Joe Flower). *Healthcare Forum Journal*. [serial on line] 1994 May-Jun [acessado em 10/05/2007]; 37(3): [9 telas]. Disponível em: <http://www.well.com/~bbear/kickbush.html>.

33. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
34. Lefevre F, Lefevre AMC. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
35. Brasil. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.
36. Polland B. Health promotion in Canada: perspectives and future prospects. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2007; 20(1): 3-11.
37. Campos GW; Barros RB; Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Rev C S Col* 2004; 9(3):745-9.
38. Ayres JRCM, França Jr. I, Calazans GJ, Saletti Fo. HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas, CM, organizadores. *Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências*. São Paulo: Ed. Fiocruz, 2003. P. 117-39.
39. Mann J, Tarantola DJM. The history of discovery and response. In: Mann J, Tarantola DJM, editors. *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press, 1996. P.429-40.
40. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS. In: Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1993. P. 275-300.
41. Ayres JRCM, Paiva V, França Jr. I, Gravato N, Lacerda R, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive care needs of Young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health* 2006; 96(6):1001-6.
42. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of vulnerability. *Soc Sci Med* 2000; 50:1557-70.
43. Meyer DE, Mello DF, Valadão MM, Ayres, JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6):1335-42.
44. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Rev C S Col* 2007; 12(2): 319-24.
45. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Fo. HC, França Jr. I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM,

organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. P. 375-417.

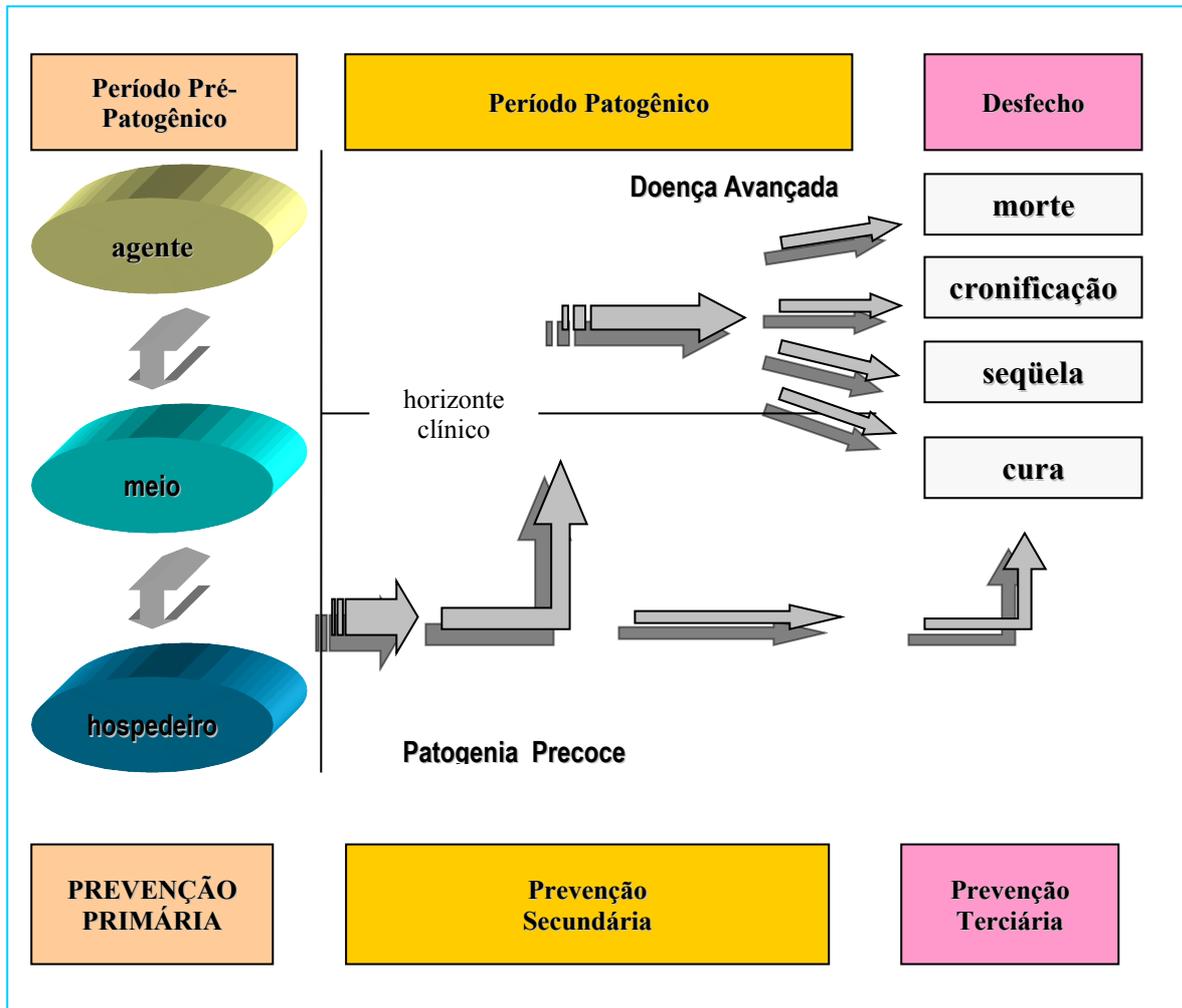
46. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Fo. HC. Adolescência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS: avaliação de uma estratégia de prevenção entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo. *Divulgação em Saúde para Debate* 2003. 29:93-114.

47. Ayres JRCM, Freitas AC, Santos MAS, França Jr. I. Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2003. 7(12):123-38.

Quadro 1: Fundamentos do modelo de História Natural da Doença e Níveis de Prevenção

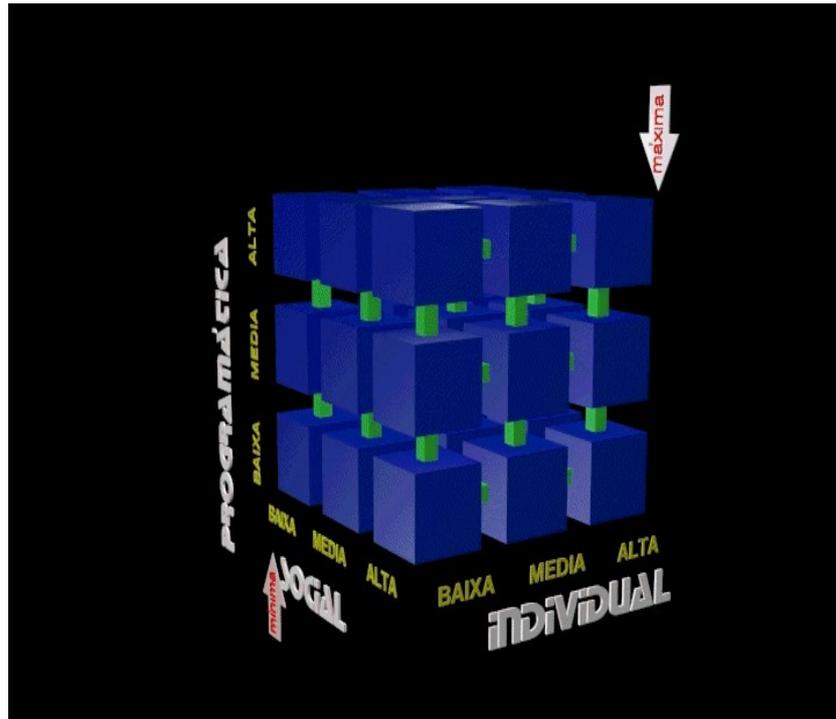
- 1) O adoecimento é um processo, isto é, as doenças constituem um conjunto dinâmico de fenômenos e interações que estão sempre se modificando no tempo e no espaço;
- 2) Os processos de adoecimento são determinados por um conjunto amplo de aspectos que envolvem fenômenos de natureza diversa – biológica, ambiental, cultural, econômica, política, psicológica, emocional etc;
- 3) A interação entre diferentes disciplinas é indispensável para o conhecimento e intervenção sobre o comportamento epidemiológico e a evolução clínica das doenças;
- 4) A qualquer momento dos processos de adoecimento, desde antes de acontecerem – mas já diante das condições que os determinam – até em fases adiantadas de sua patogenia, é possível e desejável algum tipo de intervenção preventiva.

Figura 1: Esquema gráfico do modelo teórico de História Natural da Doença e Níveis de Prevenção



Adaptado de Leavell & Clark, 1958.¹⁴

Figura 2: Dimensões das análises de vulnerabilidade



Adaptado de Mann, Tarantola & Netter, 1993³³

Quadro 2. Aspectos a serem considerados nas três dimensões dos estudos de vulnerabilidade

Individual	Social	Programática
Valores	Normas sociais	Compromisso político dos governos
Interesses	Referências culturais	Definição de políticas específicas
Crenças	Relações de gênero	Planejamento e avaliação das políticas
Credos	Relações de raça/etnia	Participação social no planejamento e avaliação
Desejos	Relações entre gerações	Recursos humanos e materiais para as políticas
Conhecimentos	Normas religiosas	Governabilidade
Atitudes	Estigma e discriminação	Controle social
Comportamentos	Emprego	Sustentabilidade
Relações familiares	Salários	Articulação multisetorial
Redes sociais	Suporte social	Atividades intersetoriais
Relações afetivas	Acesso a saúde	Organização do setor saúde
Situação profissional	Acesso a educação	Acesso aos serviços
Situação material	Acesso a justiça	Qualidade dos serviços
Situação psico-afetiva	Acesso a cultura e lazer,	Integralidade da atenção
Situação de saúde	Acesso à mídia	Eqüidade das ações
	Liberdade de expressão	Equipes multidisciplinares
	Participação política	Enfoques interdisciplinares
	Cidadania	Integração entre prevenção, promoção e cuidado
		Preparo técnico de profissionais e equipes
		Compromisso e responsabilidade profissionais
		Promoção e proteção de direitos humanos
		Participação comunitária na gestão dos serviços
		Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços
		Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Adaptado de Ayres, Paiva et al., 2006.³⁴

Quadro 3: Comparação entre risco e vulnerabilidade como conceitos para a prevenção em aids

Conceito	Problema-alvo	Modo de atuação em prevenção
Grupo de risco	Transmissão do agente causal do agravo ou doença a indivíduos suscetíveis	Reduzir o contacto entre infectados e indivíduos suscetíveis.
Comportamento de risco	Contacto dos indivíduos com agentes causais do agravo ou doença	Estimular práticas que evitem a exposição dos indivíduos ao agente causal do agravo ou doença
Vulnerabilidade	Susceptibilidade de grupos sociais ao agravo ou doença	Promover transformações sociais que reduzam a exposição e susceptibilidade da população ao agente causal do agravo ou doença

Adaptado de Ayres, França Jr. et al., 2003.³²

Quadro 4: Comparação da redução de vulnerabilidade com a prevenção tradicional

Componente	Prevenção tradicional	Redução de vulnerabilidade
Alvo	Indivíduos expostos	Populações suscetíveis
Finalidade	Alertar	Favorecer capacidades de resposta
Processos educativos	Modeladores	Construcionistas
Informação	Transmissão unilateral	Compartilhamento bilateral
Base institucional	Saúde	Intersetorial
Agentes privilegiados	Técnicos	Pares
Expectativa	Adesão	Autonomia
Impacto visado	Mudança de comportamento	Transformação de contextos e relações

Adaptado de Ayres, França Jr. et al., 2003.³²



Foto 1: Oficina desenvolvida por alunos multiplicadores em projeto de prevenção de aids na Escola Virgília Rodrigues Alves de Carvalho Pinto, São Paulo/SP.