História do Conceito de Saúde

MOACYR SCLIAR ■

RESUMO

Os conceitos de saúde e de doença são analisados em sua evolução histórica e em seu relacionamento com o contexto cultural, social, político e econômico, evidenciando a evolução das idéias nessa área da experiência humana.

Palavras-chave: Saúde; doença; cultura; história.

Recebido em: 28/02/2007.
Aprovado em: 15/03/2007.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e em distúrbios mentais. A masturbação era tratada por dieta, por infibulação, pela imobilização do "paciente", por aparelhos elétricos que davam choque quando o pênis era manipulado e até pela ablação da genitália. Houve época, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania (do grego *drapetes*, escravo). O diagnóstico foi proposto em 1851 por Samuel A. Cartwright, médico do estado da Louisiana, no escravagista sul dos Estados Unidos. O tratamento proposto era o do açoite, também aplicável à "disestesia etiópica", outro diagnóstico do doutor Cartwright, este explicando a falta de motivação para o trabalho entre os negros escravizados.

Real ou imaginária, a doença, e sobretudo a doença transmissível, é um antigo acompanhante da espécie humana, como o revelam pesquisas paleontológicas. Assim, múmias egípcias apresentam sinais de doença (exemplo: a varíola do faraó Ramsés V). Não é de admirar que desde muito cedo a Humanidade se tenha empenhado em enfrentar essa ameaça, e de várias formas, baseadas em diferentes conceitos do que vem a ser a doença (e a saúde). Assim, a concepção mágico-religiosa partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos. Deus é também o Grande Médico: "Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago" (Êxodo 15, 26); "De Deus vem toda a cura" (Eclesiastes, 38, 1-9).

A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra Trata-se de doença contagiosa, que sugere, portanto, contato entre corpos humanos, contato que pode ter evidentes conotações pecaminosas. O Levítico detém-se longamente na maneira de diagnosticar a lepra; mas não faz uma abordagem similar para o tratamento. Em primeiro lugar, porque tal tratamento não estava disponível; em segundo, porque a lepra podia ser doença,

mas era também, e sobretudo, um pecado. O doente era isolado até a cura, um procedimento que o cristianismo manterá e ampliará: o leproso era considerado morto e rezada a missa de corpo presente, após o que ele era proibido de ter contato com outras pessoas ou enviado para um leprosário. Esse tipo de estabelecimento era muito comum na Idade Média, em parte porque o rótulo de lepra era freqüente, sem dúvida abrangendo numerosas outras doenças.

Os preceitos religiosos do judaísmo expressam-se com freqüência em leis dietéticas, que figuram, em especial, nos cinco primeiros livros da Bíblia (Torá, ou Pentateuco). Sua finalidade mais evidente é a de manter a coesão grupal, acentuando as diferenças entre hebreus e outros povos do Oriente Médio. Essas disposições eram sistemas simbólicos, destinados a manter a coesão do grupo e a diferenciação com outros grupos, mas podem ter funcionado na prevenção de doenças, sobretudo de doenças transmissíveis. Por exemplo, um animal não poderia ser abatido por pessoa que tivesse doença de pele, o que faz sentido: lesões de pele podem conter micróbios. Moluscos eram proibidos, e dessa forma certas doenças, como a hepatite transmitida por ostras, podiam ser evitadas. Isso não significa que a prevenção fosse exercida conscientemente; as causas das doenças infecciosas eram desconhecidas. Seria muito difícil, por exemplo, associar a carne de porco à transmissão da triquinose. Para isto há uma explicação ecológica, por assim dizer. A criação de suínos, no Oriente Médio, seria um contra-senso. Trata-se de uma região árida, sem a água de que esses animais necessitam como forma de manter seu equilíbrio térmico. Além disso, povos nômades teriam dificuldades em manter um animal que se move pouco, como o porco. Finalmente, ao contrário dos bovinos, que servem como animal de tração e que proporcionam leite, o suíno só fornece a carne - uma luxúria, portanto, uma tentação que era evitada pelo rígido dispositivo da lei.

Em outras culturas era o xamã, o feiticeiro tribal, quem se encarregava de expulsar, mediante rituais, os maus espíritos que se tinham apoderado da pessoa, causando doença. O objetivo é reintegrar o doente ao universo total, do qual ele é parte. Esse universo total não é algo inerte: ele “vive” e “fala”; é um macrocorpo, do qual o Sol e a Lua são os olhos, os ventos, a respiração, as pedras, os ossos (homologação antropocósmica). A união do microcosmo que é o corpo com o macrocosmo faz-se por meio do ritual.

Entre os índios Sarrumá, que vivem na região da fronteira entre Brasil e Venezuela, o conceito de morte por causa natural ou mesmo por acidente

praticamente inexiste: sempre resulta da maldição de um inimigo. Ou, então, conduta imprudente: se alguém come um animal tabu, o espírito desse animal vinga-se provocando doença e morte.

A tarefa do xamã é convocar espíritos capazes de erradicar o mal. Para isso ele passa por um treinamento longo e rigoroso, com prolongada abstinência sexual e alimentar; nesse período aprende as canções xamanísticas e utiliza plantas com substâncias alucinógenas que são chamarizes para os espíritos capazes de combater a doença.

A medicina grega representa uma importante inflexão na maneira de encarar a doença. É verdade que, na mitologia grega, várias divindades estavam vinculadas à saúde. Os gregos cultuavam, além da divindade da medicina, Asclepius, ou Aesculapius (que é mencionado como figura histórica na *Ilíada*), duas outras deusas, Higieia, a Saúde, e Panacea, a Cura. Ora, Higieia era uma das manifestações de Athena, a deusa da razão, e o seu culto, como sugere o nome, representa uma valorização das práticas higiênicas; e se Panacea representa a idéia de que tudo pode ser curado - uma crença basicamente mágica ou religiosa -, deve-se notar que a cura, para os gregos, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos.

Essa visão religiosa antecipa a entrada em cena de um importante personagem: o pai da Medicina, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.). Pouco se sabe sobre sua vida; poderia ser uma figura imaginária, como tantas na Antigüidade, mas há referências à sua existência em textos de Platão, Sócrates e Aristóteles. Os vários escritos que lhe são atribuídos, e que formam o *Corpus Hipocraticus*, provavelmente foram o trabalho de várias pessoas, talvez em um longo período de tempo. O importante é que tais escritos traduzem uma visão racional da medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa antes descrita. O texto intitulado "A doença sagrada" começa com a seguinte afirmação: "A doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana".

Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. A obra hipocrática caracteriza-se pela valorização da observação empírica, como o demonstram os casos clínicos nela registrados, reveladores de uma visão

epidemiológica do problema de saúde-enfermidade. A apoplexia, dizem esses textos, é mais comum entre as idades de 40 e 60 anos; a tísica ocorre mais freqüentemente entre os 18 e os 35 anos. Essas observações não se limitavam ao paciente em si, mas a seu ambiente. O texto conhecido como "Ares, águas, lugares" discute os fatores ambientais ligados à doença, defendendo um conceito ecológico de saúde-enfermidade.

Daí emergirá a idéia de miasma, emanações de regiões insalubres capazes de causar doenças como a malária, muito comum no sul da Europa e uma das causas da derrocada do Império Romano. O nome, aliás, vem do latim e significa "maus ares" (é bom lembrar que os romanos incorporam os princípios da medicina grega).

Galeno (129-199) revisitou a teoria humoral e ressaltou a importância dos quatro temperamentos no estado de saúde. Via a causa da doença como endógena, ou seja, estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio.

No Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia, e segue, um rumo diferente, mas de certa forma análogo ao da concepção hipocrática. Fala-se de forças vitais que existem no corpo: quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, sobrevem a doença. As medidas terapêuticas (acupuntura, ioga) têm por objetivo restaurar o normal fluxo de energia ("chi", na China; "prana", na Índia) no corpo.

Na Idade Média européia, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes. Mas, ao mesmo tempo, as idéias hipocráticas se mantinham, através da temperança no comer e no beber, na contenção sexual e no controle das paixões. Procurava-se evitar o *contra naturam vivere*, viver contra a natureza. O advento da modernidade mudará essa concepção religiosa.

O suíço Paracelsus (1493-1541) afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. Naquela época, e no rastro da alquimia, a química começava a se desenvolver e influenciava a medicina. Dizia Paracelso que, se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos, e passou

então a administrar aos doentes pequenas doses de minerais e metais, notadamente o mercúrio, empregado no tratamento da sífilis, doença que, em função da liberalização sexual, se tinha tornado epidêmica na Europa.

Já o desenvolvimento da mecânica influenciou as idéias de René Descartes, no século XVII. Ele postulava um dualismo mente-corpo, o corpo funcionando como uma máquina. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da anatomia, também conseqüência da modernidade, afastou a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos. No famoso conceito de François Xavier Bichat (1771-1802), saúde seria o "silêncio dos órgãos".

Mas isto não implicou grandes progressos na luta contra as doenças, que eram aceitas com resignação: Pascal dizia que a enfermidade é um caminho para o entendimento do que é a vida, para a aceitação da morte, principalmente de Deus. Mais tarde, os românticos não apenas aceitariam a doença, como a desejariam: morrer cedo (de tuberculose, sobretudo) era o destino habitual de poetas e músicos como Castro Alves e Chopin. Para o poeta romântico alemão, a doença refinaria a arte de viver e a arte propriamente dita. Saúde, nestas circunstâncias, era até dispensável.

Mas a ciência continuava avançando e no final do século XIX registrou-se aquilo que depois seria conhecido como a revolução pasteuriana. No laboratório de Louis Pasteur e em outros laboratórios, o microscópio, descoberto no século XVII, mas até então não muito valorizado, estava revelando a existência de microorganismos causadores de doença e possibilitando a introdução de soros e vacinas. Era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas.

Esses conhecimentos impulsionaram a chamada medicina tropical. O trópico atraía a atenção do colonialismo, mas os empreendimentos comerciais eram ameaçados pelas doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas. Daí a necessidade de estudá-las, preveni-las, curá-las. Nessa época nascia também a epidemiologia, baseada no estudo pioneiro do cólera em Londres, feito pelo médico inglês John Snow (1813-1858), e que se enquadrava num contexto de "contabilidade da doença". Se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números - os sinais vitais -, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir, a estatística.

O termo é de origem alemã, *Statistik*, e deriva de *Staat*, Estado, o que é bastante significativo, pois o desenvolvimento da estatística coincide com o surgimento de um Estado forte, centralizado. A estatística teve boa acolhida na Inglaterra, onde vigorava a idéia, mais tarde expressa em um famoso dito de Lord Kelvin (William Thomson, 1824-1907), segundo o qual tudo que é verdadeiro pode ser expresso em números.

Na verdade, métodos numéricos no estudo da sociedade, aí incluída a situação de saúde, já haviam sido introduzidos no século XVII. O médico e rico proprietário rural William Petty (1623-1687) iniciara o estudo do que denominava de "anatomia política", coletando dados sobre população, educação, produção e também doenças. John Graunt (1620-1674), comerciante de profissão, mas membro da *Royal Society*, havia conduzido, com base nos dados de obituários, os primeiros estudos analíticos de estatística vital, identificando diferenças na mortalidade de diferentes grupos populacionais e correlacionando sexo e lugar de residência. Esse processo ganhou impulso no século XIX.

Em 1826, Louis René Villermé (1782-1863), médico, publicou um relatório analisando a mortalidade nos diferentes bairros de Paris *(Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*), concluindo que era condicionada sobretudo pelo nível de renda. Na Inglaterra, berço da Revolução Industrial, também surgiram estudos desse tipo: é que ali se faziam sentir com mais força os efeitos, sobre a saúde, da urbanização, da proletarização. Esta foi a situação que inspirou Friedrich Engels a escrever *Condição da classe trabalhadora na Inglaterra.* A partir de 1840 aparecem os *Bluebooks* e inquéritos estatísticos.

Caráter pioneiro nas estatísticas de saúde é atribuído a William Farr (1807-1883). Médico, Farr tornou-se em 1839 diretor-geral do recém-estabelecido *General Register Office* da Inglaterra, e aí permaneceu por mais de 40 anos. Seus *Annual Reports*, nos quais os números de mortalidade se combinavam com vívidos relatos, chamaram a atenção para as desigualdades entre os distritos "sadios" e os "não-sadios" do país. Em 1842, Edwin Chadwick (1800-1890) escreveu um relatório que depois se tornaria famoso: *As condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha*. Chadwick, que não era médico nem sanitarista, mas advogado, impressionou o Parlamento, que em 1848 promulgou lei (*Public Health Act*) criando uma Diretoria Geral de Saúde, encarregada, principalmente, de propor medidas de saúde pública e de recrutar médicos sanitaristas. Dessa forma teve início oficial o trabalho de saúde pública na Grã-Bretanha.

Em 1850, nos Estados Unidos, Lemuel Shattuck, livreiro, faz um relato sobre as condições sanitárias em Massachusetts - e uma diretoria de saúde é criada nesse Estado, reunindo médicos e leigos. Ao mesmo tempo, outras revoluções, estas sangrentas, ocorriam, como a de 1848, como a Comuna de Paris: Karl Marx estava diagnosticando os males do capitalismo e propondo profundas modificações na sociedade. Mesmo que estas não ocorressem, modificações precisavam ser feitas. Os capitalistas e latifundiários precisavam, nas palavras de Otto von Bismarck, o "chanceler de ferro", serem salvos deles próprios, de sua ganância que ameaçava sacrificar a mão-de-obra operária. Bismarck criou, em 1883, um sistema de seguridade social e de saúde que, por vários aspectos, foi pioneiro. Aliás, na Alemanha já tinha surgido, em 1779, a idéia da intervenção do Estado na área de saúde pública. Naquele ano começava a ser publicado o *System einer Vollständigen medicinischen Polizei*, obra monumental com a qual Johan Peter Frank (1745-1821) lançava o conceito, paternalista e autoritário, de polícia médica ou sanitária.

Depois da Alemanha, o sistema foi implantado na França, que, tendo anexado a Alsácia-Lorena após a Primeira Guerra Mundial, não quis privar a população dessa região dos benefícios de que gozava sob o Império Alemão. Vários outros países foram copiando o sistema. Mudança substancial ocorreria à época da Segunda Guerra, na Grã-Bretanha. Com o intuito de oferecer ao povo inglês uma espécie de compensação pelas agruras sofridas com o conflito bélico, o governo de Sua Majestade encarregou, em 1941, *Sir* William Beveridge de fazer um diagnóstico da situação do seguro social. Dezoito meses mais tarde, Beveridge submeteu ao governo um plano, em conseqüência do qual foi criado, como parte do *Welfare System*, que prometia proteção "do berço à tumba", o Serviço Nacional de Saúde, destinado a fornecer atenção integral à saúde a toda a população, com recursos dos cofres públicos.

Mas não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para tal seria necessário um consenso entre as nações, possível de obter somente num organismo internacional. A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo: foi necessário haver uma Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse.

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz

que "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade". Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, é o de *campo da saúde* (*health field*), formulado em 1974 por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá - país que aplicava o modelo médico inglês. De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange:

- a *biologia humana*, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- o *meio ambiente*, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- o *estilo de vida*, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- a *organização da assistência à saúde*. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades.

A amplitude do conceito da OMS (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse (1977): saúde é ausência de doença. A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor.

Uma resposta a isto foi dada pela declaração final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS. A abrangência do tema foi até certo ponto uma surpresa. A par de suas tarefas de caráter normativo - classificação internacional de doenças, elaboração de regulamentos internacionais de saúde, de normas para a qualidade da água - a OMS havia desenvolvido programas com a cooperação de países-membros, mas esses programas tinham tido como alvo inicial duas doenças transmissíveis de grande prevalência: malária e varíola.

O combate à malária baseou-se no uso de um inseticida depois condenado, o dicloro-difenil-tricloroetano (DDT), tendo êxito expressivo mas não duradouro. A seguir foi desencadeado, já nos anos 60, o Programa de Erradicação da Varíola. A varíola foi escolhida não tanto por sua importância como causa de morbidade e mortalidade, mas pela magnitude do problema (os casos chegavam a milhões) e pela redutibilidade: a vacina tinha alta eficácia, e como a doença só se transmite de pessoa a pessoa, a existência de grande número de imunizados privaria o vírus de seu hábitat. Foi o que aconteceu: o último caso registrado de varíola ocorreu em 1977. A erradicação de uma doença foi um fato inédito na história da Humanidade.

Quando se esperava que a OMS escolhesse outra doença transmissível para alvo, a Organização ampliou consideravelmente seus objetivos, como resultado de uma crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social. Eram anos em que os países socialistas desempenhavam papel importante na Organização - não por acaso, Alma-Ata ficava na ex-União Soviética. A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Trata-se de uma estratégia que se baseia nos seguintes pontos: 1) as ações de saúde devem ser práticas, exeqüíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias - portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país. Estruturados dessa forma, os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são, verdadeiramente, a base. O

sistema nacional de saúde, por sua vez, deve estar inteiramente integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, processo este do qual saúde é causa e conseqüência.

Os cuidados primários de saúde, adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros freqüentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais. Deveria haver uma integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria.

O conceito de cuidados primários de saúde tem conotações. É uma proposta racionalizadora, mas é também uma proposta política; em vez da tecnologia sofisticada oferecida por grandes corporações, propõe tecnologia simplificada, "de fundo de quintal". No lugar de grandes hospitais, ambulatórios; de especialistas, generalistas; de um grande arsenal terapêutico, uma lista básica de medicamentos - enfim, em vez da "mística do consumo", uma ideologia da utilidade social. Ou seja, uma série de juízos de valor, que os pragmáticos da área rejeitam. A pergunta é: como criar uma política de saúde pública sem critérios sociais, sem juízos de valor?

Por causa disso, nossa Constituição Federal de 1988, artigo 196, evita discutir o conceito de saúde, mas diz que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação". Este é o princípio que norteia o SUS, Sistema Único de Saúde. E é o princípio que está colaborando para desenvolver a dignidade aos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos.

Leituras adicionais

AGRIMI, J.; CRISCIANI, C.Charité et assistance das la civilisation chrétienne médievale. In: GRMEK, M. G. (Org.). *Histoire de la pensée medicale en Occident.* Paris: Seuil, 1995. p. 162-163.

ATLAN, H. *A Tort et à raison*: intercritique de la science et du mythe. Paris: Seuil, 1986.

BIRABEN, J. Les maladies en Europe: equilibres et ruptures de la pathocénose. In: GRMEK, M. G. (Org.). *Histoire de la pensée medicale en Occident.* Paris: Seuil, 1995. p. 299.

CHANTLER, C. Reinventing doctors. *British Medical Journal*, n. 317, p. 1.670-1.671, 1998.

FOUCAULT, M. *Histoire de la folie.* Paris: Plon, 1961.

_____. *Naissance de la clinique.* Paris: PUF, 1963.

GOLUB, E. S. *The limits of medicine*. Chicago: The University of Chicago Press, 1997.

GELFAND, T., 1994. The history of the medical profession. In: BYNUM, W. F.; PORTER, R. (Eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine.* London: Routledge. p. 1.119-1.121.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HIPOCRATES. The sacred disease. In: KING, L. B. (Org.). *A History of Medicine.* Middlesex: Penguin, 1971. p. 54-61.

_____. *Aforismas.* São Paulo: Zumbi, 1959.

JACOB, M. C. *The cultural meaning of scientific revolution.* New York: Alfred C. Knopf, 1988.

LAMBRICHS, L. *La vérité médicale.* Paris: Robert Laffont, 1993.

KING, L.S. *Medical thinking.* Princeton: Princeton University Press, 1982.

LAST, J. M.; WALLACE, J. (Orgs.). *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*. East Norwalk: Appleton and Lange, 1992.

LÉBRUN, F. *Médécins, saints et sorciers aux 17e. et 18e. siècles.* Paris: Temps Actuels, 1979.

McKEOWN, T. *The role of medicine.* Princeton: Princeton University Press, 1979.

_____. *The origins of human disease.* Oxford: Blackwell, 1988.

MCNEILL, W. *Plagues and peoples.* New York: Anchor Press, 1976.

MCVAUGH, M. R. Medicine in the Latin Middle Ages. In: LOUDON, I (Org.). *Western Medicine* Oxford: Oxford University Press, 1997. p. 56.

MECHANIC, D. *Medical sociology.* New York: The Free Press, 1968.

NESSE, R. N.; WILLIAMS, G. C. *Why we get sick.* New York: Vintage Books, 1996.

RAUCH, A. *Histoire de la santé.* Paris: PUF, 1995.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública.* São Paulo: Hucitec, 1994.

SAGAN, L. A. *The health of nations.* New York: Basic Books, 1987.

SIGERIST, H. *Civilization and disease.* Chicago: Chicago University Press, 1943.

TUBIANA, M. *Histoire de la pensée médicale.* Paris: Flammarion, 1991.

WEAR, A. *Medicine in society.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

NOTA

▪ Médico especialista em Saúde Pública, doutor em Ciências pela ENSP e professor de Saúde Coletiva na Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Escritor, autor de várias obras sobre saúde pública e medicina. Endereço eletrônico: mscliar@uol.com.br.

ABSTRACT

History of the Concept of Health

The concepts of health and disease are analyzed in their historical evolution and in their relation with the cultural, social, political and economic contexts, highlighting the evolution of ideas in this field of human experience.

Key words: Health; disease; culture; history.