

SAÚDE E DOENÇA:

SIGNIFICAÇÕES E PERSPECTIVAS EM MUDANÇA

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque *

Cristina Paula Ferreira de Oliveira **

* Professor Adjunto - Escola Superior de Enfermagem de Viseu (ISPV)

** Enfermeira Especialista - Hospital de São Teotónio de Viseu

"Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde".

(Bolander,1998)

Palavras Chave:

Doença; Saúde; Significações; Representações; Mudança; Revolução.

1. INTRODUÇÃO

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança.

Num passado ainda recente a doença era frequentemente definida como "ausência de saúde", sendo a saúde definida como "ausência de doença" - definições que não eram esclarecedoras. Algumas autoridades encararam a doença e a saúde como estados de desconforto físico ou de bem-estar. Infelizmente, perspectivas redutoras como estas levaram os investigadores e os profissionais de saúde a descurar os componentes emocionais e sociais da saúde e da doença (Bolander,1998). Definições mais flexíveis quer de saúde quer de doença consideram múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como factores psicológicos, sociais e biológicos (ibidem). Contudo, apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais. Por outro lado, e apesar de todos os avanços na pesquisa biomédica, o nosso sonho de atingirmos ou mantermos uma

saúde física e mental permanece exactamente isso - um sonho que, além de tudo, vale a pena prosseguir face aos efeitos da doença nos indivíduos e na sociedade (Diener,1984). Isto é, a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É pessoal, porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionado com a saúde física e mental da pessoa. É social, pois a doença de uma pessoa pode afectar outras pessoas significativas (p.ex.: família, amigos e colegas).

Face a toda esta contextualização, será propósito deste artigo permitir que ao longo da sua redacção se possa definir e discutir o conceito de saúde e doença desde os tempos mais longínquos da nossa história. Saliente-se que os períodos históricos descritos qualificam a emergência e o desenvolvimento de cada um dos modelos de intervenção e conceptualização da saúde e das doenças, aceitando que eles coexistem e mesmo se interligam. Contudo, não será objectivo nosso descrever, por agora, estes modelos de intervenção, já que os mesmos nos merecerão, a posteriori, uma abordagem detalhada num futuro artigo científico a editar nesta mesma revista.

2. DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA

A história da saúde e da doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construções de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente. A história da medicina mostra que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo, pois, diferentes narrativas sobre os processos de saúde e doença.

Duas concepções têm marcado o percurso da medicina (Myers e Benson,1992). A concepção fisiológica, iniciada por Hipócrates, explica as origens das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Esta medicina, segundo Myers e Benson (1992), centra-se no paciente, como um todo, e no seu ambiente, evitando ligar a doença a perturbações de órgãos corporais particulares. A concepção ontológica, por seu lado, defende que as doenças são "entidades" exteriores ao organismo, que o invadem para se localizarem em várias das suas partes (ibidem). Estas entidades não têm sempre o mesmo significado. Na medicina da Mesopotâmia e do Egipto Antigo eram conotadas com processos mágico-religiosos ou com castigos resultantes de pecados cometidos pelos pacientes (Dubos,1980). Na medicina moderna, com vírus (ibidem). A concepção ontológica tem estado frequentemente ligada a uma forma de medicina que dirige os seus esforços na classificação dos processos de doença, na elaboração de um diagnóstico exacto, procurando identificar os órgãos corporais que estão perturbados e que provocam os sintomas. É uma concepção redutora que explica os

processos de doença na base de órgãos específicos perturbados (Myers e Benson,1992). Assume que a doença é uma coisa em si própria, sem relação com a personalidade, a constituição física ou o modo de vida do paciente (Dubos,1980).

A história da medicina não se resume, contudo, a estas duas concepções. Ribeiro (1993) refere que se podem considerar quatro grandes períodos para descrever a evolução dos conceitos de saúde e de doença que se fez sentir ao longo do percurso histórico da humanidade: um primeiro, período pré-cartesiano, até ao século XVII; um período científico ou de desenvolvimento do modelo biomédico, que se começou a instalar com a implementação do pensamento científico e com a revolução industrial; a primeira revolução da saúde com o desenvolvimento da saúde pública, que começou a desenvolver-se no século XIX; finalmente, a segunda revolução da saúde, iniciada na década de 70.

Período pré-cartesiano

A fonte inspiradora da ciência médica ocidental localiza-se na tradição hipocrática, um sistema de pensamento e prática médicas que floresceu na Grécia Antiga, cerca de 400 anos A.C.. A Grécia Antiga constitui um período marcante pois está ligada a propostas de libertação da medicina das suas influências mágico-religiosas, estabelecendo, pois, uma ruptura em relação à medicina da Mesopotâmia e do Egipto. Hipócrates, médico grego, foi quem deu expressão a essa revolução. Com efeito, defendeu um conjunto de princípios teóricos e metodológicos que lhe granjearam a classificação de "pai da medicina". De facto, Hipócrates, acompanhando o racionalismo e o naturalismo dos filósofos da época, defendeu que as doenças não são causadas por demónios ou por deuses, mas por causas naturais que obedecem a leis também naturais. Propôs, por isso, que os procedimentos terapêuticos se baseassem numa base racional, com o objectivo de corrigir os efeitos nocivos das forças naturais. Com ele, a medicina afastou-se do misticismo e do endeusamento e baseou-se na observação objectiva e no raciocínio dedutivo.

Considerou que o bem estar da pessoa estava sob a influência do seu ambiente, isto é, o ar, a água, os locais que frequentava e a alimentação. A saúde era a expressão de um equilíbrio harmonioso entre os humores corporais, os quais eram representados pelo sangue, pelas bílis negra e amarela e pela linfa ou fleuma. Estes quatro fluidos primários eram constantemente renovados pela comida que é ingerida e digerida. O sangue originava-se no coração, a bílis amarela, no fígado, a bílis negra, no baço e a fleuma, no cérebro. A doença podia resultar de um desequilíbrio destes quatro humores, devido à influência de forças exteriores, como é o caso das estações do ano. De facto, propôs a existência de uma relação

directa entre os humores e os quatro elementos: o fogo, o ar, a terra e a água. Neste sentido, a fleuma, o humor frio e húmido, era mais evidente no inverno enquanto que a bÍlis amarela prevalecia no calor seco do verão. A saúde relacionava-se não apenas com os humores contidos no corpo humano, mas também com o resto do universo no qual estava incluído. Considerava-se que o ambiente e o estilo de vida da pessoa influenciavam o seu estado de saúde. É de salientar que na sua origem etimológica - em grego, em germânico, latino, judaico - saúde e doença não apresentam qualquer relação de sentido.

A saúde significava mente sã em corpo são e só podia ser mantida se a pessoa seguisse um estilo de vida consonante com as leis naturais. Só assim seria possível assegurar um equilíbrio entre as forças do organismo e as do seu ambiente. Estas asserções representam um princípio básico da medicina hipocrática: a natureza tem um papel formativo, construtivo e curativo (Nuland, 1988). O corpo humano tende a curar-se a si próprio. Apenas sob circunstâncias muito especiais as causas mórbidas podem sobrepor-se à tendência natural de restabelecer os ritmos e equilíbrios próprios da saúde (Noack,1987). Assim, no tratamento das doenças, o médico devia respeitar um princípio fundamental e imperativo: *primum non nocere*, isto é, primeiro, não fazer mal (ibidem).

Mas Hipócrates não se centrou apenas no paciente e no seu ambiente pois realçou ainda a importância da relação médico-doente e as suas consequências sobre o bem-estar deste. A este propósito referiu:

"Alguns pacientes, embora conscientes de que o seu estado de saúde é precário, recuperam devido simplesmente ao seu contentamento para com a humanidade do médico" (Nuland,1988,p.59).

Talvez pela primeira vez na história da medicina e com Hipócrates se tenha chamado a atenção para a importância da qualidade da relação entre o médico e o paciente no processo de cura. A prática médica de então implicava a compreensão da natureza do ecossistema: o próprio médico era mais do que um técnico, era também filósofo, professor e sacerdote, o que facilitava a compreensão holística da relação doente-saúde.

Desenvolvimento do modelo biomédico

Os princípios metateóricos do modelo biomédico actual baseiam-se na orientação científica do séc. XVII, consistindo numa visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza que surgiu quando filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros conceberam a realidade do mundo como uma máquina

Newton imaginou o Universo a partir de um modelo mecânico. Os seus elementos são partículas materiais, objectos pequenos, sólidos e indestrutíveis, que se movem no espaço e no tempo. E a partir dos quais toda a matéria é feita. Na mecânica newtoniana, todos os acontecimentos físicos são reduzidos ao movimento dessas partículas materiais (Mayer,1988). Esse movimento é o resultado da força da gravidade, a qual é traduzida em equações matemáticas, que constituem a base da mecânica clássica

O mundo é considerado como uma máquina e, à semelhança desta, formado por um conjunto de peças. Deste modo, para o compreender, basta utilizar o mesmo método que se utiliza para perceber uma máquina, isto é, desmonta-se e separam-se as peças.

Esta concepção do mundo físico foi generalizada aos seres vivos (Mayer,1988). Assim, tal como se faz com as máquinas, estudam-se os seres vivos desarticulando as suas partes constituintes (os órgãos). E cada parte é estudada separadamente. Cada uma destas partes desempenha uma determinada função observável. O conjunto, que representa o organismo, é explicado pela soma das partes ou das propriedades.

Nesta perspectiva, Descartes concebeu também o corpo humano como uma máquina, comparando um homem doente a um relógio avariado e um saudável a um relógio com bom funcionamento.

A ideia de um mundo concebido à maneira de um modelo mecânico, e a utilização da metáfora do relógio para o caracterizar, constituem a metateoria a partir da qual as Ciências da Natureza se fundamentam. A natureza é vista como sendo exterior ao Homem e com uma existência objectiva e independente dele; constituída por peças que se movem segundo leis fixas.

Salientamos que esta visão mecanicista do Mundo, tendo sido acompanhada pelo médicos e fisiologistas mais célebres da época, fez com que, de facto , o corpo humano fosse conceptualizado como um grande engenho cujas peças se encaixam ordenadamente e segundo um processo racional.

Em síntese, Galileu, Newton e Descartes enunciaram os princípios básicos da ciência, também conhecidos por Modelo Cartesiano ou Mecanicista (Engel,1977). Este sistema de pensamento defendia que o universo inteiro (incluindo o Homem) era uma máquina prodigiosa funcionando como um relógio, de acordo com as leis matemáticas. Para descobrir tais leis aplicava-se o método analítico e estudavam-se as partes componentes deste conjunto mecânico. O modelo biomédico tradicional baseia-se, em

grande parte, numa visão cartesiana do mundo e considera que a doença consiste numa avaria temporária ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina (Engel,1977; Noack,1987).

O modelo biomédico respondeu às grandes questões de saúde que se manifestavam na época, definindo a teoria do germe. Esta, dentro do espírito cartesiano, postulava que um organismo patogénico específico estava associado a uma doença específica, fornecendo assim as bases conceptuais necessárias para combater as epidemias. O novo modelo, segundo Ribeiro (1993), permitiu enormes progressos na teoria e na investigação, reorientando a prática e a investigação médicas à volta de três critérios: a) a ênfase anterior, no princípio de que todos os sistemas corporais funcionavam como um todo, foi substituída pela tendência a reduzir os sistemas a pequenas partes, podendo cada uma delas ser considerada separadamente; b) simultaneamente, o indivíduo, com as suas características particulares e idiossincráticas, deixou de ser o centro da atenção médica, sendo substituído pelas características universais de cada doença; e c) finalmente, um forte materialismo substituiu a tendência anterior de considerar significativos os factores não ambientais (morais, sociais, comportamentais).

Primeira revolução da saúde

O início da revolução industrial nos finais do século XVIII teve consequências nefastas para a saúde. Exemplos maciços de desequilíbrio ecológico foram, por exemplo, as grandes epidemias decorrentes das mudanças sociais e das alterações do sistema de produção. Grande quantidade de pessoas migravam e aglomeravam-se nas grandes cidades, com fracas condições de salubridade e habitabilidade, facilitadoras da difusão de microorganismos causadores de grande morbidade e mortalidade. A tuberculose foi uma das doenças mais conhecidas da época e a que mais vítimas provocou, tendo-se verificado o mesmo padrão de mortalidade elevada para outras doenças infecciosas, tais como: a pneumonia, o sarampo, a gripe, a escarlatina, a difteria e a varíola (entre outras).

A primeira revolução da saúde foi um dos ramos do modelo biomédico que conduziu ao desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública (Bolander,1998). Tais medidas foram essenciais para as mudanças dos padrões de saúde e doença do mundo desenvolvido de então, e foram suficientes até meados do presente século.

O modelo biomédico, aplicado à saúde pública, desenvolveu-se, segundo Ribeiro (1997), devido ao reconhecimento de que: a) as doenças infecciosas eram difíceis senão impossíveis de curar e, uma vez

instaladas no adulto, o seu tratamento e a sua cura eram dispendiosos; b) os indivíduos contraíam doenças infecciosas em contacto com o meio ambiente físico e social que continha o agente patogénico; c) as doenças infecciosas não se contraíam a não ser que o organismo hospedeiro fornecesse um meio favorável ao desenvolvimento do agente infeccioso. E acrescenta. Para prevenir as doenças era necessário controlar os agentes patogénicos, o que foi feito, por exemplo, controlando a sua mobilidade através da construção de sistemas de esgotos e de distribuição de água potável e da gestão de migrações, ou destruindo esses agentes, por exemplo, através da clorificação das águas de consumo, e finalmente, já bem dentro do presente século, produzindo vacinas. Quando essas medidas falhavam, intervinha a medicina curativa que, a partir de meados do século XX, encontrou nos antibióticos um auxiliar eficaz na destruição desses microorganismos.

Os princípios do modelo biomédico definidos pela teoria do germe, que a princípio se referiam apenas aos microorganismos, estenderam-se depois às toxinas, ao neoplasma, à desregulação endócrina, à deficiência nutricional, etc., caracterizando-se por considerar a existência de uma relação causal linear entre uma causa simples e uma doença (Noack,1987). Uma das evoluções para uma concepção mais actual passou pela aceitação de que a etiologia da doença é multicausal.

O modelo biomédico teve tanto sucesso que, no final da década de 70, nos Estados Unidos, rareavam os indivíduos com menos de 75 anos, cuja morte fosse devida a doenças infecciosas (Ribeiro,1993). Contudo, o modelo biomédico negligencia a autonomia conceitual e as representações que as pessoas fazem sobre o seu estado de saúde. É o caso, por exemplo, das avaliações subjectivas sobre os sintomas, das interpretações ou das significações sobre as causas e as evoluções de uma determinada doença, da implementação e da modificação de estilos de vida ou da decisão em aderir às recomendações feitas pelo médico (Laderman,1987). E esta actividade conceitual tem uma influência marcante na evolução do estado de saúde. Com efeito, diversas investigações empíricas têm demonstrado que as significações pessoais estão na base do bem-estar psicológico e na facilitação dos processos de promoção da saúde, assim como nos de reabilitação (Antonovsky,1979; Aron e Aron,1987; Laderman,1987).

Como seria de esperar, a omissão que o modelo biomédico faz da autonomia conceitual da pessoa é consistente com as definições de saúde e doença com ele conotadas: a saúde é concebida como sendo a ausência de doença e esta é conceptualizada considerando exclusivamente as perturbações que se processam na dimensão física da pessoa (Engel,1977).

Segunda revolução da saúde

A expressão "segunda revolução da saúde" foi utilizado por Richmond, em 1979, no seu relatório sobre a saúde dos americanos, e propõe-se qualificar as mudanças cuja implementação é necessária para responder às novas exigências de saúde. Globalmente, pode afirmar-se que o desenvolvimento do modelo biomédico se centrara na doença, que a primeira revolução da saúde se centrara na prevenção da doença, e que a segunda revolução da saúde se centra na saúde.

Os aspectos mais radicais desta segunda revolução são:

- a) centrar-se na saúde ao invés de na doença;
- b) preconizar o retorno a uma perspectiva ecológica.

Acreditara-se que, com a primeira revolução da saúde, os problemas de saúde estariam resolvidos. No entanto, a partir de meados do século XX, surge nova epidemia: uma epidemia comportamental (McIntyre,1994). Com efeito, constatou-se que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuíam para a mortalidade eram doenças com etiologia comportamental.

Com base nesta evidência, a segunda revolução da saúde teria de se centrar numa nova concepção, em novos princípios: dado as novas epidemias não terem origem em organismos patogénicos, a teoria do germe deixou de ser aplicável. O equivalente ao germe, nesta epidemia, é o comportamento individual (Ribeiro,1993). A vacina, agora, teria de ser a modificação do comportamento, tomando este um sentido lato (*ibidem*).

Assim, esta constatação chama a atenção dos profissionais da saúde e da doença para a importância de alterar o estilo de vida da população. A modificação de alguns comportamentos, tais como, deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o stress, praticar exercício ou actividade física regularmente, dormir um número de horas adequado, verificar periodicamente a saúde, permitiria reduzir drasticamente a mortalidade.

Além da mudança na etiologia da morbidade e mortalidade, outros factores contribuíram para a emergência da nova concepção de saúde. Ramos (1988) refere os seguintes: alterações demográficas, tais como, envelhecimento da população, diversificação da família, a que se podem acrescentar a mobilidade social dos indivíduos e as migrações; revolução tecnológica, que, aumentando as

possibilidades de intervenção na doença, exigem mais e melhores especialistas aumentando os custos da assistência médica; aproximação dos serviços de saúde à comunidade. Pode-se, ainda, acrescentar o aumento do poder do consumidor que, tornando-se mais exigente e com mais capacidade crítica, força os políticos a serem mais sensíveis à opinião pública.

Principais conceitos da segunda revolução da saúde

Os conceitos da segunda revolução da saúde foram difundidos, primeiro por Marc Lalonde, depois por Julius Richmond e pela Organização Mundial da Saúde na declaração de Alma-Ata, em 1978. Os conceitos foram divulgados e implementados universalmente no documento "Metas da Saúde para Todos", com edição original de 1984 e tradução portuguesa do Ministério da Saúde, de 1986. São conceitos particularmente importantes para os países desenvolvidos, onde os benefícios da primeira revolução da saúde já eram visíveis.

Embora toda a filosofia deste novo modelo estabeleça uma ruptura com o modelo anterior, salientam-se dois conceitos centrais, específicos e inovadores: "promoção da saúde" e "estilo de vida". Estes conceitos encerram implicitamente, na sua definição, todos os princípios da segunda revolução da saúde.

Promoção da saúde

A promoção da saúde é um conceito multidisciplinar de que têm sido produzidas inúmeras definições (Breslow,1987; Goodstadt et al.,1987; Kaplan,1984; Noack,1987).

A definição adoptada na carta de Ottawa, em 1986, e que tem sido utilizada, é a seguinte: processo de "capacitar" (enabling) as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar. O Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion (WGCPHP,1987) salienta dois grandes objectivos principais para a promoção da saúde: 1) melhorar a saúde; 2) dominar (por parte do cidadão) o processo conducente à melhoria da saúde. Na análise da definição, Green e Raeburn (1990) consideram que a chave está na palavra "capacitar": esta palavra deriva do verbo "to enable " (no original) que significa "fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, capacidade ou autorização para". Consideram que significa devolver à população o poder em matéria de saúde, retirando-o às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia. O objectivo primordial da promoção da saúde no futuro poderia, assim, ser o de facilitar a transferência de

recursos importantes na saúde, tais como: conhecimentos, técnicas, poder e dinheiro para a comunidade.

Estes mesmos autores explicam que a adopção de estratégias de promoção da saúde e dos princípios a ela subjacentes encerra um conflito potencial. Embora muitos profissionais e gestores da área da saúde afirmem defender a ideia de devolver mais poder à comunidade, na prática poucos estão dispostos a fazê-lo. A justificação destes profissionais é a de que eles é que "sabem melhor" o que fazer, podendo afirmar-se que esta constitui a filosofia dominante entre estes profissionais.

Segundo Noack (1987), a promoção da saúde parece ter substituído o conceito de higiene e, sem ser sinónimo, sobrepõe-se parcialmente ao de prevenção de doença (Rosenstock,1987; Dean,1990).

Rosenstock (1987) considera que a distinção entre prevenção das doenças e promoção da saúde tem três implicações distintas, que incluem: a) implicações acerca da atribuição de responsabilidade pela saúde; b) implicações ao nível da selecção dos alvos da intervenção para maximizar a saúde e; c) implicações para a ética da promoção da saúde.

Finalmente, salientamos que a promoção da saúde surgiu, entre outras razões, porque trazia vantagens económicas directas (menos gastos com a doença) e indirectas (mais dias de trabalho, mais energia no trabalho).

Estilo de vida

A noção de Estilo de Vida é um conceito antigo para a psicologia que foi adoptado pelo novo modelo de concepção da saúde próprio da Segunda Revolução da Saúde. Lalonde (1974) definiu Estilo de Vida como: "o agregado de decisões individuais que afectam a vida (do indivíduo) e sobre as quais tem algum controlo" (p.32). A Organização Mundial de saúde define estilo de vida como "conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais" (WHO,1986, p.43), ou como: "um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores" (WHO,1988, p.114). Ribeiro (1994) salienta que o Estilo de Vida tem sido interpretado desde uma forma ampla, até uma forma estrita. E acrescenta. Se, por exemplo, Lalonde o qualifica como padrões de decisões, o que subentende toda uma cadeia de cognições, expectativas, emoções e comportamentos, interligados com

anteriores, consequentes e colaterais susceptíveis de os influenciar, McQueen (1987) reduzia-o a uma constelação de comportamentos conducentes a uma boa saúde.

Este conjunto de definições reflecte, assim, mudanças sofridas pelo conceito e os aperfeiçoamentos que lhe foram introduzidos nos 14 anos que separam a primeira da última. Reflectem, igualmente, a variedade de perspectivas que lhes estão subjacentes, com um peso mais social e comunitário nas duas últimas definições e um peso mais individualista da primeira.

3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA

Também no campo das representações, alguns autores têm investigado, num contexto psicossociológico, a forma pela qual as pessoas leigas em medicina têm representado a saúde e a doença ao longo dos tempos (Blaxter,1990; Calnan,1987; Cornwell,1984; Helman,1978; Herzlich,1973; Stacey,1988). Um dos estudos mais importantes foi efectuado em 1973, em França por Claudine Herzlich, que entrevistou 8000 pessoas da classe média que viviam em Paris e na região rural da Normandia. As significações leigas sobre o que significa ter saúde foram classificadas de acordo com três metáforas ou categorias:

1) Saúde no vácuo. A saúde é concebida como ausência de doença; a pessoa não tem consciência do próprio corpo ou, simplesmente, não é aborrecida por sensações corporais. Há uma espécie de "silêncio corporal".

2) Reserva de saúde. A saúde é vista como um recurso ou um investimento em vez de um estado. Caracteriza-se por robustez ou força física e resistência a ataques externos, a estados de fadiga e de doença. A saúde é qualquer coisa que "possuímos" e que nos permite trabalhar e fazer a nossa vida e defender-nos contra a doença ou recuperar dela (Herzlich,1973). É uma característica pessoal, pois a pessoa pode sentir ter mais ou menos desta "reserva" (ibidem). Algumas pessoas referiram que a sua "reserva" de saúde é herdada da família, outras, que foi a consequência de uma boa infância. O nível da "reserva" de saúde é deduzido, por exemplo, da comparação com outras pessoas ("sou mais saudável do que a minha mulher, ela está sempre a apanhar constipações").

3) Equilíbrio. Refere-se, segundo Herzlich (1973), à noção de "saúde real" ou saúde no seu sentido mais elevado; transporta consigo a noção de bem-estar positivo ou "bem-estar ao mais alto nível". Um substracto de harmonia e equilíbrio essencial na vida espiritual, psicológica e corporal - do qual deriva

um sentimento funcional de confiança, vigília, liberdade, energia e resistência (ibidem). Este equilíbrio é algo que podemos perder ou voltar a ganhar e, enquanto que a "reserva de saúde" se caracteriza por uma presença (de saúde), e a "saúde-no-vácuo" por uma ausência (de doença), o "equilíbrio" é contingente aos eventos do dia-a-dia. Quando as coisas correm bem, o equilíbrio existe e pode comprovar-se através, por exemplo, "das boas cores, e sentirmo-nos bem quando estamos com os amigos".

Relativamente às concepções leigas sobre o que significa ter doença, salientamos que também estas foram classificadas por Herzlich (1973) em três metáforas ou categorias:

1) Doença como destruidora. Refere-se a concepções de pessoas particularmente activas ou envolvidas na sociedade e para as quais qualquer interferência com o seu papel familiar ou profissional constitui um problema importante. Medida em que a doença pode limitar a capacidade pessoal para assumir as responsabilidades e a concomitante perda de posição social e isolamento social. A pessoa sente que tem responsabilidades importantes perante os outros, e depender de outros pode fazê-la sentir-se "menos pessoa". Estas pessoas salientam, pois, os aspectos positivos da saúde, nomeadamente porque lhes permite manter o seu papel sócio-profissional. A sua atitude de confronto face à doença é paradoxal, quer tentando assumir o controlo (negando-a ou comportando-se como se nada tivesse acontecido) quer sentindo-se impotente ("desistindo de lutar").

2) Doença como libertadora. Concepção de doença como libertadora das responsabilidades ou das pressões que a vida coloca: "Quando estou muito cansado, quem me dera ficar doente... a doença é uma espécie de descanso, que nos pode libertar das preocupações do dia-a-dia..." (Herzlich,1973,p.114).

A doença traz benefícios e privilégios, incluindo os cuidados e a simpatia dos outros. A doença traduz, pois, um ganho secundário.

3) Doença como desafio. Doença concebida como um desafio ou algo com o qual devemos lutar com todos os nossos poderes e recursos. É necessário muita energia e empenharmos toda a nossa capacidade no sentido de ficarmos melhor. Não nos devemos preocupar com os nossos deveres mas concentrarmo-nos na nossa recuperação. As pessoas com esta concepção da doença acreditam nos poderes da mente sobre o corpo.

Apesar de estas categorias representarem descrições diferentes de concepções de processos de doença, Herzlich (1973) verificou que apenas algumas pessoas podiam ser classificadas claramente numa determinada categoria. A maior parte das pessoas "flutuava" pelas três, verbalizando concepções com conteúdos mais ou menos misturados das várias categorias.

Como síntese geral de outros estudos realizados neste âmbito é possível referir que: 1) as concepções das pessoas leigas em medicina estão intimamente ligadas a significações mais latas sobre si próprias, sobre o mundo e a vida e imbuídas em sistemas culturais locais; 2) as pessoas frequentemente constroem concepções para os processos de saúde, que são bastante diferentes daquelas que constroem para os processos de doença e, 3) as concepções leigas coexistem e competem, no sentido de concepções alternativas às significações médicas ou dos profissionais de saúde.

Bibliografia

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Aron, E., & Aron, A. (1987). The influence of inner state on self-reported long term happiness. *Journal of Humanistic Psychology*, 27, 248-270.

Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Tavistock.

Bolander, V.B. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica* (pp.32-52). Lisboa: Lusodidacta.

Breslow, L. (1987). Some fields of application for health promotion and disease prevention. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (Nº 22, pp.47-60). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Calnan, M. (1987). *Health and Illness: The lay perspective*. London: Tavistock.

Cornwell, J. (1984). *Hard-Earned Lives: Accounts of health and illness from East London*. London: Tavistock.

Dean, K. (1990). Nutrition education research in health promotion. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 51(4), 481-484.

Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.

Dubos, R. (1980). *Man adapting*. New Haven: Yale University Press.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Goodstadt, M.S., Simpson, R.I., & Loranger, P. (1987). Health promotion: a conceptual integration. *American Journal of Health Promotion*, 1 (3), 58-63.

Helman, C. (1978). Feed a cold and starve a fever: Folk models of infection in na English suburban community, and

Herzlich, C. (1973). *Health and lillness: A Social-Psychological Analysis*. New York: Academic Press.

Kaplan, R. (1984). The connection between clinical health promotion and health status. *American Psycholgy*, 39 (7), 755-765.

Laderman, C. (1987). The ambiguity of symbols in the structure of healing. *Social Science and Medicine*, 24, 293-301.

Lalond, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa; Minister of National Health and Welfare.

Mayer, E. (1988). *Toward a New Philosophy of Biology*. Cambridge: Harvard University Press.

McIntyre, T.M. (1994). A psicologia da saúde: Unidade na diversidade. In T.M. MacIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.17-32). Braga: APPORT.

McQueen, D. (1987). A research programme in lifestyle and health: methodological and theoretical considerations. *Revue of Epidémiology et Santé Publique*, 35, 28-35.

Myers, S., & Benson, H. (1992). Psychological factors in healing: a new perspective on an old debate. *Behavioral Medicine*, 18, 5-11.

Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. In T.Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (No 22, pp.5-28). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Nuland, S.B. (1988). *Doctors: the Biography of Medicine*. New York: Vintage Books.

Ramos, V. (1988). Prever a medicina das próximas décadas: Que implicações para o planeamento da educação médica?. *Acta Médica Portuguesa*, 2, 171-179.

Ribeiro, J.L. (1993). *Características Psicológicas Associadas à Saúde*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto.

Ribeiro, J.L. (1994). A Psicologia da Saúde e a Segunda Revolução da Saúde. In T.M. MacIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.33-53). Braga: APPORT.

Ribeiro, J.L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Rosenstock, I. (1987). Disease prevention and health promotion: is there a difference?. In M. Duffy & N. Pender (Eds.), *Conceptual issues in health promotion: report of proceedings of a Wingspread conference*. Racine: Sigma Theta Tau International.

Stacey, M. (1988). *The Sociology of Health and Healing*. London: Unwin Hyman.

WHO (1986). *Young people's health - A challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"*. Geneva: World Health Organization.

WHO (1988). *Priority research for health for all*. Copenhagen: World Health Organization.

Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion (1987). *Health promotion: concepts and principles*. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski, & D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (Nº 22, pp.653-658). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.