



Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica

*Health concepts in
current science-
oriented discourse*

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Psicóloga, mestre em saúde coletiva pela
Universidade Federal da Bahia (UFBA)
mtadc@ufba.br

Naomar de Almeida Filho

Psiquiatra, mestre em saúde comunitária,
professor titular de epidemiologia da
Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Rua Padre Feijó, 29/4º andar
41940-320 Salvador — BA Brasil

COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N. de:
'Conceitos de saúde em discursos contemporâneos
de referência científica'.

História, Ciências, Saúde — Manguinhos,
Rio de Janeiro, vol. 9(2):315-33, maio-ago. 2002.

Este trabalho investiga o conceito de saúde em alguns discursos de referência científica, como a sociologia funcionalista, a antropologia e a epistemologia, a partir de autores representativos desses discursos, bem como focalizando suas relações com a noção de doença e com a prática clínica. No campo da sociologia, destacam-se os conceitos de normalidade, rotulação e desvio no referencial da teoria do rótulo. Apresentam-se em seguida os principais modelos de saúde na antropologia médica norte-americana, avaliando-se criticamente as proposições de uma nova perspectiva supostamente capaz de superar a dualidade entre cultura e sociedade: a teoria dos sistemas de signos, significados e práticas. Analisa-se a distinção canguilhemiana entre normalidade e saúde, ressaltando sua originalidade, juntamente com a proposição de saúde como capacidade normativa. Por fim, propõe-se uma distinção entre os conceitos de saúde primária, saúde secundária e saúde terciária como etapa inicial para um processo de construção teórica capaz de subsidiar políticas e práticas sociais baseadas em uma concepção positiva de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: epistemologia, Canguilhem, conceitos de saúde, sociologia médica, antropologia da saúde.

COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N. de:
'Health concepts in current science-oriented
discourse'.

História, Ciências, Saúde — Manguinhos,
Rio de Janeiro, vol. 9(2):315-33, May-Aug. 2002.

This article analyzes health as a concept in some science-oriented discourses by representative authors of functional sociology, anthropology and epistemology, by focusing their notions of illness and procedures. In the field of sociology, the ideas of normality, labeling, and deviation from labeling patterns stand out. Additionally, we present the main health models in North American health anthropology and evaluate the proposition of a new perspective that intends to overcome the duality between culture and society – the theory of signal, meaning and practice systems. We also analyze the Canguilhemian difference between normality and health, as well as the notion of health as normative capacity. Finally, we propose the distinctive concepts of primary, secondary and tertiary health as the first step of a theoretical construction that can guide health policies and social procedures based on a positive notion of health.

KEYWORDS: epistemology, Canguilhem, health concepts, medical sociology, health anthropology.

Este artigo pretende investigar o conceito de saúde em discursos contemporâneos de referência científica, tais como a sociologia funcionalista, a antropologia e a epistemologia, utilizando-se para tal de autores representativos desses discursos, que foram escolhidos por apresentarem maior sensibilidade ao tema que é objeto desta investigação. Na sociologia e na antropologia médica, focalizaram-se respectivamente a teoria do rótulo de Becker, Goffman e Scheff e a antropologia interpretativa de Kleinman, Good, Young e Bibeau e Corin, por constituírem perspectivas dominantes entre os cientistas sociais ligados ao estudo da saúde e da doença. Especificamente em relação ao problema filosófico da normalidade e da saúde, foram selecionadas a epistemologia médica de Georges Canguilhem e sua atualização crítica, realizada por Juan Samaja.

Estudos conceituais no campo da saúde têm focado quase que exclusivamente os conceitos de doença, patologia e seus correlatos (Temkin, 1963; Margolis, 1976; Berlinguer, 1988). Na América Latina, autores como Pérez-Tamayo (1988) e Abed (1993) desenvolvem uma abordagem historiográfica do conceito de enfermidade. No Brasil, encontra-se desde uma investigação sobre a história do conceito de risco (Ayres, 1997) até um estudo filosófico sobre a doença (Hegenberg, 1998), além de aproximações etnográficas sobre os conceitos de sofrimento e doença (Duarte *et al.*, 1998).

Do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceituar saúde é reconhecida desde a Grécia antiga (Canguilhem, 1990). A carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante nos mais diversos campos científicos de abordar a saúde positivamente. Por outro lado, tal pobreza conceitual pode ter sido resultado da influência da indústria farmacêutica e de uma certa cultura da doença, que têm restringido o interesse e os investimentos de pesquisa a um tratamento teórico e empírico da questão da saúde como mera ausência de doença. Entretanto, a divisão do corpo humano, a tecnologização das práticas e a fragmentação do saber, com o surgimento das várias especialidades médicas, têm gerado reações contra a expropriação da saúde e, desde a década de 1970, vêm propiciando um movimento que busca ressuscitá-la como objeto científico (Illich, 1975).

Do ponto de vista das práticas e políticas de saúde, os sistemas de saúde do mundo ocidental, e, nele, do Brasil, têm sido questionados por sua dependência em relação a um modelo assistencial individualista, com ênfase na dimensão curativa da doença, além dos elevados custos e da baixa efetividade. Ganha força, então, a idéia de promover a saúde, e não apenas de curar a doença, emergindo daí os conceitos de vigilância da saúde, políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis, articulados à noção de promoção da saúde pela mudança das condições de vida e de trabalho da população (Souza *et al.*, 1994; Mendes, 1996).

Surgem, assim, propostas para uma nova política de saúde que estão centradas em uma formulação positiva de teoria e prática, buscando romper com concepções estabelecidas sobre o processo saúde-doença-cuidado (Paim, 1994, 1992; Mendes, 1996; Paim *et al.*, 2000). Com relação à noção de saúde, a pretensão tem sido de pensá-la positivamente, e não apenas como ausência de doença. Embora o conceito de promoção da saúde tenha surgido na década de 1940, com Sigerist (Mendes, 1996), ainda hoje essa perspectiva vem se sustentando, muitas vezes apenas no plano retórico e ideológico, visto que tanto as políticas e as ações quanto as pesquisas no campo da saúde têm-se pautado predominantemente pelo conceito de doença.

Normalidade, rotulação e desvio no campo da sociologia

A questão da normalidade tem ocupado uma posição de flagrante centralidade na sociologia, desde a sua constituição como disciplina científica. Um de seus fundadores, Émile Durkheim (1968), afirmou que o objetivo principal de qualquer ciência da vida, seja ela individual ou social, é a definição e a explicação do estado normal, bem como a diferenciação do seu estado patológico. Posteriormente, as teorias sociológicas sobre o papel de doente e o rótulo, dominantes no campo das ciências sociais aplicadas à saúde nos anos 1950 e 1960, de certa forma buscaram realizar tal intento, ao explorar os fatores envolvidos na definição dos fenômenos normais e patológicos e suas implicações. Entretanto, como se verá adiante, normalidade não é sinônimo de saúde, nem o par conceitual normal-patológico sustenta uma correspondência de oposição entre saúde e doença.

Talcott Parsons, principal teórico do funcionalismo norte-americano, desenvolveu a “teoria do papel de doente” (*sick role theory*) como um dos elementos de base de sua teoria do sistema social. A teoria parsoniana serviu de matriz teórica para abordagens da saúde individual como papel social, performance, funcionamento, atividade e capacidade, entre outros aspectos. Essas dimensões do conceito de papel de doente têm sido recentemente recuperadas e condensadas na concepção de um constructo denominado “qualidade de vida ligada à saúde” (*health-related quality of life*), assumidamente vinculado a uma teoria utilitarista da saúde (Patrick *et al.*, 1993).

Centrada na categoria de doença, a teoria do papel de doente reafirmou a adequação do estado patológico às normas sociais. Ou seja, a enfermidade pode desviar o indivíduo do seu funcionamento biossocial normal, mas não consistiria em um desvio no sentido estrito de violação das normas da ação social (Parsons, 1951). O doente teria um papel definido, que implicaria isenção das responsabilidades sociais, impossibilidade de cuidado de si mesmo, desejo de ficar bem e dever de procurar e cooperar com o tratamento médico. Possuir uma condição enferma ou ocupar legitimamente a posição de doente não constituiria

em si um comportamento desviante (Robinson, 1971). Não se esperaria que as pessoas se abstivessem da condição de enferma, do mesmo modo como se esperaria que elas não cometessem um crime ou um pecado.

Para a teoria parsoniana, a enfermidade é um aspecto esperado na vida de todas as pessoas. Ninguém, por mais que tente, pode evitá-la completamente. Em algumas circunstâncias, não desempenhar o papel de doente pode ser considerado como moralmente errado, quando a tentativa de se conduzir normalmente pode contribuir para agravar a doença ou para contaminar outros sujeitos. No campo específico da saúde mental, a abordagem parsoniana concordaria, em um certo sentido, com o modelo biomédico da psiquiatria, quando coloca a aceitação do papel de doente como pré-condição para a cura.

A teoria do rótulo, sistematizada nos Estados Unidos na década de 1960 (Lemert, 1967, 1951; Becker, 1963; Goffman, 1963; Scheff, 1966), significou uma oposição à perspectiva parsoniana em dois aspectos: na consideração da enfermidade mental como desvio e na aceitação do papel de doente como iatrogênico. Segundo os teóricos do rótulo, a sociedade estabelece os meios de classificar as pessoas em categorias, de acordo com os seus atributos (Goffman, 1963). Os sujeitos que apresentam atributos socialmente desejados são categorizados como normais, enquanto aqueles que possuem um ou mais atributos indesejáveis são considerados desviantes.

Entre os teóricos do rótulo, há uma discordância de base sobre a determinação do desvio. Para alguns autores (Becker, 1963; Goffman, 1963), o desvio não se define 'em-si', ou seja, não se pode reconhecê-lo por características do sujeito ou do próprio comportamento, à medida que este só seria desviante quando alguém assim o classificasse. Outros, como Lemert (1967, 1951) e Scheff (1966), consideram a ocorrência de dois tipos de desvio: o primário e o secundário. O desvio primário compreende os atributos desviantes originais do indivíduo. A maioria dos atos e sujeitos primariamente desviantes jamais chega no nível de reconhecimento público. O desvio secundário refere-se à reação *social* ao desvio primário. Ele compreenderia a pequena parcela de casos na qual os indivíduos seriam rotulados como doentes mentais por suas famílias, pelos médicos e por outros agentes sociais.

No que se refere à saúde mental, o psiquiatra é visto por essa teoria como o principal rotulador legitimado socialmente, embora outros profissionais possam confirmar ou até mesmo serem os únicos responsáveis pelo rótulo (Scheff, 1966). O diagnóstico psiquiátrico implicaria uma poderosa operação de rotulação capaz de produzir um tipo especial de desvio secundário: a doença mental. O diagnóstico engendraria um estereótipo que orientaria a ação da sociedade no sentido de demandar dos 'desviantes' um comportamento 'louco', levando a que eles se comportem como tal.

O desempenho ou não do papel de desviante teria como consequência a recompensa ou a punição. Com isso, os comportamentos

se estabilizariam ao longo do tempo, e o indivíduo passaria a se comportar de um modo mais estranho e bizarro do que quando foi inicialmente rotulado. O resultado desse processo de legitimação foi denominado por Goffman (1961) de “carreira do doente mental”, correspondendo a um complexo processo microsocial de reconhecimento, rotulação, estigmatização e institucionalização de sujeitos.

A idéia central de que os transgressores da norma tornam-se doentes por aceitarem facilmente o rótulo imposto por uma sociedade hostil, representada principalmente por médicos e familiares, foi criticada sob dois ângulos. Primeiro, o ‘desviante’ não seria um mero receptor do rótulo social (Matza, 1969; Davis, 1980, 1972; Miles, 1981). O rótulo pode coincidir ou não com a aceitação do papel de doente. Segundo, os teóricos do rótulo enfatizaram apenas os efeitos negativos da rotulação, afirmando que os pacientes são punidos quando tentam retornar a seus papéis normais (Link *et al.*, 1990) e que quanto mais recalcitrante é a pessoa em aceitar o papel de doente melhor o seu prognóstico, pois a aceitação do papel aprisiona o indivíduo nessa condição (Petroni *et al.*, 1969). Eles não consideraram a possibilidade de a rotulação gerar conseqüências positivas, o que teria sido demonstrado pelo sucesso dos tratamentos farmacológicos dos sintomas da depressão e da esquizofrenia, por exemplo (Link *et al.*, 1990).

A polêmica em torno da questão de se a enfermidade é ou não um desvio das regras normativas parece superada, à medida que restringe a exploração e o entendimento da relação entre enfermidade e desvio. Nem toda enfermidade implica comportamentos desviantes, e vice-versa. Nesse sentido, uma enfermidade pode ou não ser considerada um desvio, a depender da natureza dos seus signos, do alcance individual e social do seu desenlace e de suas conseqüências e do sistema de valores e normas do grupo social no qual se insere o sujeito doente.

Assim, a aceitação do papel de doente não garante a saúde ou a doença. Nesse nível individual e microsocial, uma hipótese preliminar é a de que o resultado da interação entre o desejo¹ do doente e a ação social daqueles com os quais ele convive mais diretamente será a manutenção da saúde ou a ocorrência de doença. Tomando a questão em um plano de referência para além do nível individual, deve-se considerar o imenso e intrincado complexo de fatores em jogo nesse processo, desde os processos biológicos e os fatores ecossociais de exposição até os efeitos simbólicos e práticos sobre a sociedade. De todo modo, tanto na teoria do papel de doente quanto na teoria da rotulação identifica-se o suposto implícito de que, de alguma maneira, todos somos doentes, e que a saúde resultaria de uma interação social com alto grau de esforço para sua manutenção.

¹ Desejo aqui diz respeito não apenas à vontade consciente, mas também às motivações inconscientes (Kaufmann, 1993)

Modelos de saúde na antropologia médica

De acordo com a etnopsiquiatria clássica, os critérios de normalidade e de saúde psíquica seriam universalmente válidos para todas as culturas. Na perspectiva de Devereux (1956), por exemplo, a chave para a compreensão da saúde mental em uma perspectiva transcultural (ou seja, recorrente em diferentes culturas) seria a capacidade de reajustamento. Para Laplantine (1988), ao propor uma versão atualizada dessa perspectiva universalista da saúde mental, quatro seriam os critérios epistemológicos para o reconhecimento da normalidade em diferentes culturas: capacidade de comunicação simbólica, solidariedade da cultura com os interesses do ego, auto-estima e reconhecimento da realidade.

Em 1977, Arthur Kleinman proclamou a inauguração de uma nova psiquiatria transcultural, em contraposição à etnopsiquiatria tradicional (Littlewood, 1990). A nova psiquiatria transcultural criticou o pressuposto da universalidade dos padrões saúde-doença e afirmou sua determinação cultural por meio de um sistema de cuidado à saúde.

Kleinman (1988, 1986, 1980) propôs que esse sistema seria composto por três setores — o setor da cura profissional, o setor das curas populares e o setor popular das crenças, escolhas, decisões, papéis, relacionamentos, interações e instituições —, nos quais se experiencia e se reage à enfermidade. Em cada um desses setores, médicos, curadores, pacientes e respectivos membros das famílias possuem diferentes modelos explanatórios para a etiologia, os sintomas, a fisiopatologia, o curso e o tratamento das enfermidades.² Essas diversas explicações são socialmente construídas e necessitam ser negociadas no processo da cura. Assim, os padrões de saúde e enfermidade variam não só em diferentes sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade, a depender da posição socioeconômica e da subcultura de quem os concebe: se um médico, um doente ou um curador, por exemplo.

Considerando-se que o significado da enfermidade é construído por vários autores, por meio de múltiplas narrativas, Good (1994, 1980) introduziu a noção de rede semântica, buscando superar algumas limitações da concepção de modelo explanatório da saúde. As redes semânticas são estruturas profundas que ligam as concepções de saúde e enfermidade a valores culturais fundamentais de uma civilização, permanecendo, ao mesmo tempo, fora do conhecimento explícito cultural e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais. As redes semânticas sustentam o discurso e o comportamento profissional e popular e possuem longevidade e plasticidade.

Young (1982), por seu turno, acrescentou aos modelos explanatórios duas outras formas de conhecimento da enfermidade: os protótipos e os complexos encadeados. Para ele, o modelo explanatório implica proposições causais estáveis e compartilhadas por um grande número

² A antropologia médica, a partir da reflexão inicial de Susser (1973), ressaltou a existência de três dimensões na doença: *disease*, *illness* e *sickness*. *Disease* expressa a realidade biológica da doença, de acordo com a concepção biomédica (Kleinman, 1980; Massé, 1995). *Illness* enfatiza a experiência, a percepção individual e a reação social a ela. *Sickness* diz respeito ao processo através do qual os signos biológicos e comportamentais e os significados culturais e pessoais são socializados (Young, 1982).

de pessoas. O protótipo, embora possa expressar relações de causa e efeito, freqüentemente revela apenas associações de contigüidade, cronologia e semelhança, sendo um instrumento para um raciocínio analógico instável, limitado a um pequeno círculo de pessoas. O complexo encadeado, por sua vez, assemelha-se ao protótipo, mas difere deste por ser fruto de forças inconscientes. As declarações dos informantes sobre a enfermidade são ocasionalmente produto da combinação entre o modelo explanatório, o protótipo e o complexo encadeado.

No que diz respeito aos fatores socioeconômicos dos processos saúde-doença, Young (1982) afirmou que, embora Kleinman tenha enfatizado os determinantes sociais dos modelos explanatórios e Good tenha ressaltado as relações de poder nos discursos e nas práticas médicas, ambos não empreenderam realmente uma análise desses aspectos em seus trabalhos. Na prática, o modelo explanatório não considerou as relações de poder presentes entre os diversos grupos e classes sociais.

Em continuidade com essa perspectiva crítica, Bibeau e Corin defendem o desenvolvimento de uma nova antropologia médica, capaz de superar a dualidade entre cultura e sociedade: a teoria dos sistemas de signos, significados e práticas (Bibeau, 1992, 1988; Bibeau *et al.*, 1994). Ao mesmo tempo que essa teoria reforça a noção de rede semântica desenvolvida por Good, ela afirma a necessidade de se considerar o contexto socioeconômico, político e histórico dos processos de saúde e doença.

Os autores referem-se a um dispositivo patogênico estrutural, cujos elementos são as condições estruturantes e a experiência organizadora coletiva. As condições estruturantes abrangem o macrocontexto, ou seja, as restrições ambientais, o estilo de poder político e de desenvolvimento econômico, as heranças históricas e as condições cotidianas de vida. Já a experiência organizadora coletiva compreende os elementos do universo sociossimbólico do grupo e seu projeto fundador, ou seja, os elementos que mantêm a identidade do grupo ao longo das gerações, fazendo perdurar o sistema de valores e a organização social.

Bibeau e Corin propõem também que se considerem tanto as dimensões particulares do processo saúde-doença quanto as universais. Os autores assumem que, mesmo considerando que as semiologias populares são organizadas de acordo com padrões culturais específicos, elas são respostas para alterações básicas do afeto, do pensamento e do comportamento (Almeida Filho *et alii*, 1997). O conhecimento popular apresenta regularidades culturais universais que se expressam em categorias prototípicas plurais locais.

Concentrando-se na produção de modelos explicativos baseados na noção de doença, a antropologia médica interpretativa de fato permaneceu limitada às práticas curativas e à perspectiva da saúde

³ Enquanto a noção de prevenção é mais restrita e vinculada à definição negativa da saúde, pois se trata de prevenir 'uma enfermidade', a noção de promoção da saúde refere-se a uma definição positiva da saúde e tem maior abrangência, à medida que implica variados fatores e aspectos que integram e conformam o chamado campo da saúde.

⁴ O conceito de normatividade, em Canguilhem, significa a capacidade de instaurar novas normas, e não o estado de conformidade perante as normas estabelecidas.

como ausência de enfermidade. Kleinman considerou que a prevenção integra o sistema de cuidado à saúde, mas a ela pouco se refere. A noção de promoção da saúde sequer é por ele mencionada.³ Kleinman visualizou o retorno do enfermo ao seu funcionamento normal a partir da negociação dos diferentes modelos explanatórios, sem explicar ou problematizar o que seria essa normalidade. Por sua vez, a teoria dos sistemas de signos, significados e práticas termina por introduzir a semiologia popular da enfermidade no próprio conceito de saúde, ampliando desse modo o significado da experiência do adoecimento como uma forma de construção simbólica, coletiva e compartilhada da subjetividade.

Os conceitos de normalidade e saúde na epistemologia médica

Opondo-se à perspectiva da diferença quantitativa entre o normal e o patológico difundida por Comte (1854) no século XIX, Canguilhem (1963, 1943) afirmou uma diferença de natureza qualitativa entre estes fenômenos. Segundo esse importante autor, a saúde é uma norma de vida superior, sendo a doença uma norma de vida inferior. Enquanto a saúde se caracteriza pela abertura às modificações e pela instituição de novas normas de saúde, o patológico corresponde à impossibilidade de mudança e à obediência irrestrita às normas. Sendo a normatividade⁴ uma dimensão da saúde, cada indivíduo tem, para si mesmo, sua própria concepção de saúde. Se a fronteira entre saúde e doença é imprecisa para indivíduos diferentes considerados simultaneamente, ela tampouco é precisa para um único indivíduo considerado sucessivamente, pois a fronteira pode variar ao longo do tempo, e o que é normal, em uma situação, pode se tornar patológico, em outra. Além disso, a saúde implica o adoecimento e a saída do estado patológico. O autor argumenta que se a possibilidade de testar a saúde pela doença fosse eliminada, o ser humano não teria mais a segurança de ser saudável. Ainda que os conceitos de saúde e doença difiram, o estado temporário de doença integra a saúde.

Tal proposição possui implicações éticas e políticas de longo alcance. A exclusão dos estados temporários de doença do conceito tradicional de saúde poderia justificar o surgimento de propostas eugenistas de criação de uma sociedade totalmente saudável e sem diferenças (Canguilhem, 1963). Nessa perspectiva, os homens perderiam a liberdade individual de decisão sobre a procriação e teriam que se submeter aos imperativos da ciência, que adquiriria o poder de realizar outras imposições, a exemplo do embranquecimento racial (Costa, 1981). Canguilhem (1963) argumentou, então, que a idéia de uma saúde perfeita acabaria por configurar uma nova patologia, à medida que implicaria a perda do exercício normativo.

Essa nova concepção canguilhemiana rompe com a visão, característica do século XIX, de saúde como adequação a uma norma,

a um modelo predefinido. A saúde passa a expressar diferentes padrões e deixa de se limitar à perspectiva da adaptação. Em algumas situações, ela pode ser veiculada, justamente, pelo que foi definido convencionalmente como signo de doença.

Ao mesmo tempo que diferenciou qualitativamente saúde e doença, Canguilhem (1963, 1943) estabeleceu uma distinção original entre normalidade e saúde. A normalidade, como norma de vida, constitui uma categoria mais ampla, que engloba saúde e patologia como distintas subcategorias. Tanto saúde quanto doença situam-se no âmbito da normalidade, pois ambas implicam uma certa norma de vida. Nesse sentido, o patológico não é o contrário lógico do conceito de normal, mas sim o contrário vital de sadio. A saúde é uma normalidade, tanto quanto a doença. O aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é a presença de uma lógica, de uma organização própria, de uma norma.

Essas proposições de Canguilhem levaram-no a advogar uma reformulação da prática clínica da medicina. Nessas bases, o diagnóstico e o tratamento deveriam estar calcados sobretudo na observação do doente, e não nas modernas técnicas de exame (Canguilhem, 1943). Eles podem até mesmo contrariar o resultado dos exames. A perspectiva do doente deve ser privilegiada, pois ela antecede o saber científico. A terapêutica deve respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal. Além do mais, a cura não implica necessariamente saúde. A cura pode estar mais próxima da doença ou da saúde se, na estabilidade que ela proporciona, encontra-se ausente ou presente uma abertura às modificações.

Em recente obra, Canguilhem (1990) questiona a exclusão da saúde como objeto do campo científico e propõe uma oposição entre saúde filosófica e saúde científica. A saúde filosófica diria respeito à saúde individual, privada, incomensurável e não condicionada, implicando o conceito de corpo subjetivo. A saúde científica ter-se-ia reduzido ao estudo da salubridade e da doença das populações, decorrentes de processos objetivos. Canguilhem propõe, então, que a saúde individual, subjetiva e filosófica seja também estudada pela ciência. Essas novas concepções sobre normalidade e saúde, ainda timidamente exploradas no campo da saúde (Almeida Filho *et alii*, 1999; Coelho *et al.*, 1999), possibilitam repensar as bases conceituais da saúde a partir de pressupostos epistemológicos de maior rigor e precisão.

Embora sem se referir às últimas contribuições de Canguilhem, Samaja (2000, 1997) de certa forma dá continuidade ao projeto da epistemologia médica, ao postular uma teoria geral da saúde. Em sua proposição, o objeto das ciências da saúde é a vida humana, individual e social, considerada em um registro de valor no espectro saúde-enfermidade. Trata-se de um objeto complexo que contém distintos subobjetos ou níveis: células, organismos, biossociedades, sociedades

culturais e sociedades políticas. Os subobjetos possuem diferentes níveis de integração, havendo entre eles cinco interfaces hierárquicas: das moléculas às células; das células aos organismos; dos organismos às biossociedades, das famílias animais às hordas pré-humanas; das biossociedades às sociedades culturais, caracterizadas pela produção e apropriação comunitárias; das sociedades culturais às sociedades políticas, nas quais há produção e apropriação privadas e em que se verifica a emergência do Estado.

Essas interfaces correspondem a processos evolutivos nos quais cada um dos níveis se constrói sobre o anterior, experimentando um período de domínio e proliferação, até alcançar um ponto de saturação em que são colocadas as condições para a emergência do estrato superior. Haveria uma relação ascensional entre eles, à medida que cada estrato superior supera e regula o anterior.

Os níveis hierárquicos integram um sistema complexo adaptativo e, nessa condição, constroem planos de normatividade, ou seja, de emergência de valores que mantêm entre si autonomia relativa (Samaja, 1997). Os componentes das sociedades humanas realizam cotidianamente uma série de processos que operam nos diferentes níveis, cujo efeito é a reprodução de toda a sociedade. Tais processos são consubstanciados em práticas que podem ser agrupadas em quatro dimensões:

- práticas reprodutivas biológicas, que reproduzem as estruturas e os processos celulares, tissulares, orgânicos e biossociais, e cujo plano de emergência ou contexto é a biossociedade;
- práticas de reprodução da consciência e da conduta, que reproduzem os processos de socialização ou formação do psiquismo humano, e cujo plano de emergência é a comunidade familiar, redes de parentesco, amigos e vizinhos;
- práticas de reprodução econômico-social, que reproduzem a produção, a distribuição e a troca dos meios de vida, e cujo plano de emergência é a sociedade civil, com sua rede de relações contratuais e organizações secundárias;
- práticas de reprodução ecológico-política, que reproduzem o meio e a relação dinâmica do todo social com as demais sociedades no planeta, e cujo plano de emergência são os Estados municipais até os nacionais e os tratados internacionais.

Cada conjunto de práticas reprodutivas contém os níveis anteriores, seja como insumo e condições de sua efetuação, seja como contexto e condições de fronteira.

Nessa perspectiva, o normal e o patológico mantêm relação com o indivíduo, porém, o que se designa como 'indivíduo' implica uma construção social que recorta os diferentes níveis, de modo que, em cada etapa de integração, se realizam planos distintos de individualidade.

Tais planos seriam: individualidade biológica; individualidade como membro familiar; individualidade social, tão diversa quanto o conjunto de instituições de que se participa, especialmente as instituições econômicas; individualidade política, que traduz os interesses de classe em um projeto geral e dá sentido a todas as outras individualidades. Assim, um dado indivíduo constitui sujeitos distintos: como organismo, como filho, como esposo, como empregado. Suas vivências alternam-se e integram-se em uma dinâmica complexa, de forma que a subjetividade nunca será absoluta, mas estará sempre relacionada ao contexto.

Samaja critica Canguilhem, atribuindo-lhe um enfoque eminentemente essencialista e assinalando que sua concepção de normatividade mostra-se pouco permeável às perspectivas semiológico-antropológicas. A crítica parece justificada, à medida que de fato a obra canguilhemiana, mesmo em sua fase mais recente, demonstra escassas referências aos avanços das ciências sociais contemporâneas. Eis um exemplo dessa ‘ingenuidade etnográfica’: ao afirmar, em sua tese de 1943, que um indivíduo com astigmatismo seria considerado normal em uma sociedade agrícola, e anormal na marinha ou na aviação, Canguilhem considerou valores que seriam gerais para qualquer sociedade em sua definição de normal e patológico, tomando as forças armadas como uma sociedade ou uma cultura do mesmo nível e natureza que as sociedades agropastoris.

De outra parte, Samaja (1997) criticou Canguilhem (1943) — referindo-se à primeira fase de sua obra — ao afirmar que este teria reduzido o mundo humano a valores biológicos. A proposição da normatividade biológica e a ênfase dada por Canguilhem, em seus exemplos, aos aspectos fisiológicos ligados à normalidade, à patologia, à saúde e à doença não justificam tal crítica, uma vez que forte marca do pensamento do autor sempre foi a consideração dos aspectos sociopolíticos aí envolvidos. De acordo com Canguilhem (*idem*), as normas orgânicas humanas variam também de acordo com o contexto social, pela mediação da relação psicossomática. A espécie humana, ao inventar gêneros de vida, inventa também ‘modos de ser fisiológicos’.

Dimensões da saúde

A sociologia médica funcionalista desenvolveu modelos processuais de determinação social da enfermidade que apenas tangencialmente permitem inferir a saúde como um papel social e como resultado de um processo cotidiano de construção de respostas sociais. Por outro lado, a antropologia médica nunca se propôs a definir uma categoria teórica chamada ‘saúde’, centrando-se nas especificidades etnográficas da noção de doença. Apesar de seus avanços teóricos e metodológicos, ela permaneceu limitada às práticas curativas e à perspectiva da saúde como ausência de enfermidade. Entretanto, a teoria dos sistemas de

signos, significados e práticas abre a possibilidade de incorporar a doença no próprio conceito de saúde, à medida que vê a experiência do adoecimento como uma forma de reestruturação da subjetividade e da relação do sujeito com o mundo.

Sem dúvida alguma, o pensamento de Canguilhem constitui um fundamento epistemológico de grande importância para as novas teorias sobre a saúde em desenvolvimento no campo da saúde coletiva (Samaja, 2000, 1997; Almeida Filho *et alii*, 1999; Coelho *et al.*, 1999; Paim *et al.*, 2000), considerando-se o potencial heurístico de suas idéias sobre normatividade, saúde filosófica e saúde científica. A partir dessa base, e levando-se em conta a insuficiência do conceito de saúde em diferentes discursos contemporâneos, é possível avançar em direção a uma concepção geral e positiva de saúde, contemplando a historicidade do conceito e a sua aplicabilidade em busca da transformação da situação de saúde. À guisa de etapa preliminar nesse necessário processo de construção teórica, sugerimos distinguir três níveis conceituais de saúde: saúde primária, saúde secundária e saúde terciária. Pode-se sintetizar essa proposição de níveis conceituais da saúde no quadro a seguir.

Níveis conceituais e definições de saúde

NÍVEIS CONCEITUAIS DE SAÚDE	Definição positiva		Definição negativa	
	Coletivo	Individual	Coletivo	Individual
Saúde primária (universal)	Solidariedade da cultura com interesses do eu	Capacidade de mudar, reajustar, comunicar, estimar-se, reconhecer a realidade	Campanhas de vacinação, erradicação de vetores, saneamento	Disposições constitucionais de resistência à enfermidade
Saúde secundária (particular)	Reconhecimento público da saúde	Papel de sadio (<i>healthy role</i>)	Processos grupais de cura e normalização	Ausência de atributos patológicos
Saúde terciária (singular)	—	Signos/significados individuais de saúde independentes da doença	—	Novos patamares de saúde instituídos após adoecimento

Em uma primeira aproximação, a noção de saúde primária corresponderia a indicadores postulados como universais pelos distintos saberes científicos, que teriam o poder de influenciar e determinar o

saber popular dominante de algumas sociedades. O modelo biomédico de saúde estaria incluído nessa categoria, mas ela não se reduziria a ele. Dado que a saúde é também uma questão pessoal (psicológica), cultural, social e política, deve-se considerar a noção de saúde primária como abrangendo também as vertentes universais de um conceito de saúde enriquecido pelas contribuições da epistemologia, da psicanálise, da sociologia e da antropologia.

Em uma perspectiva geral, a noção de saúde primária, referida aos planos coletivos e individuais, poderia implicar, sem maiores problemas metodológicos, tanto uma definição positiva quanto uma definição negativa de saúde como ausência de doença. Especificamente em relação à definição positiva de saúde mental, no plano de emergência individual, variados seriam os signos de sanidade, como está indicado por vários autores. De Canguilhem (1943) vem a idéia de que a saúde é caracterizada pela abertura às transformações. De Devereux (1956), a da saúde como possibilidade de reajustamento. De Laplantine (1988), a capacidade de comunicação simbólica, a auto-estima e o reconhecimento da realidade. Já no plano de emergência coletivo, o critério laplantiano de solidariedade da cultura com os interesses do eu poderia ser tomado como um indicador de promoção da saúde.

No que diz respeito à definição negativa de saúde, poderíamos considerar, parafraseando a teoria da rotulação, que a saúde primária equivaleria à ausência de desvio primário. Nesse caso, pode-se propor que, no plano individual, a saúde primária resulta do conjunto de disposições constitucionais (genéticas, estruturais) que capacitam o sujeito a resistir às forças da enfermidade. No plano coletivo, a saúde primária corresponderia à situação determinada pelo conjunto de dispositivos científicos que permitem resistir às forças da morbidade, tais como: campanhas de vacinação, antitabagistas, erradicação de vetores, saneamento básico etc.

A noção de saúde secundária diria respeito aos critérios definidores do estado de saúde ou doença particulares a um dado grupo social, bem como às respostas societárias a estes estados. A natureza, a intensidade e o alcance de tais critérios e respostas devem variar dependendo do contexto socioeconômico, político, histórico e cultural, tanto nas diferentes sociedades quanto nas diversas subculturas de uma mesma sociedade. Eles implicam o compartilhamento dos sistemas de signos, significados e práticas que compõem o próprio processo de rotulação, bem como a utilização de estratégias de normalização e de mecanismos de controle social da doença e do desvio produzidos pela fábrica da cultura.

Em um sentido restrito ao plano de emergência individual, uma definição positiva de saúde secundária corresponderia ao conceito de 'papel de sadio', nesse caso equivalente quase simétrico da noção central da teoria parsoniana do papel de doente. No plano de emergência coletivo, no sentido particular da teoria da rotulação, essa definição positiva poderia corresponder ao reconhecimento público da saúde na

presença ou na ausência de desvio primário, à medida que a maior parte das transgressões às normas seriam negadas ou minimizadas pelo grupo social, revelando um forte componente de transitoriedade em sua definição. Nesse caso, ela não corresponderia necessariamente à noção de saúde primária, no sentido de que mesmo uma pessoa primariamente doente poderia eventualmente ser rotulada como saudável. Da mesma forma, alguém que, inversamente, não apresentasse um desvio primário poderia, ainda assim, terminar rotulada como doente. Ou seja, não haveria uma correspondência ponto a ponto entre a saúde primária e a secundária, nem entre o desvio primário e o secundário, o que aponta para uma importante diferença entre o discurso científico e o discurso social comum.

Em sua vertente negativa, no plano de emergência individual, a saúde secundária corresponderia à ausência dos atributos indicadores de patologia para o grupo social, conforme os pressupostos das teorias do rótulo e dos sistemas de signos, significados e práticas. No plano coletivo, as estratégias sociais de normalização e cura visariam à manutenção do estado de saúde secundária.

A saúde terciária, por seu turno, implicaria a expressão singular das novas normas instituídas pelo sujeito, ainda que transformada pela experiência de enfermidade ou pela exposição aos riscos. No caso da definição negativa, trata-se dos novos patamares de sobrevivência, ajuste, normalidade e saúde instituídos pelos processos de normalização da doença. Isso está relacionado, nesse sentido, com as concepções prevaletentes de tratamento e cura, no sentido da restauração, sempre parcial e provisória, de um estado de saúde prévio ou de um ajuste a uma nova normatividade estrutural e funcional. Nessa perspectiva, a saúde recuperada deixa as suas marcas no plano imunológico, psicológico etc. (Samaja, 1997).

No plano simbólico e positivo, a saúde terciária envolveria os signos e significados individuais diferenciadores da saúde e independentes da experiência do adoecimento. O exemplo de Napoleão, apropriado por Canguilhem em sua obra, ilustra essa modalidade de apresentação da saúde. Se Napoleão conseguia satisfazer as exigências que lhe eram impostas com um pulso de quarenta contrações por minuto, quando o número médio era de setenta pulsações, é porque o pulso de quarenta era normal para ele (Sigerist *apud* Canguilhem, 1943). A não imposição de padrões de normalidade e a persistência de sintomas, sem que isso signifique doença, constituem expressões da saúde terciária em sua vertente positiva.

Nessa perspectiva, podemos conceituar a saúde com base em uma definição tanto positiva como negativa, por meio dos planos de emergência coletivo e individual (Paim *et al.*, 2000), sem com isso perpetuar as oposições lineares saúde-doença e coletivo-individual. Conforme Canguilhem (1990, 1943), a doença é parte inseparável da saúde. Como nos ensina Samaja (2000, 1997), o individual não se

reduz ao singular, constituindo também um plano privilegiado de emergência de elementos compartilhados por todos os membros de uma mesma cultura e mesmo por sujeitos em atos de comunicação provenientes de culturas diferentes.

Uma outra característica dessa proposição diz respeito à complexidade da relação entre os distintos níveis de saúde: primário, secundário e terciário. Os critérios de saúde primária aplicam-se a todos e a cada um dos seres humanos. Os da saúde secundária referem-se a alguns sujeitos específicos: aqueles que se definem por sua pertinência a um dado grupo social. Já os critérios de saúde terciária encontram-se ligados apenas a um indivíduo, ressaltando sua singularidade. Nesse caso, o universal não substitui o particular, nem pode ser deste deduzido como uma abstração (Martins, 1999), mesmo que algumas vertentes do particular possam se referir a aspectos universais. O mesmo raciocínio aplica-se à relação entre os níveis primário-terciário e secundário-terciário.

Conclusão

Neste artigo, preferimos não considerar uma relação de hierarquia entre as distintas dimensões conceituais da saúde. Nesse aspecto, divergimos da proposição de Samaja (2000), para quem a esfera política da saúde suprime e supera a esfera social, que suprime e supera a esfera cultural, que, por sua vez, suprime e supera a ordem biológica. Na presente formulação, não se postula um movimento linear constitutivo de baixo para cima, ou regulador, de cima para baixo. Os aspectos biopsicossociais, aí incluindo-se o contexto socioeconômico, político, histórico e cultural, encontram-se presentes em todos os níveis conceituais, com suas especificidades, e não se superam linearmente, mas interagem de forma complexa.

Nessa perspectiva, as concepções de saúde, definidas por nível hierárquico de complexidade (célula-organismo-sociedade), são distintas entre si e não correspondem às dimensões da saúde primária, secundária e terciária. Dessa forma, não há necessariamente uma hierarquia entre as dimensões de saúde categorizadas aqui como saúde primária, secundária e terciária, que podem encerrar idéias completamente diferentes umas das outras. A título de exemplo, um indicador de saúde postulado pela ciência como universal e presente em todos os indivíduos de todas as culturas pode não ser considerado por um dado grupo social ou por um determinado indivíduo como signo de saúde. Também um indicador compartilhado por uma certa sociedade pode não corresponder à concepção de um indivíduo dessa mesma sociedade.

É importante ressaltar que não foi pretensão deste estudo investigar o problema da saúde considerando-se a distinção entre as esferas somática e psíquica, mas abordá-lo de uma forma geral. A cisão mente-corpo é fonte de inesgotável discussão filosófica (Damásio, 1999) que, por si só, mereceria uma investigação à parte. Ao contrário, propôs-se

aqui abordar a saúde como um todo, assumindo o pressuposto de que embora os seus signos possam se apresentar ora na esfera somática, ora na esfera psíquica, ora na esfera relacional, os fenômenos da saúde-doença são sempre de natureza sociopsicossomática. Se na espécie humana não há soma sem psique nem psique sem soma, pelo menos um campo de interseção entre as chamadas 'saúde somática' e 'saúde psíquica' deveria ser considerado.

A esse campo se aplicariam proposições de diferentes autores que se referem especificamente a um ou a outro destes fenômenos. Embora Canguilhem tenha ressaltado que os achados de sua tese de doutoramento de 1943 deveriam se limitar à nosologia somática, ele apontou para a relação psicossomática e para a necessidade da continuidade de estudos afins, em uma perspectiva sintética. Também Parsons (1951), ao mesmo tempo que abordou a enfermidade de um modo geral, sublinhou a importância de se considerar um esquema conceitual único tanto para os fenômenos somáticos quanto para os psíquicos, entendendo que todos esses fenômenos são simultaneamente biológicos, psicológicos e sociais. Pretendemos aqui seguir nessa direção, buscando delinear uma concepção geral da saúde, sem especificar uma concepção restrita de saúde mental.

Para finalizar, é importante salientar que a proposta dos três níveis conceituais de saúde não se reduz a mais uma perspectiva normativa de valores e regras de saúde para a população (Paim *et al.*, 1998). O passo seguinte será então construir essa aproximação na prática social cotidiana de uma nova ciência da saúde, superando os conceitos parciais de saúde estruturados em discursos de referência científica como os aqui examinados. Não se trata apenas de definir saúde como imposição de normas de vida, uma "saúde medrosa e restritiva" (Sayd, 1999), na qual todo excesso é visto como um risco à saúde e adquire uma dimensão culpabilizante (Luz, 2000).

Não se trata de saúde como direito conquistado através de ações institucionais organizadas e externalizadas; nem saúde como um bem disponibilizado e adquirido por meio de processos mercantis ou políticos; nem saúde como valor humanístico decorrente de atos volitivos solidários. Trata-se de construir a positividade do conceito de saúde como tudo isso, verdadeiro 'integral multinível' de norma-valor-direito-bem-função-processo-estado, considerando-se os planos de emergência coletivo e individual, dialeticamente incorporando-se também a negatividade da doença-enfermidade-patologia nos níveis primário, secundário e terciário.

Em termos práticos, será preciso promover todas essas 'saúdes', planejando-se políticas e concretizando programas e serviços capazes de gerar bem-estar e de evitar riscos, tanto para os indivíduos quanto para os grupos sociais, respeitadas as condições de contexto social e sanitário tanto quanto a autonomia e a capacidade de criação dos sujeitos históricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abed, Luiz César
1993 *La enfermedad en la história.* Córdoba, Dirección General de Publicaciones, Universidad Nacional de Córdoba.
- Almeida Filho et alii
1999 'O conceito de saúde mental'. *Revista USP*, 43 pp. 100-25.
- Almeida Filho et alii
1997 *Signs, meanings and practices in mental health: Part 1, methodological application*, The Bahia Study. Unpublished report.
- Ayres, José Ricardo
1997 *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.* São Paulo, Hucitec.
- Becker, Howard
1963 *Outsiders: studies in the sociology of deviance.* Nova York, Free Press.
- Berlinguer, Giovanni
1988 *A doença.* São Paulo, Cebes/Hucitec.
- Bibeau, Gilles et al.
1994 'Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'action en santé mentale'. Em *Marc-Adélar Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise.* Québec, Presses de l'Université Laval.
- Bibeau, Gilles
1992 *Hay una enfermedad en las Americas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo.* VI Congreso de la Antropología, Colômbia.
- Bibeau, Gilles
1988 'A step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions'. *Medical Anthropology Quarterly*, nº 2, pp. 402-16.
- Canguilhem, Georges
1990 *La santé: concept vulgaire et question philosophique.* Toulouse, Sables.
- Canguilhem, Georges
1965 *La connaissance de la vie.* Paris, Vrin.
- Canguilhem, Georges
1963 *Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico.* Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- Canguilhem, Georges
1943 *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- Coelho, Maria Thereza et al.
1999 'Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem'. *Physis*, nº 9.
- Comte, Auguste
1854 *System of positive polity.* Nova York, Lenox Hill.
- Costa, Jurandir Freire
1981 *História da psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro, Campus.
- Damásio, Antônio
1999 *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano.* São Paulo, Companhia das Letras.
- Davis, Nanette
1980 *Sociological constructions of deviance.* Dubuque, Iowa, W. C. Brown.
- Davis, Nanette
1972 'Labeling theory in deviance research: a critique and reconsideration'. *Sociological Quarterly*, nº 13, pp. 447-74.
- Devereux, Georges
1956 'Normal and abnormal: the key problem of psychiatric anthropology'. Em *Some uses of anthropology: theoretical and applied.* Washington, The Anthropological Society of Washington.
- Duarte, Luiz Fernando et al.
1998 *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas.* Rio de Janeiro, Fiocruz.

- Durkheim, Émile
1968 *As regras do método sociológico.*
São Paulo, Nacional.
- Goffman, Erwing
1963 *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.*
Rio de Janeiro, Zahar.
- Goffman, Erwing
1961 *Asylums.*
Nova York, Doubleday Anchor.
- Good, Byron *et al.*
1994 *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective.*
Nova York, Cambridge University Press.
- Good, Byron *et al.*
1980 'The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice'.
Em Leon Eisenberg *et al.* (org.), *The relevance of social science for medicine.*
Dordrecht, D. Reidel Publishing Co., pp. 165-96.
- Hegenberg, Leônidas
1998 *Doença: um estudo filosófico.*
Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Illich, Ivan
1975 *Medical nemesis: the expropriation of health.*
Londres, Calder & Boyars.
- Kaufmann, Pierre
1993 *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan.*
Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Kleinman, Arthur
1988 *The illness narratives: suffering, healing & the human condition.*
Nova York, Basic Books.
- Kleinman, Arthur
1986 'Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems'.
Em C. Curren *et al.* (org.), *Concepts of health, illness and disease: a comparative perspective.* Marsella, Lanaington.
- Kleinman, Arthur
1980 *Patients and healers in the context of culture.*
Los Angeles, University of California Press.
- Laplantine, François
1988 *Aprender.*
São Paulo, Brasiliense.
- Lemert, Edwin
1967 *Human deviance, social problems and social control.*
Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Lemert, Edwin
1951 *Social pathology.*
Nova York, McGraw-Hill.
- Link, Bruce *et al.*
1990 'The labeling theory of mental disorder: a review of the evidence'.
Em *Research in community and mental health, mental disorder in social context.*
Londres, Jai Press Inc.
- Littlewood, Roland
1990 'From categories to context: a decade of the new cross-cultural psychiatry'.
British Journal of Psychiatry, n.º 156, pp. 308-27.
- Luz, Madel Terezinha
2000 'Práticas em saúde, cura e terapêutica na sociedade atual'.
Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador.
- Margolis, Joseph
1976 'The concept of disease'.
Journal of Medical Philosophy, n.º 1, pp. 238-55.
- Martins, André
1999 'Novos paradigmas e saúde'.
Physis, vol. 9, n.º 1, pp. 83-112.
- Massé, Raymond
1995 *Culture et santé publique.*
Montreal, Gaetan Morin.
- Matza, David
1969 *Becoming deviant.*
Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Mendes, Eugenio Vilaça
1996 *Uma agenda para a saúde.*
São Paulo, Hucitec.

- Miles, Agnes
1981
O doente mental na sociedade contemporânea.
Rio de Janeiro, Zahar.
- Paim, Jairnilson Silva
et al.
2000
A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.
Salvador, Casa da Qualidade.
- Paim, Jairnilson Silva
et al.
1998
'A crise da saúde pública e a saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?'. *Revista de Saúde Pública*, nº 32.
- Paim, Jairnilson Silva
1994a
'Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da República'.
Saúde Coletiva: Textos Didáticos. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA.
- Paim, Jairnilson Silva
1994b
'A reforma sanitária e os modelos assistenciais'.
Saúde Coletiva: Textos Didáticos. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA.
- Paim, Jairnilson Silva
1994c
Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.
São Paulo, USP. Coleção AdSaúde.
- Paim, Jairnilson Silva
1992
'Collective health and the challenges of practice'. *PAHO Scientific Publication.*
The crisis of public health: reflections for the debate, nº 540, pp. 136-50.
- Parsons, Talcott
1951
The social system.
Glencoe, Free Press.
- Patrick, David et al.
1993
Health status and health policy: quality of life in health care.
Nova York, Oxford University Press.
- Pérez-Tamayo, Ruy
1988
El concepto de enfermedad.
México, Fondo de Cultura Económica.
- Petroni, Frank et al.
1969
'Labeling and psychiatry: perspectives in need of data'.
Social Science & Medicine, nº 3, pp. 239-47.
- Robinson, David
1971
The process of becoming ill.
Londres, Routledge & Kegan Paul.
- Samaja, Juan
2000
A reprodução social e a saúde.
Salvador, Casa da Qualidade.
- Samaja, Juan
1997
Fundamentos epistemológicos de las ciencias de la salud.
Tese de doutoramento, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.
- Sayd, Jane Dutra
1999
'Novos paradigmas de saúde — notas de leitura'.
Physis, vol. 9, nº 1, pp. 113-21.
- Scheff, Thomas
1966
Being mentally ill: a sociological theory.
Chicago, Aldine.
- Souza, M. F. M. et al.
1994
'Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida'.
Em M. Rouquayrol (org.), *Epidemiologia & saúde.*
Rio de Janeiro, Medici, pp. 467-76.
- Susser, Mervyn
1973
Causal thinking in the health sciences.
Nova York, Oxford University Press.
- Temkin, Oskar
1963
'The scientific approach to disease: specific entity and individual sickness'.
Em *Scientific change: historical studies in the intellectual, social and technical conditions for scientific discovery.* Nova York, Basic Books, pp. 629-47.
- Young, Allan
1982
'The anthropologies of illness and sickness'.
Annual Review Anthropologie, nº 11, pp. 257-85.

Recebido para publicação em abril de 2001.

Aprovado para publicação em março de 2002.