

Clínica Médica



EDITORES

Milton de Arruda Martins

Flair José Carrilho

Venâncio Avancini Ferreira Alves

Euclides Ayres de Castilho

Giovanni Guido Cerri

VOLUME 1

Atuação da Clínica Médica

Sinais e Sintomas
de Natureza Sistêmica

Medicina Preventiva

Saúde da Mulher

Envelhecimento e Geriatria

Medicina Física e Reabilitação

Medicina Laboratorial
na Prática Médica

© Editora Manole Ltda., 2016, por meio de contrato com os Editores.

“A edição desta obra foi financiada com recursos da Editora Manole Ltda., um projeto de iniciativa da Fundação Faculdade de Medicina em conjunto e com a anuência da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP.”

Logotipos © Hospital das Clínicas – FMUSP
© Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Editor gestor: Walter Luiz Coutinho
Editoras: Eliane Usui e Juliana Waku
Produção editorial: Juliana Waku

Capa: Hélio de Almeida
Imagem da capa e ilustrações: Sirio José Braz Cançado
Projeto gráfico: Hélio de Almeida e Departamento Editorial da Editora Manole
Editoração eletrônica: Luargraf Serviços Gráficos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Clinica médica, volume 1: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina física e reabilitação, medicina laboratorial na prática médica. – 2. ed. – Barueri, SP: Manole, 2016. – (Clínica médica)

Vários autores.
Vários editores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-204-3896-1 (obra completa)
ISBN 978-85-204-3614-1

1. Clínica médica 2. Diagnóstico e tratamento 3. Sinais e sintomas I. Série.

15-08915

CDD-616.07
NLM-WB 100

Índice para catálogo sistemático:
1. Clínica médica: Medicina 616.07

Todos os direitos reservados.
Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, por qualquer processo, sem a permissão expressa dos editores.
É proibida a reprodução por xerox.

A Editora Manole é filiada à ABDR – Associação Brasileira de Direitos Reprográficos.

Edição brasileira – 2016

Editora Manole Ltda.
Av. Ceci, 672 – Tamboré
06460-120 – Barueri – SP – Brasil
Tel.: (11) 4196-6000 – Fax: (11) 4196-6021
www.manole.com.br
info@manole.com.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

Sumário

Prefácio à 1ª edição	XXV
Prefácio da 2ª edição	XXVII
Introdução	XXIX
Realidade aumentada	XXX

■ Atuação da Clínica Médica

Editores: Milton de Arruda Martins, Paulo Andrade Lotufo

1 Relação Médico-Paciente	2
Alexandre Saadeh, Desirée Monteiro Cordeiro	
2 História Clínica e Raciocínio Diagnóstico	10
José Antonio Atta, Milton de Arruda Martins	
3 Exame Clínico	19
José Antonio Atta	
4 Princípios Gerais de Atuação do Clínico	23
Milton de Arruda Martins, Maria do Patrocínio Tenório Nunes	
5 Cuidados Paliativos	30
Toshio Chiba, Luís Alberto Saporetti, Milena dos Reis Bezerra de Souza	
6 Avaliação Funcional do Doente com Dor Crônica	38
Lin Tchia Yeng, Ricardo Kobayashi, Carolina Besser Cozac Kobayashi, Jefferson Rosi Júnior, Adrianna Loduca, Barbara Maria Müller, Alessandra Spedo Focosi, Daniel Ciampi de Andrade, Manoel Jacobsen Teixeira	
7 Tratamento Multidisciplinar da Dor	45
Lin Tchia Yeng, Jefferson Rosi Júnior, Adrianna Loduca, Daniel Ciampi de Andrade, Manoel Jacobsen Teixeira	
8 Aspectos Psicológicos do Adoecer	67
Ana Rosa Sancovski	
9 Qualidade de Vida	76
Sérgio Márcio Pacheco Paschoal	

10 Avaliação Perioperatória Clínica	87
Fábio Santana Machado, Anai Spinelli de Souza Durazzo	
11 Tabagismo: Impactos na Saúde, Prevenção e Tratamento	101
Ubiratan de Paula Santos, Gustavo Faibischew Prado, Stella Regina Martins, Elisa Maria Siqueira Lombardi	
12 Atenção Domiciliar	129
Keila T. Higa-Taniguchi, Letícia Andrade, Angélica M. Yamaguchi, Ivone Bianchini, Toshio Chiba	
13 Adesão ao Tratamento	141
Josiane Lima de Gusmão, Renan Sallazar Ferreira Pereira, Décio Mion Júnior	
14 Interações Medicamentosas e Reações Adversas a Medicamentos	150
Solange A. P. C. Bricola, Caroline M. Aoki, Catarina Gomes Cani, Amouni Mohmoud Mourad	
15 Medicina Baseada em Evidências	161
Isabela M. Benseñor, Paulo Andrade Lotufo, Alessandra C. Goulart	
16 Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional	171
Marina Peduzzi, Maria Amélia de Campos Oliveira, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Heloíse Lima Fernandes Agreli, Manoel Vieira Miranda Neto	
17 Consulta Periódica de Saúde	180
Mario Ferreira Junior, Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani	
18 Intoxicações Crônicas	192
José Tarcísio Penteado Buschinelli, Eduardo Mello De Capitani	
19 Problemas Clínicos Ligados ao Meio Ambiente	209
Alfésio Luís Ferreira Braga, Chin An Lin, Luiz Alberto Amador Pereira, Ubiratan de Paula Santos	
20 Aconselhamento para Hábitos Saudáveis	224
Roberto Gaspar Tunalá, Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani, Mario Ferreira Junior	

■ Sinais e Sintomas de Natureza Sistêmica

Editores: Milton de Arruda Martins, Paulo Andrade Lotufo

- 1 Cansaço e Astenia** 236
Valéria Maria Natale
- 2 Cianose** 247
Edison Ferreira de Paiva, Iolanda Calvo Tibério
- 3 Edema** 253
Marluz dos Reis, Dahir Ramos de Andrade Júnior
- 4 Tonturas e Vertigens** 272
Isabela M. Benseñor
- 5 Emagrecimento Involuntário** 281
Maria Lúcia Bueno Garcia
- 6 Hepatomegalia e Esplenomegalia** 294
Dahir Ramos de Andrade Júnior
- 7 Dispneia** 318
Iolanda Calvo Tibério
- 8 Dor Torácica** 327
Edison Ferreira de Paiva, Maria Helena Sampaio Favarato
- 9 Febre** 335
Arnaldo Lichtenstein

■ Medicina Preventiva

Editor: Euclides Ayres de Castilho

- 1 Aspectos Sociais e Culturais da Saúde e da Doença** 348
Márcia Thereza Couto, Lília Blima Schraiber,
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
- 2 O Sistema de Saúde Brasileiro** 355
Mário Scheffer, Fernando Aith
- 3 Rastreamento** 366
José Eluf Neto
- 4 Princípios de Epidemiologia** 371
Alicia Matijasevich, Paulo Rossi Menezes
- 5 Atividade Física** 381
Rubens Kon, Yara Maria de Carvalho
- 6 Violência e Saúde** 387
Lília Blima Schraiber, Ana Flávia Lucas Pires D'Oliveira
- 7 Saúde e Meio Ambiente** 400
Nelson Gouveia, Izabel Oliva Marcílio
- 8 Economia e Saúde** 410
Ana Luiza d'Ávila Viana, Hudson Pacífico da Silva, Mário Scheffer

9 Diagnóstico de Saúde de Populações:

- o que Todo Médico Deve Saber** 419
Maria Ines Battistella Nemes, Heráclito Barbosa de Carvalho,
Hillegonda Maria Dutilh Novaes, Júlio Litvoc, Denise Schout,
Reinaldo José Gianini, Patrícia Coelho de Soárez

- 10 Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução de Vulnerabilidade** 436
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

- 11 Vigilância Epidemiológica** 455
Denise Schout, Izabel Oliva Marcílio, Hillegonda Maria Dutilh Novaes

- 12 Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: o Papel da Educação e da Comunicação** 464
Antonio Pithon Cyrino, Lília Blima Schraiber

■ Saúde da Mulher

Editores: Edmund Chada Baracat, Marcelo Zugaib,
José Maria Soares Júnior, Rossana Pulcineli Vieira Francisco

- 1 Atenção Primária à Saúde da Mulher** 472
Isabel Cristina Esposito Sorpreso, José Maria Soares Júnior,
Milton de Arruda Martins, Edmund Chada Baracat

- 2 Distúrbios do Ciclo Menstrual** 482
José Maria Soares Júnior, Ana Maria Massad Costa, Antônio Jorge Salomão, Maria Cândida P. Baracat, Edmund Chada Baracat

- 3 Amenorreia** 488
Angela Maggio da Fonseca, Jucilene Sales da Paixão, Vicente Renato Bagnoli, Wilson Maça Yuki Arie, José Maria Soares Júnior

- 4 Síndrome dos Ovários Policísticos** 498
José Maria Soares Júnior, Gustavo Arantes Rosa Maciel,
Maria Cândida P. Baracat, Sylvia Asaka Yamashita Hayashida,
Edmund Chada Baracat

- 5 Infertilidade Feminina** 505
Carlos Roberto Izzo, Pedro Augusto Araújo Monteleone,
Paulo Cesar Serafini, Edmund Chada Baracat

- 6 Transição Menopáusia** 511
José Maria Soares Júnior, Isabel Cristina Esposito Sorpreso,
Sylvia Asaka Yamashita Hayashida, Nilson Roberto de Melo,
Edmund Chada Baracat

- 7 Pós-Menopausa** 515
José Maria Soares Júnior, Nilson Roberto de Melo, Angela Maggio da Fonseca, Edmund Chada Baracat

- 8 Anticoncepção** 520
Nilson Roberto de Melo, Luciano de Melo Pompei

- 9 Corrimento Genital** 530
Vicente Renato Bagnoli, Angela Maggio da Fonseca, Fábio Bagnoli,
Maria Hermínia Alegre Arie, Iara Moreno Linhares

Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução de Vulnerabilidade

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

SUMÁRIO

- Interação entre saberes, integração entre ações, 436
 - Desenvolvimento e fundamentos do modelo de história natural da doença, 437
 - O modelo da história natural das doenças, 438
 - Níveis de prevenção, 440
 - Ações de prevenção e prática médica, 443
- Uma nova promoção da saúde, 444
 - Origens da nova promoção da saúde (NPS), 444
 - Princípios da nova promoção da saúde, 445
 - Perspectivas atuais e desafios da nova promoção da saúde, 445
- Vulnerabilidade e o desafio da prevenção e promoção da saúde, 446
 - Origens do conceito de vulnerabilidade⁴⁴⁶, 446
 - Os estudos de vulnerabilidade, 447
 - Práticas de redução de vulnerabilidade, 449
- Considerações finais, 452
- Principais tópicos do capítulo, 453
- Referências bibliográficas, 453

Interação entre saberes, integração entre ações

Imagine estar em uma unidade básica de saúde de uma grande cidade brasileira e se ver 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 reforcem essa hipótese e você queira 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 precisa também localizar, a partir desse “caso-índice”, outras pessoas com risco aumentado para a mesma doença. Qual seria o local que pensaria em visitar primeiro? O domicílio do paciente, naturalmente. Chegando lá, além de

buscar diagnosticar outros possíveis doentes, você, naturalmente, fará um conjunto de recomendações – evitar contato 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 paciente ao tratamento, fazer com que o paciente 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 também seriam 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, entre outras. Contudo, apesar de lembradas “naturalmente” e de fazerem parte do cotidiano das práticas de saúde, as inferências, decisões e ações citadas nada têm de naturais. Na verdade, embora automatizadas por uma sólida credibilidade e pelo uso frequente, elas têm por base diversos saberes especializados, observações empíricas sistemáticas e hipóteses formuladas e testadas por uma ampla gama de disciplinas científicas. São exemplos 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 se utilizam 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 não apenas como recurso diagnóstico e prognóstico, mas também orientam em relação a quando, o quê, como e quanto fazer para fortalecer a saúde, prevenir agravos, tratá-los precoce e adequadamente e recuperar-se o melhor possível dos impactos negativos.

Essas sínteses, que estão sempre orientando a produção de conhecimentos e intervenções em saúde, mesmo quando não são percebidas, receberam, em meados do século XX, uma sistematização conceitual bastante influente: o chamado modelo da história natural da doen-

ça (HND). Busca-se, assim, compreender esse conceito a partir de um breve exame de sua gênese histórica.

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.

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)¹. 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 graves; 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 Charles Creighton (1847-1927)². Esse grupo de epidemiologistas viu no conceito de constituição epidêmica 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 eles denominaram HND³.

O interesse do conceito de constituição epidêmica no final do século XIX e início do século XX deve-se a que, por seu intermédio, passou-se a relacionar o comportamento das doenças a observações relativas não apenas ao agente etiológico, tal como definidos pela nascente bacteriologia, mas também às diversas condições ambientais, com base na compilação exaustiva, inter-relação e comparação sistemática de dados relativos a lugares, épocas, estações do ano, características geográficas e características populacionais^{3,4}.

Assim, apesar de polêmico em sua época⁵, 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 que iniciava um diálogo produtivo entre essa e outras ciências^{6,7}. Isso 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 e morbidade e mortali-

dade 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 1950⁸.

Impulsos relevantes para a sistematização do conceito de HND, na forma como é conhecida hoje, foram dados pelo movimento da Medicina Social inglesa^{9,10}. Nas vertentes mais ligadas à clínica médica, destaca-se o trabalho de John Alfred Ryle (1889-1950), a partir da década de 1930.

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 só 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 saúde¹¹. Nas vertentes da epidemiologia e da saúde pública, foi na London School of Hygiene and Tropical Medicine que os principais avanços foram efetuados, especialmente por intermédio de Jerry Morris, o qual destacou que a apreensão da HND era uma das importantes tarefas da epidemiologia¹². 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 HND 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 nessa concepção, defendeu e sistematizou a proposta de que se devia ampliar a investigação etiológica para períodos prévios e espaços exteriores aos processos anatomofisiopatológicos 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 de seu curso clínico¹³.

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 a hospedeiro, agente e meio¹⁴. Essas proposições influenciaram fortemente Edwin Gurney Clark, professor de epidemiologia da Faculty of Medicine da Columbia University, e Hugh Rodney Leavell, seu parceiro intelectual, da Harvard School of Public Health, que propuseram, em 1953, o modelo de HND que se tornaria a referência definitiva no assunto¹⁵.

Leavell e Clark defendiam, 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 consequências, compondo diferentes níveis de prevenção (NP), desde transformações de condições ambientais e sociais que predisponham ao surgimento das doenças até a redução de seus piores efeitos sobre aqueles que já adoeceram. Para sustentar essas posições, adotam a tese da multicausalidade das doenças. Segundo essa tese, o conhecimento e a intervenção sobre os determinantes das doenças exigem 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 e Clark sobre HND/NP chegou nos anos 1970, por meio de seminários organizados pela Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁶. Um passo decisivo para sua difusão foi a publicação do livro-texto de Leavell e Clark em português, em tradução de Cecília Donnangelo, Moisés Goldbaum e Uraci Ramos, professores do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP¹⁷.

Nessa época, o Brasil, como a América Latina de modo geral, vivia a 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 ideias da Medicina Social¹⁸. Nesse contexto, o modelo de HND/NP foi objeto de severas críticas. O conceito passou a ser questionado quanto às limitações no modo como a multicausalidade e os determinantes sociais e políticos eram (mal) incorporados ao modelo¹⁹, a começar pela expressão HND. É possível falar de história “natural” dos processos saúde-doença? O próprio modelo não quer justamente apontar o fato de que as doenças não são fenômenos naturais? O modo como os agrupamentos 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 adoecer? De outro lado, a ocorrência e a 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 socioeconômico 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 de 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 saúde²⁰⁻²².

O modelo da história natural das doenças

Compreendido o sentido geral do conceito de HND/NP, se verá como seu modelo teórico está estruturado e como se fundamentam 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 a ser apresentado, não se deverá ater à estrita reprodução do modo como foi formulado pela primeira vez. Para maior simplicidade e fluidez da discussão, aperfeiçoamentos, complementações, enriquecimentos de conteúdos e formas que foram sendo incorporados ao modelo, sem modificá-lo substancialmente, serão incluídos na sistematização. Apenas as construções conceituais e práticas relacionadas à prevenção que introduziram mudanças mais significativas serão destacadas.

Conforme se pode 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 os dias atuais. Tomando essas concepções como pressupostas, o esquema HND/NP permite distinguir analiticamente dois períodos envolvidos na gênese e no 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 possíveis evoluções da doença em curso. No período pré-patogênico, distinguem-se três grupos de fatores determinantes: relativos ao agente, ao hospedeiro e ao meio. No período patogênico, distinguem-se quatro fases de evolução: a patogenia inicial ou período de alterações pré-clínicas; a patologia precoce,

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 a 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 da patogenia, é possível e desejável algum tipo de intervenção preventiva

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 morfofuncionais mais características da doença já estão plenamente instaladas; e o desfecho, isto é, o modo como o processo de adoecimento se resolve ou estabiliza. Serão examinados mais de perto esses componentes do modelo, começando pelo período pré-patogênico.

Período pré-patogênico

Ao se ocupar da HND de uma doença, a primeira tarefa é buscar identificar um conjunto de aspectos que possam estar relacionados à sua ocorrência, isto é, à sua determinação – agente(s) etiológico(s), condições predisponentes, facilitadoras, protetoras etc. Esse 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. Isso porque as técnicas de investigação epidemiológica permitem identificar a associação entre os mais diversos eventos de interesse para a saúde, examinando a possibilidade dessas 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 diante do conjunto dos conhecimentos disponíveis, podem ser considerados efetivamente relacionados à determinação e à evolução da doença.

Como citado, 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 decorrência de certo modo de o hospedeiro reagir a ele – por exemplo, portadores assintomáticos; outras vezes, um fator atribuído ao hospedeiro pode ser, na verdade, mais bem explicado ao se olhar o meio em que ele vive – por exemplo, um comportamento alimentar que produz distúrbios nutricionais, que se pode 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 morbimortalidade por doenças respiratórias e cardiovasculares.

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.

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 autocuidado, grau de instrução, características cognitivo-intelectuais, características psicoemocionais, 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.

Meio

Este grupo diz respeito ao ambiente que coloca em contato 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 socioestruturais (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 1950, passou-se a admitir um sentido mais amplo de meio, incorporando-se às análises aspectos como desenvolvimento econômico, padrões culturais (valores e normas sociais), modo de vida (urbano ou rural), condições de trabalho, alimentação etc.

O conhecimento dos aspectos relativos a agente, hospedeiro e meio é, como pode ser visto, fundamental para a prevenção. Quanto melhor conhecê-los, maior será a 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 saúde, um conhecimento acurado sobre os processos patológicos e suas possibili-

dades de evolução e desfecho pode favorecer uma intervenção que restabeleça da melhor forma possível a saúde ou reduza danos individuais e coletivos. Por isso, o modelo de HND define um segundo componente de sistematização de conhecimentos, chamado período patogênico.

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. Nessa perspectiva, o modelo de HND distingue ainda dois subcomponentes. 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 (doença precoce). Esses dois períodos são divididos pelo 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.

Período patogênico pré-clínico

Este subcomponente 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 e com agentes de outras doenças. Do ponto de vista da evolução clínica do caso individual, ele é de crucial importância, pois os eventos ocorridos nesse momento podem determinar diferentes condições de reação, reversão, adaptação e recuperação no processo de adoecimento, com repercussões sobre o grau de comprometimento morfofuncional do organismo, sobre o sofrimento físico e mental do doente e seus circundantes, sobre custos de diferentes ordens com o tratamento e/ou a reabilitação e, claro, sobre o prognóstico. Mas também do ponto de vista epidemiológico, o conhecimento dessa etapa da HND é fundamental. Processos patogênicos precoces são períodos nos quais pode ocorrer a transmissão de agentes infecciosos sem que se saiba, retardando a interrupção da cadeia de transmissão.

Em algumas doenças conhecidas, parte dos acometidos evolui dessa 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, há a maioria dos que entram em contato 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 se pode até desconhecer pelo fato de não

produzirem sinais e sintomas. Parte expressiva das doenças conhecidas, contudo, levará certo contingente de acometidos a apresentarem alterações patológicas que ultrapassam o horizonte clínico, com cursos mais ou menos típicos, representados no segundo componente do período patogênico.

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 citado logo no início deste capítulo, a simples presença de certo conjunto de sinais e sintomas pode 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.

Desfecho

Claro que toda doença caminhará para algum desfecho. Pode evoluir das primeiras reações orgânicas diretamente para a remissão ou o controle. Uma segunda situação possível é que, mesmo havendo evolução para um quadro sintomático, um processo patogênico pode caminhar para a remissão completa. Deve-se lembrar, 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 sequelas 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 as características de sua distribuição populacional é também tarefa de relevância prática no conhecimento da HND.

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. Estas três fases da prevenção –

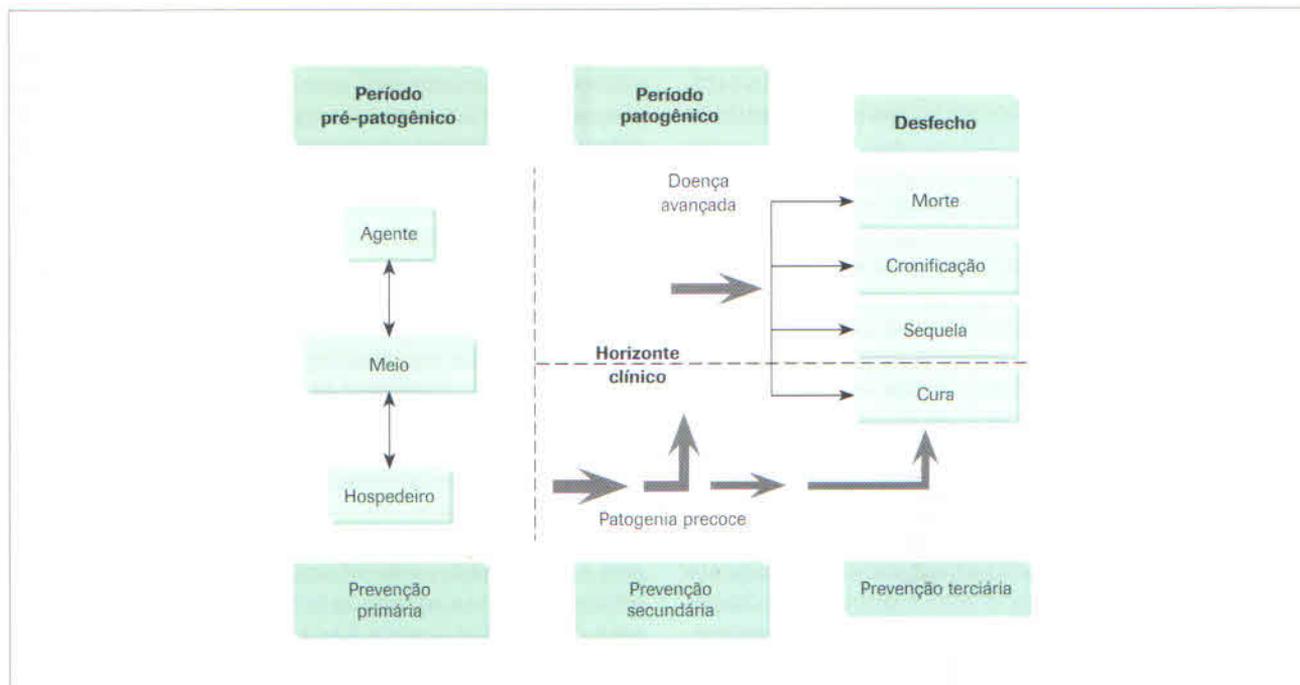


Figura 1. Esquema gráfico do modelo teórico de história natural da doença e níveis de prevenção (adaptado de Leavell e Clark, 1953¹⁵).

primária, secundária e terciária – admitem ainda subdivisões internas, a partir das quais se definem cinco níveis de prevenção.

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 patogênicos 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 esses dois níveis, como, aliás, entre os diversos componentes do modelo de HND/NP, é relativamente arbitrário, pois, na vida real, os aspectos isolados analiticamente estão completamente interpenetrados e são mutuamente dependentes.

Promoção da saúde

Este primeiro nível de prevenção refere-se, como já apontado, a ações que incidem sobre melhoras 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; atividade física adequada; 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.

A promoção da saúde é muitas vezes chamada prevenção primordial. Na verdade, essa designação não foi originalmente utilizada por Leavell e Clark. Foi cunhada mais recentemente por Alwan, nos anos 1990, referindo-se a propostas de mudanças no estilo de vida com vistas à prevenção de doenças crônicas. Por sua proximidade, as duas noções acabaram sendo assimiladas uma à outra, embora, rigorosamente, a prevenção primordial possa ser considerada um caso particular da promoção da saúde no modelo HND/NP²³.

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 contato com esse agente, os indivíduos sejam infectados, adoçam ou desenvolvam formas graves da doença. Há um conjunto de vacinas recomendadas rotineiramente e outras que podem ser necessá-

rias apenas para grupos específicos, como a vacina de febre amarela para quem vive em áreas endêmicas ou que viajará a uma delas, 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 contactantes de doença meningocócica, ou de zidovudina e nevirapina para recém-nascidos de mães infectadas pelo HIV etc.

Pode-se 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; a adição de iodo ao sal para combate ao bócio endêmico; a distribuição de camisinhas para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; o fornecimento de material de injeção descartável a usuários de drogas para reduzir a transmissão de aids e hepatites; o 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; a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança para redução de morbidade e mortalidade em acidentes de trânsito; a adoção de legislação punitiva específica para coibir a violência doméstica, entre tantas outras.

Prevenção secundária

A prevenção secundária atua já no período patogênico, isto é, nas situações em que o processo saúde-doença já está instaurado. Ela visa a, 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.

Diagnóstico precoce e tratamento imediato

As medidas de diagnóstico precoce e tratamento imediato, como os nomes indicam, devem detectar o mais rapidamente possível os processos patogênicos já instalados. Assim, mesmo antes de um agravamento 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*. Lembrar, nesse sentido, da busca ativa e da realização de exame bacterioscópico de escarro os chamados sintomáticos respiratórios – indivíduos que tosse há mais de três semanas sem outra razão conhecida – visando a diagnosticar precocemente a tuberculose pulmonar. Essa medida favorecerá não apenas a evolução clínica do indivíduo infectado precocemente

diagnosticado e tratado, mas também 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 se encontrar outros infectados em fase inicial e indivíduos altamente suscetíveis à infecção. Por isso, deve-se lembrar sempre que a busca ativa de outros casos ou suscetíveis a partir de um diagnóstico de doença infecciosa também é uma relevante medida de prevenção secundária.

Há ainda diversos outros rastreamentos, para além dos 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 Papanicolaou entre mulheres sexualmente ativas, a mamografia e o 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 esse 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 amplitude e natureza tais que implicam investimentos altos 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.

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 isso menos relevante. 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 sequelas, ou reduzir e retardar ao máximo as complicações clínicas, nos casos de condições crônicas (como hipertensão primária, diabetes melito, certos distúrbios mentais) ou cronicizadas com recurso a suportes terapêuticos (como a aids ou algumas doenças autoimunes).

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 de maior relevância, demonstrando a estreita relação entre assistência à saúde e prevenção.

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 sequelas ou a cronificação –, as quais também reclamam cuidados preventivos específicos. Nesse plano, o objetivo é conseguir que as limitações impostas pela condição provocada pelo adoecimento ou agravamento prejudiquem o mínimo possível o cotidiano e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades afetadas.

O alcance desse objetivo requer esforços que podem passar por medidas de reabilitação física, como no caso de restrições funcionais, sequelas neuromotoras ou necessidade do uso de próteses; apoios de caráter psicoemocional, como em mutilações físicas, alterações psicomotoras ou dificuldades emocionais que interfiram na autoimagem, na identidade, no equilíbrio mental ou na sociabilidade dos afetados; até apoios de alcance social, como readaptação ao 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 a 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.

Ações de prevenção e prática médica

Exemplos de diversas ações preventivas foram sendo elencadas no decorrer do texto, conforme discutido o modelo de HND/NP. Cabe, contudo, fazer uma referência, ainda que breve, às diferentes situações de práticas em que ações dessa natureza possam ser desenvolvidas.

Considerando-se o caráter das ações de prevenção, será quase intuitivo compreender que as unidades básicas de saúde (UBS) devem constituir o espaço privilegiado para seu desenvolvimento. Esse privilégio se deve a uma série de características da atenção básica: (a) o fato de a UBS constituir-se na instância de serviços de saúde mais próxima do contexto em que vivem os indivíduos em família e comunidade; (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 contato 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^{24,25}.

Com efeito, a atenção básica, também chamada atenção primária à saúde^{26,27}, constitui uma área de práticas na qual a prevenção de agravos torna-se um dos principais objetivos e espaço de ricas oportunidades, o que, como visto a partir da discussão do modelo de HND/NP, não prescinde da assistência médica, mas, muito ao con-

trário, guarda na integração com ela uma sinergia fundamental.

Foi com base nessa compreensão que a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) organizou, em 1977, um serviço de atenção primária à saúde em uma UBS, o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa. O Centro de Saúde Escola Butantã, como é também chamado, desenvolve ações nas quais essa integração entre cuidado e prevenção tem sido a tônica das atividades de assistência, ensino e pesquisa em atenção primária às quais podem remeter-se os leitores interessados em aprofundamento²⁸.

Mas, se a assistência médica e as ações de prevenção devem caminhar juntas, é razoável supor que outros níveis de atenção à saúde também precisem incorporar atividades preventivas, como os serviços de atenção especializada. Com efeito, é cada vez mais claro que o bom especialista deve utilizar todo o conhecimento disponível sobre a história natural das doenças e dos 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 FMUSP é um exemplo de como um hospital de nível terciário pode reconhecer oportunidades e realizar atividades de prevenção, conforme as evidências disponíveis na literatura científica²⁹.

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 em um gradiente que vai de práticas com boa evidência para se recomendar a utilização até práticas com boa evidência para se recomendar a não utilização, nos diferentes agravos à saúde, como hipertensão, depressão, câncer de colo de útero etc.³⁰.

Apesar das reservas que se deve guardar em relação ao significado e ao alcance efetivo dessas evidências e classificações³¹, 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 sejam inócuas ou até mesmo prejudiciais. Há, por exemplo, uma série de medidas de rastreamento para diagnóstico precoce de doenças (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 tireoide, entre outras. O cuidado no uso desses recursos de rastreamento, assim como de ações

de prevenções primária e terciária, é fundamental para proteger a saúde e os direitos dos pacientes e das comunidades e para aumentar a eficiência e a eficácia do sistema de atenção à saúde³².

Prevenção quaternária

Essa preocupação com a proteção dos usuários dos serviços de saúde contra os malefícios provocados por intervenções inadequadas ou excessivas é de tal ordem que se cunhou nos anos 1990 o conceito de prevenção quaternária^{33,34}. Originalmente proposta por Jacques Alain Bury, médico belga dedicado à psicologia e à sociologia médicas e à educação em saúde, a expressão referia-se a cuidados paliativos. Dialogando com o clássico esquema de Leavell e Clark, a prevenção quaternária dizia respeito à última etapa na cronologia do adoecimento, ao tipo de cuidado que deve anteceder a morte. Marc Jamoulle, médico de família, reutiliza a expressão para se referir a uma “ação feita para identificar uma pessoa ou população em risco de supermedicalização, para protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis”³³, definição formalmente adotada em 1999 pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA).

Seja recorrendo às evidências científicas sobre a pertinência e a efetividade de ações e recursos de prevenção, diagnóstico ou tratamento, seja buscando um modelo de prática que contextualize as definições abstratas de riscos e adoecimentos nas situações concretas das pessoas, nas suas narrativas, seus contextos, seus interesses e necessidades, a prevenção quaternária busca evitar danos físicos, psicoemocionais e até mesmo econômicos aos pacientes. Seu escopo vai desde a resistência e crítica à medicalização da vida cotidiana até a adoção de condutas de seguimento individual e populacional não intervencionistas (observação assistida), passando pela decisão compartilhada e uso racional dos recursos técnicos disponíveis, configurando-se, assim, como uma atitude fundamental para as propostas de humanização da atenção à saúde³⁵.

Uma nova promoção da saúde

O movimento histórico de desenvolvimento dos conceitos e das práticas da medicina preventiva e da saúde pública foi apontando novas necessidades ao longo do tempo. A reconstrução, em pleno curso, do antigo conceito de promoção da saúde é um dos mais expressivos exemplos desse processo³⁶.

Como visto, por promoção da saúde designa-se no modelo de Leavell e Clark o primeiro nível de prevenção, o mais abrangente e não específico da fase primária. A partir dos anos 1970, porém, promoção da saúde passa a ser também a expressão utilizada como o norte de um poderoso movimento de ideias 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 originalmente associadas a esse nível. Em segundo lugar, porque busca modificar os próprios fundamentos e métodos dessas ações. É o que se examinará a seguir.

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 1974³⁷. Lalonde era, então, 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 deveria ser dada maior atenção ao meio ambiente e aos estilos de vida, priorizando práticas de intervenção voltadas para esses aspectos.

Pouco tempo depois, em 1978, a 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, República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética). 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. Essas 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 para doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos”³⁷.

Mas o impulso decisivo para a consolidação das propostas da NPS veio das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas em: Ottawa, Canadá, 1986; Adelaide, Austrália, 1988; Sundsvall, Suécia, 1991; Jacarta, Indonésia, 1997; Cidade do México, México, 2000; Bangkok, Tailândia, 2006; Nairóbi, Quênia, 2009; Helsinki, Finlândia, 2013. Ao longo dessas conferências, que reuniram técnicos, gestores, políticos e ativistas, foram sendo consolidados os conceitos e as estratégias para uma efetiva mudança de paradigma na orientação das práticas de saúde e melhora das condições de saúde das populações em todo o mundo, especialmente entre as nações e grupamentos sociais mais pobres. Em cada uma dessas conferências, o debate de ideias 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.

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 os principais resultados obtidos em sete princípios para essa prática³⁸.

1. **Concepção holística de saúde:** a saúde é entendida como bem-estar físico, mental, social e espiritual, dizendo respeito não a grupos de risco, mas à população como um todo, e não apenas a questões médicas, mas a necessidades relacionadas ao dia a dia dessas populações. Aqui é que 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, tributação e controle fiscal, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano etc. Isso implica que as propostas da NPS identifiquem no compromisso e no envolvimento governamental um papel central. Aqui já há algum contraste com o sentido predominante no modelo clássico de HND, mais centrado no setor saúde.

3. **Empoderamento:** neologismo que busca traduzir o termo inglês *empowerment*, trata-se da ideia 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, autoestima, suporte social etc. Aqui também se observa contraste com a promoção da saúde tradicional, pois enfatiza-se o protagonismo dos 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 a 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 já haver 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 ideia 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 nesse aspecto observam-se 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 multiestratégicas:** aqui há muita proximidade com as propostas de interdisciplinaridade e intersectorialidade 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 socioculturais das populações. De outro lado, aponte a garantia de continuidade e efetividade dessas políticas, requerendo esforços para captação duradoura de recursos materiais e construção de legitimidade e governabilidade dessas propostas. Esses são aspectos bastante contemporâneos, não sendo preocupações perceptíveis no conceito tradicional de promoção da saúde.

8. A esses princípios gerais, cabe destacar a ênfase dada, especialmente a partir da conferência de Helsinque (2013), à integração de políticas em diferentes setores para implementar a promoção da saúde, o chamado argumento *Health in All Policies* (HiAP) ou Saúde em todas as Políticas³⁹.

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 três fases e dos cinco 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 citados, 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 que eles aumentem progressivamente seu controle sobre os determinantes dos processos de saúde-doença-cuidado, e consequentemente, sobre sua qualidade de vida e saúde.

Esse movimento de reconstrução alcançou, na década de 1990, uma expressiva legitimidade em todo o mun-

do, sendo adotada como diretriz política pela própria OMS, configurada especialmente na estratégia das “cidades saudáveis”⁴⁰. No Brasil, a promoção da saúde foi textualmente incorporada à Constituição Federal de 1988, assumida como direito de pessoas e comunidades e, portanto, constituindo bases legais para sua reivindicação e controle social⁴¹. 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^{42,43}, culminando com a definição pelo Ministério da Saúde, em 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde⁴⁴.

Apesar do expressivo progresso alcançado em termos de 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, Polland⁴⁵ analisou em 2007 sucessos e fracassos após 20 anos de implantação dessa política em seu país. Como sucessos, Polland apontou a redução do tabagismo, a descentralização e a 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, destacou 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 diabete 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 ressaltou especialmente o foco ainda muito individualizado dos conhecimentos e práticas ali desenvolvidos, excessivamente centrados no setor de 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 dois aspectos centrais, bastante convergentes com os de Polland: a necessidade de 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^{46,47}.

No mesmo sentido de reconstrução das práticas de prevenção de agravos e promoção da saúde, e orientando-se também pelos desafios apontados, é que surgiu 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 pre-

venção tradicionais. Não por acaso, foi incorporado não só ao Programa Brasileiro de DST/aids como à Política Nacional de Promoção da Saúde. Conclui-se, então, este capítulo, examinando os traços gerais desse conceito e as mudanças que se pode introduzir nas concepções e práticas preventivas.

Vulnerabilidade e o desafio da prevenção e promoção da saúde

O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais, sociais e programáticos (relativos a ações e políticas de saúde) 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 isso significa concretamente, recuperando a história da recente emergência desse conceito no cenário da saúde⁴⁸.

Origens do conceito de vulnerabilidade⁴⁹

Desde o início dos anos 1980, a eclosão da epidemia de aids colocou em xeque as práticas de cuidados 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 coisa 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 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: ao buscar as causas de uma doença, descreve as populações afetadas de acordo com determinadas características, cuja probabilidade de estarem causalmente associadas 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 associado a esses subgrupos passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que os 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 dessas 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 dos já afetados e retardaram a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se incluíam nesses 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, a realização de rastreamentos, o estabelecimento de clínicas sentinelas, a 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. Nesse continente, por exemplo, à diferença do que ocorria nos Estados Unidos, 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 conhecimento diante da aids. Foram esses grupos que propuseram substituir o isolamento sexual pela ênfase no uso dos preservativos para evitar a troca de fluidos 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 práticas de “sexo mais seguro”, a testagem, o 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 nesse 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, essa construção desloca a noção de risco da ideia de pertencimento a um grupo populacional na direção da identificação dos comporta-

mentos 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 condicionada por outras condições, de caráter social. De outro lado, mas de modo articulado, os próprios setores técnicos e acadêmicos passaram a rever os conceitos e as estratégias mais tradicionais da saúde pública.

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 (Unaid), a propor o conceito de vulnerabilidade, tal como já definido, como um novo instrumental para compreender e intervir na epidemia de aids⁵⁰.

Os estudos de vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade está 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 das 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

assumem 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 depois desses processos 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 nas condições de aparecimento e evolução do agravo em questão, inclusive negativamente em algumas situações.

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 diante de especificidades das características físicas, cognitivas, afetivas e comportamentais de seus hospedeiros, as quais, por sua vez, dependem do contexto socioambiental em que vivem e interagem esses 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. Dessa 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, ao se assumir radicalmente a historicidade da HND/NP, isto é, que não apenas o modo como emerge e cursa uma doença, mas também os modos como se apreende e interpreta esse processo, são dependentes da própria história e das próprias interações sociais, então não se pode 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 às perspectivas e aos 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. Deve-se concluir, portanto, que esses três elementos que compõem os estudos de vulnerabilidade (individual, social e programático) são, na verdade, dimensões que orientam a identificação e a 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.

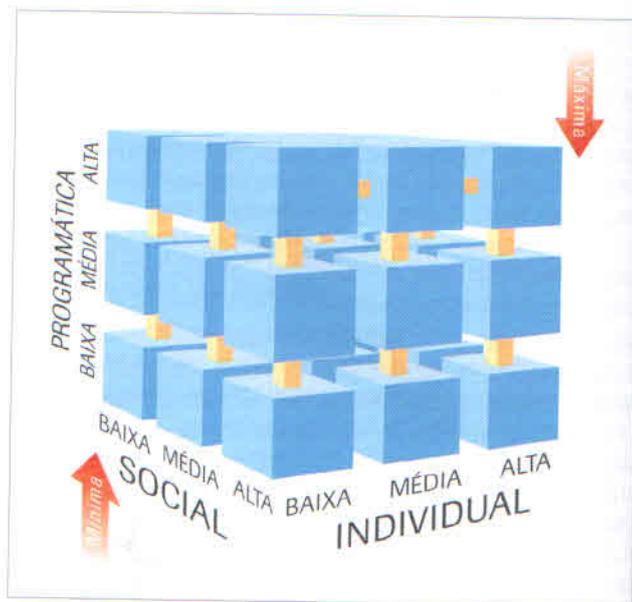


Figura 2. Dimensões das análises de vulnerabilidade (Adaptado de Mann, Tarantola e Netter, 1993⁴⁹).

Como, então, desenvolver análises de vulnerabilidade articulando as três dimensões acima citadas? É o que se procurará apresentar a seguir. Como feito em relação ao modelo de HND/NP, não serão discriminados os sucessivos aperfeiçoamentos e as diversas leituras que o quadro da vulnerabilidade foi experimentando desde suas primeiras formulações, mas apresentada a conformação que assume atualmente nas práticas de saúde de modo mais geral⁵¹.

Dimensão individual da vulnerabilidade

Análises da dimensão individual da vulnerabilidade tomam como ponto de partida as possibilidades de uma pessoa experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele considerando aspectos que vão desde sua constituição física até as formas como suas interações na vida cotidiana constroem suas identidades e práticas concretas. 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 apreender a dimensão individual da vulnerabilidade na intersubjetividade, no modo como, nas suas relações interpessoais, alguém experimenta situações em que pode se expor a um dado agravo à saúde e recorrer (ou não) a recursos de diversas ordens para evitá-lo ou reduzir seus efeitos negativos. O grau e a qualidade da informação de que uma pessoa dispõe sobre o aspecto de saúde em questão, sua motivação e a habilidade para elaborar essas informações e incorporá-las às suas práticas cotidianas e, finalmente, as condições objetivas de que dispõe para transformar essas práticas, serão sempre determinadas e apreensíveis no âmbito concreto das relações interpessoais, nas diversas cenas e cenários em que ocorrem cotidianamente.

Dimensão social da vulnerabilidade

A análise dos aspectos individuais, entendidos em sua perspectiva intersubjetiva, reclama elementos que, como se vê, extrapolam relações interpessoais particulares. Como compreender a informação de que dispõe um indivíduo sobre um determinado agravo a ser prevenido, sua forma de receber e elaborar essa informação, suas possibilidades e interesses de utilizá-la sem pensar imediatamente no contexto mais amplo que situa e conforma suas relações interpessoais? O acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que adquire diante dos valores e das motivações das pessoas, as chances efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete inexoravelmente a aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade de modo mais abrangente. Nesse sentido, a dimensão social busca focar diretamente os aspectos contextuais que estão na base das vulnerabilidades individuais. Aspectos 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 diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, a exclusão social etc., são aspectos que permitem compreender melhor as práticas dos indivíduos e suas relações com os processos de adoecimento. Redução de vulnerabilidade a qualquer agravo depende, portanto, de aspectos como: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas etc.

Dimensão programática da vulnerabilidade

A vida das pessoas nas sociedades está sempre mediada pelas diversas instituições sociais: família, escola, 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 nessa direção.

O plano da dimensão programática da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em dadas circunstâncias sociais, 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 interação em seus contextos. O quanto os serviços de saúde e educação, entre outros, estão propiciando que contextos e interações 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 servi-

ços e programas, os recursos de que dispõem, as atitudes e as competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, a avaliação e a retroalimentação das ações, a sustentabilidade das ações e, especialmente, sua permeabilidade e estímulo à participação e à autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para a superação.

Uma síntese dos elementos que se sugere considerar nas análises de vulnerabilidade, em suas três dimensões, encontra-se no Quadro 2. É claro que essa lista não é exaustiva nem absoluta. Como dito, 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.

Práticas de redução de vulnerabilidade

É importante, neste ponto, fazer 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, como sexo, idade, cor, escolaridade e práticas sexuais, foi e continua sendo uma importante ferramenta para orientar sobre os rumos da epidemia e de possibilidades de 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 as comunidades cuidadas. 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.

Por outro lado, é necessário assinalar que as análises de risco e vulnerabilidade caminham em direções lógicas diversas: enquanto as análises de risco trabalham com a racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser cindidos, isolados e discriminados, as análises de vulnerabilidade trabalham com a 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. No Quadro 3, partindo do caso da aids, é possível ver como essa nova perspectiva pode ser esquematicamente representada quando comparadas as intervenções apoiadas nos conceitos de grupo de risco e comportamento de risco.

O conceito de grupo de risco orientou as ações de prevenção de aids conforme um velho desafio da saúde

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

Individual	Social	Programática
Valores Interesses Crenças Credos Desejos Conhecimentos Atitudes Comportamentos Relações familiares Redes sociais Relações afetivas Situação profissional Situação material Situação psicoafetiva Situação de saúde	Normas sociais Referências culturais Relações de gênero Relações de raça/etnia Relações entre gerações Normas religiosas Estigma e discriminação Emprego Salários Suporte social Acesso à saúde Acesso à educação Acesso à justiça Acesso a cultura e lazer Acesso à mídia Liberdade de expressão Participação política Cidadania	Compromisso político dos governos Definição de políticas específicas Planejamento e avaliação das políticas Participação social no planejamento e na avaliação Recursos humanos e materiais para as políticas Governabilidade Controle social Sustentabilidade Articulação multissetorial Atividades intersetoriais Organização do setor saúde Acesso a serviços Qualidade dos serviços Integralidade da atenção Equidade das ações Equipes multidisciplinares Enfoques interdisciplinares 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 et al., 2003¹⁸.

■ **Quadro 3.** Comparação entre risco e vulnerabilidade como conceitos para a prevenção da aids

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

Adaptado de Ayres et al., 2003¹⁸.

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 por meio 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. Em vez 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 substantivamente dos contextos de intersubjetividade nos quais 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 as práticas que precisam ser mudados, conforme esquematizado no Quadro 4.

Ao localizar no plano das suscetibilidades socialmente configuradas o alvo das intervenções para a redução de

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

Componente	Prevenção tradicional	Redução de vulnerabilidade
Alvo	Indivíduos expostos	Pessoas e grupos populacionais 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 et al., 2006⁸⁸.

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 obstáculos materiais, culturais e políticos que as mantêm vulneráveis. Mais que serem informadas do risco de uma doença, é preciso que as pessoas saibam como se proteger dela e se mobilizem para que as situações relacionais e estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas.

Por essa mesma razão, o enfoque educacional, tão fundamental nos processos de promoção da saúde e prevenção de agravos, não pode ficar preso a tendências modeladoras, fortemente difundidas a partir de um enfoque comportamental. A atitude construcionista, que parte dos saberes e das experiências visados com os 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 forem mantidas restritas à esfera institucional da saúde. A ação intersetorial é fundamental. No mínimo saúde e educação, mas, quando se consegue 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 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 no 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 das comunidades com os quais se trabalha não é a adesão incondicional ao que lhes é prescrito, 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 das intervenções. O modo como os problemas de saúde e a construção de respostas são aqui entendidos reconstrói a velha noção de que, se os profissionais da prevenção fizerem um bom trabalho, as pessoas, ao cabo de certo tempo, terão mudado seus comportamentos na direção desejada, 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. Essa inter-relação entre individual e coletivo e entre saúde e os demais planos de estruturação da vida social deixa clara também a progressiva e estreita relação que os desenvolvimentos conceituais e práticos da vulnerabilidade vêm estabelecendo com o campo dos direitos humanos. Com efeito, seja na perspectiva de uma referência ética, posta por seus princípios e fundamentos, seja como balizamento para a definição política e técnica de ações de prevenção e cuidado, oferecida por documentos e acordos multilaterais de caráter jurídico, a abordagem dos direitos humanos tem oferecido uma produtiva referência para identificar situações estruturais criadoras de

vulnerabilidade e encontrar caminhos concretos para bus-car superá-las^{52,53}.

Há diversas experiências disponíveis na literatura que exemplificam estudos e ações preventivas orientadas pelo conceito de vulnerabilidade. Certamente não cabe reproduzi-las aqui na íntegra. Um exemplo de estratégia de redução de vulnerabilidade desenvolvida neste 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. Nessa experiência, em vez da restrição da intervenção às palestras educativas, forma mais habitual dos profissionais de saúde desenvolverem ações de prevenção no ambiente escolar, optou-se por uma proposta de fomento à produção de uma resposta ativa e autônoma da comunidade escolar. Assim, por meio de debates problematizadores, mobilizaram-se alunos, professores e funcionários. Esses, apoiados pela equipe de saúde, definiram uma agenda de atividades na escola voltada para a identificação e a 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, 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 UBS 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 (Figura 3)^{54,55}.

Considerações finais

Se ao fim dessa jornada conceitual se retornar ao ponto de partida, isto é, às situações de prática nas quais são aplicados os conhecimentos preventivos, percebe-se o quanto são complexos e elaborados esses conhecimentos, nada tendo de imediatos ou naturais. O adoecimento foi descrito como um processo dinâmico, envolvendo determinantes biológicos, comportamentais, sociais, técnicos e políticos que o influenciam, já desde as condições que possibilitam o surgimento até a evolução clínica e o 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 identifica-da a oportunidade de interferir sobre ele, conseguindo



Figura 3. Oficina desenvolvida por alunos multiplicadores em projeto de prevenção de aids na Escola Virgília Rodrigues Alves de Carvalho Pinto, São Paulo/SP.

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 e fornece a ambos referências para aperfeiçoarem 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 a capacidade de identificar diversas etapas e determinantes e indicar pontos estratégicos para agir preventivamente. Os diferentes momentos e componentes do esquema da HND delimitam, por sua vez, as fases primária, secundária e terciária de prevenção, com seus cinco níveis de intervenção. Esses, somados às precauções que alertam a prevenção quaternária, possibilitam que um clínico, ao atender seu paciente, um pesquisador, ao dirigir seus estudos, ou um sanitarista, ao elaborar ações de saúde pública, utilizem de forma racional, eficaz e adequada os recursos técnicos e científicos disponíveis para a melhora 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 melhora 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 as 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 da saúde articule ações e conhecimentos a 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 que médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais etc., estejam atentos, na 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 casa, na cidade, no ambiente de trabalho e na 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 surgida no cenário internacional da saúde no final do século XX foi o conceito de vulnerabilidade. Conforme discutido, o quadro da vulnerabilidade, alinhado com as propostas da nova promoção da saúde, também busca interpretar as relações causais enunciadas na HND à luz de seu significado social e político. Da mesma forma que aconteceu com a nova promoção da saúde, as análises de vulnerabilidade não vêm substituir o modelo de HND/NP, nem somar-se a ela 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 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 essa pessoa específica, grupo social ou comunidade pode chegar a experimentar, nesse específico momento de sua existência, esse processo de adoecimento ou essa condição de saúde? Como essas pessoas podem promover transformações pessoais, sociais e nos programas e serviços de saúde para evitar essa 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. Isso reforça a importância de articular os diversos níveis de assistência dentro do sistema de saúde; de trabalhar, em cada nível, de forma interdisciplinar e com equipes multiprofissionais; e de integrar o trabalho em saúde em redes intersetoriais. Mas, ainda que não se tenham as condições necessárias para fazer essas integrações, ao se ouvir atentamente a quem se atende, compreender o que faz, pensa e sente à luz de suas condições concretas de vida e construir junto com a população alternativas viáveis para cuidar da própria saúde na realidade de seu cotidiano, então já se estará 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 multiestratégicas, sustentabilidade e saúde em todas as políticas.

7. Vulnerabilidade como conceito integrador de saberes, práticas e sujeitos para o conhecimento e a atuação em prevenção e promoção da saúde nas situações concretas de prática.

8. A importância da intersubjetividade nas práticas e situações relacionadas à saúde, 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. Galdston I. The epidemic constitution in historic perspective. *Bull N Y Acad Med.* 1942;18(9):606-19.
3. Hamer WH. *Epidemiology, old and new.* New York: The Macmillan Company; 1929.
4. Crookshank FG. *Epidemiological essays.* London: Kegan Paul, Trench, Trubner; 1930.
5. Goodall EW. The epidemic constitution. *Proc Royal Soc Med.* 1927;21:119-27.
6. Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.* 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
7. Amsterdanka O. Demarcating epidemiology. *Science Tech Human Values.* 2005;30(1):17-51.
8. 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.
9. Pemberton J. Social medicine comes on to the scene in the United Kingdom, 1930-1960. *J Public Health Med.* 1998;20(2):149-53.
10. Porter D. Changing disciplines: John Ryle and the making of social medicine in Britain in the 1940s. *History Scienc.* 1998;30:137-64.
11. Ryle JA. *The natural history of disease [1936].* 2nd ed. London: Oxford University Press; 1948.
12. Morris JN. *The uses of epidemiology.* Baltimore: Williams & Wilkins; 1957.
13. Perkins WH. *Cause and prevention of disease.* Philadelphia: Lea & Febiger; 1938.
14. Gordon JE. *The epidemiology of accidents.* *Am J Public Health.* 1949;39:504-15.
15. Leavell HR, Clark EG. *Textbook of preventive medicine.* New York: McGraw-Hill; 1953.
16. Nunes ED. Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas. *Rev Saude Pública.* 1978;12: 506-15.
17. Leavell HR, Clark EG. *Medicina preventiva.* São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro: MEC/Fename; 1976.
18. 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.
19. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [1975]. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
20. Rouquayrol MZ, Goldbaum M. *Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças.* In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, orgs. *Epidemiologia e Saúde.* Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.17-36.
21. Leser W, Barbosa V, Baruzzi RG, Ribeiro MBD, Franco LJ. *Elementos de epidemiologia geral.* São Paulo: Atheneu; 2002.
22. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. *Epidemiologia básica.* São Paulo: OMS; 1996.
23. Almeida LM. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Rev Port Sau Pub.* 2005;23(1):91-6.

24. Schraiber L, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, orgs. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
25. Campos GWS, Guerrero AVP, orgs. Manual de práticas atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
26. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
27. 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, orgs. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.783-836.
28. Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. Disponível em: www2.fm.usp.br/cseb/ Acessado em: 19 jun 2014.
29. Ferreira Jr. M, Germani ACCG, coords. Centro de Promoção da Saúde - CPS: roteiro de procedimentos básicos - 2011. Disponível em: medicina.fm.usp.br/gdc/docs/cgp_42_CPS%20-%20APOSTILA%202011.pdf. Acessado em: 19 jun. 2014.
30. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Disponível em: canadiantaskforce.ca/ [Acessado em: 19 jun. 2014.
31. Castiel LD, Povoá EC. Dr. Sackett & "Mr. Sackett"... encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(1):205-14.
32. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas em atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
33. Jamouille M, Gussó G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gussó G, Lopes JMC, orgs. Tratado de medicina da família e comunidade: princípios, formação e prática. Vol I. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.205-11.
34. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2012-20.
35. Tesser CD. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. *Mundo da Saúde*. 2012;36(3):416-26.
36. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, orgs. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. pp. 635-67.
37. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Rev C S Col*. 2000;5(1):163-77.
38. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface*. 2003;7(12):101-22.
39. Tang KC, hó Tangl, Stahl T, Bettcher D, De Leeuw E. The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action. *Health Promot. Int.*, 2014; 29 (suppl 1):i1-i8. Disponível em: http://heapro.oxfordjournals.org/content/29/suppl_1/i1.full.pdf+html?sid=37406471-2c63-4776-bd64-199787a532d5. Acessado em 28/09/2015.
40. Kickbush I. In the beginning... (An interview with Ilona Kickbush, by Joe Flower). *Healthcare Forum J*. 1994; 37(3). Disponível em: www.well.com/~bbear/kickbush.html Acessado em: 19 jun. 2014.
41. Germani ACCG, Aith F. Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. *R Dir Sanit*. 2013;14(1):34-59.
42. Czeresnia D, Freitas CM, orgs. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
43. Lefevre F, Lefevre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.
44. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.
45. Polland B. Health promotion in Canada: perspectives and future prospects. *Rev Bras Prom Saúde*. 2007;20(1):3-11.
46. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Rev C S Col*. 2004;9(3):745-9.
47. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos 20 anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(6):2305-16.
48. 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, orgs. Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências. São Paulo: Fiocruz. 2003;117-39.
49. 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.
50. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS. In: Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, orgs. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ; 1993. p.275-300.
51. Ayres JR, Paiva VP, França Júnior I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker R, Sommer M, eds. *Routledge Handbook in Global Public Health*. New York: Routledge; 2011. p.98-107.
52. 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.
53. Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da Saúde. Vol I. Da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012.
54. 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.
55. 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.