

A·R·T·I·G·O·S D·E R·E·V·I·S·Ã·O

**Modelos de atuação preventiva em saúde:
relação entre saúde e doença****Paulo Cesar Porto Deliberato**

- Fisioterapeuta; coordenador do curso de Fisioterapia da Universidade São Marcos; professor das disciplinas de Fisioterapia Preventiva e Cinesioterapia
- Professor das disciplinas de Cinesioterapia e Fundamentos da Fisioterapia da Universidade de Mogi das Cruzes
- Especialista em Traumatologia em Fisioterapia Esportiva
- Mestrando em Ciência do Movimento – UNG

R E S U M O

Devemos destacar o significado da palavra *prevenção*, tanto do ponto de vista conceitual como relacionada à área de saúde. É preciso também definir os termos *saúde*, *doença* e *reabilitação* inseridos no contexto de modelos de atuação preventiva. Existe uma relação muito próxima entre: **hospedeiro** (idade, sexo, constituição corporal, genética e imunológica; nível educacional; estado

ocupacional; hábitos e costumes; estado psicológico e de humor); **agente** (fatores biológicos, físicos, químicos, mecânicos, genéticos e nutricionais) e **ambiente** (fatores físicos, biológicos, socioeconômicos, culturais e políticos).

Palavras-chave: prevenção; reabilitação; saúde.

A B S T R A C T

It is important to highlight the meaning of prevention, based on the conceptual model related to health area. Also it is important to define health, disease and rehabilitation terms, in the prevention models. There is a close relationship among subject (host) age, gender, body composition, genetics and immunologic, education level, occupational status, behaviors, psychologic and

agent (humor and biologic status, physics, chemistry, mechanical, genetics and nutritional status) and environmental factors (physics factors, biologics, socioeconomic, cultural and politics).

Key words: prevention; rehabilitation; health.

INTRODUÇÃO

Inicialmente, necessitamos conceituar o significado da palavra *prevenção*, visto que ocorre, não raramente, confusão a esse respeito.

No contexto geral, podemos definir prevenção como “o ato ou efeito de prevenir-se; precaução, cautela; preconceito; disposição prévia”⁽¹⁾.

A dificuldade existente para definir precisamente esse termo na área da saúde possui duas causas básicas: 1) a definição do próprio termo saúde não é unívoca; se não é possível conceituar saúde, como fazer para conceituar prevenção em saúde?; 2) o paradigma da vertente curativa em saúde ainda se mostra tão enraizado em nosso cotidiano que, para muitos, pensar em prevenção nada mais é do que exercício de pura utopia, dado que a formação do profissional da área da saúde é, ainda, muito mais voltada para a doença do que propriamente para a saúde.

Reforçando a indefinição do conceito de saúde, podemos citar a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) que estabelece: “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de moléstia ou enfermidade”⁽²⁾.

Ao analisar a definição da OMS, podemos nos concentrar em duas mensagens básicas. Primeiro, o trecho “completo bem-estar físico, mental e social” implica um número muito elevado de variáveis relativas ao presente e ao futuro, em uma realidade social cada vez mais dinâmica e em constante modificação, de modo que é fácil constatar que tal estado somente pode ser experimentado por breves períodos e, em algumas realidades sociais, é até mesmo impossível de ser atingido. A segunda mensagem relevante diz respeito ao trecho “e não somente ausência de moléstia ou enfermidade”, que reconhece a existência de outros estados intermediários, que não podem ser considerados saúde plena, mas também não representam estados de enfermidade real.

O estado experimentado por períodos curtos de tempo, citado no primeiro trecho da definição, pode ser denominado *saúde ótima*, enquanto o estado situado entre saúde plena e enfermidade real é conhecido como *saúde subótima*⁽³⁾.

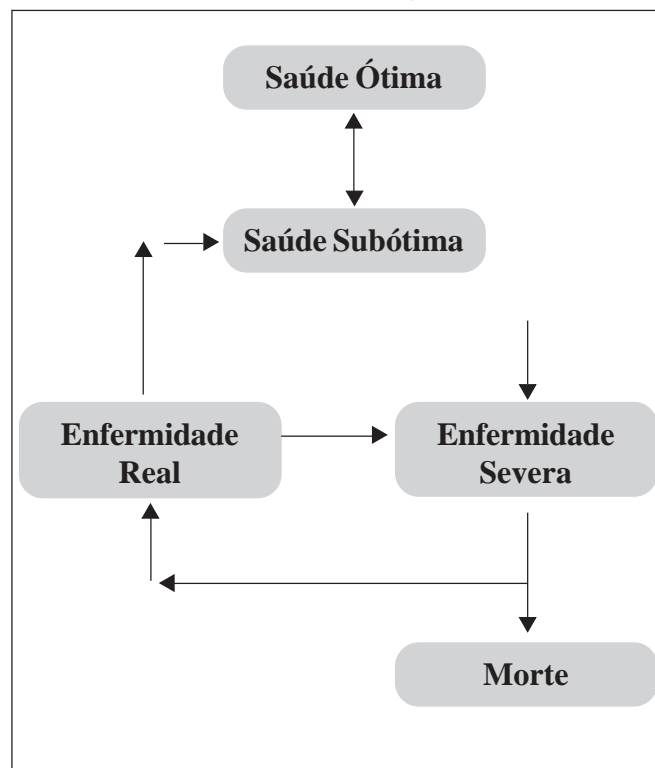
Um outro conceito mais dinâmico, talvez mais apropriado à realidade sociocultural dos tempos atuais, diz que “saúde é um estado de relativo equilíbrio de forma e função do organismo, que resulta de seu

ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo. Não é um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta ativa do organismo no sentido do reajustamento”⁽²⁾.

Na realidade brasileira, constata-se uma ênfase direcionada à assistência curativa, pois o foco de atenção está constantemente voltado às ações que atingem as pessoas apenas após os distúrbios terem se manifestado. Quando analisamos criteriosamente a espécie de formação que os cursos superiores têm fornecido aos futuros profissionais da área da saúde, conclui-se facilmente que eles não são preparados para realizar intervenções preventivas⁽⁴⁾.

Como a enfermidade é causada pela interação simultânea entre hospedeiro, agente e ambiente, empiricamente constata-se que passamos muito mais tempo em saúde subótima do que em saúde ótima, entrando outras vezes em estados de enfermidade real e, a partir daí, retornamos ao estágio de saúde subótima ou declinamos para o estado de enfermidade mais severa. Esse inter-relacionamento, que é caracteristicamente ativo, como vimos, pode ser visualizado na escala de saúde e doença, representada abaixo:

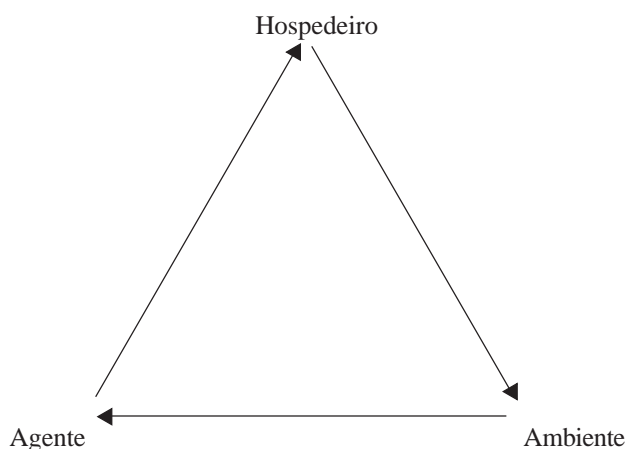
Figura 1: Escala de saúde e doença



Pelo verificado, torna-se imperioso estudar as variáveis que influenciam a manutenção do indivíduo em um determinado ponto da escala, alteram sua posição, bloqueiam a descida, estimulam o retorno ao estágio anterior, dentre outros, pois tal esquema aplica-se integralmente a todas as situações do cotidiano humano.

O esquema da pirâmide de saúde determina a relação entre hospedeiro, ambiente e agente como fonte de saúde ou doença. Analisando-a, podemos visualizar a ilimitada possibilidade de interação entre esses três conjuntos de variáveis.

Figura 2: Relação Hospedeiro-Ambiente-Agente.



Cada uma das pontas da pirâmide representa um dos três grupos primários, e cada grupo apresenta um conjunto específico de variáveis.

Dessa forma, como características do *hospedeiro* podemos citar: idade; sexo; constituição corporal, genética e imunológica; nível educacional; estado ocupacional; hábitos e costumes; estado psicológico e de humor, além de outros.

Por sua vez, algumas características do *agente* incluem: fatores biológicos; fatores físicos; fatores químicos; fatores mecânicos; fatores genéticos; fatores nutricionais.

Já os aspectos referentes ao *ambiente* são: fatores físicos; fatores biológicos; fatores sócio-econômicos; fatores culturais; fatores políticos, dentre outros.

Assim, é importante entender que há uma interação constante e dinâmica entre hospedeiro, agente e ambiente, e que esse inter-relacionamento ocorre mesmo naqueles períodos em que pensamos estar “com saúde perfeita”.

Esse momento preliminar de interação dos fatores relacionados ao hospedeiro, ao agente e ao meio ambiente denomina-se período de *pré-patogênese*. A partir do momento em que ocorre a evolução de um distúrbio no homem, desde a primeira interação com os estímulos ambientais que provocam a doença até as primeiras mudanças de forma e função que daí resultam, antes que o equilíbrio seja alcançado ou restabelecido, ou até que se siga um defeito, invalidez ou morte, temos um período denominado *patogênese* ⁽²⁾.

Acreditamos que o caminho do profissional fisioterapeuta na direção das ações preventivas, em vez de centralizar-se no modelo curativo, representa na verdade uma via inteligente e exequível, nos apoiando na proposta filosófica de PERKINS ⁽²⁾ que afirma: “Contrariar ou interceptar uma causa é evitar ou dissipar seu efeito”.

NÍVEIS DE PREVENÇÃO

O significado da palavra prevenção em saúde, apesar dos problemas em conceituá-la, certamente é mais abrangente do que simplesmente defini-la como “o ato de evitar que algo aconteça”.

A prevenção está intimamente relacionada à promoção da saúde, apresentando as seguintes características: 1) a população-alvo é abrangente; 2) as relações que determinam o surgimento das doenças estão apoiadas nos conceitos de multicausalidade; 3) a intervenção deve ser feita antes que o período da patogênese se estabeleça e 4) a atuação profissional deve ser fundamentada em todos os aspectos da vida do indivíduo, promovendo sua educação e mudanças de comportamento, além de interferir no ambiente em que está inserido ⁽⁴⁾.

Na verdade, a prevenção de que falamos sempre está presente na história natural da doença. Assim, distinguem-se três níveis de prevenção: *prevenção primária, secundária e terciária*. Cada nível possui um conjunto de ações características, e essas, por sua vez, também agregam um certo número de procedimentos particulares.

O *nível primário de prevenção* é aplicável durante o período de *pré-patogênese*, ou seja, quando o indivíduo se encontra em um estado de saúde ótima ou, no mínimo, saúde subótima. Dessa forma, podemos considerar que a prevenção primária atua nos períodos em que o organismo encontra-se em equilíbrio,

estabelecendo ações que mantenha esse organismo nessa situação.

Esse nível engloba dois grupos de ações que o caracterizam: 1) *promoção da saúde*, que inclui educação sanitária; nutrição adequada; condições adequadas de trabalho; acesso a lazer e recreação; habitação adequada; educação sexual; exames periódicos; campanhas de orientação sobre temas específicos, só para citar alguns exemplos; 2) *proteção específica*, que por sua vez é exemplificada pela aplicação de flúor dentário; uso específico de equipamentos de proteção individual (EPIs) na indústria; aplicação de vacinas, dentre outros.

O *nível secundário de prevenção* pode ser caracterizado quando o organismo já se encontra com alterações na forma e função, ou seja, está no período de patogênese e em enfermidade real. Nesse momento, ações realizadas com o objetivo de diagnosticar precocemente o problema e estabelecer as medidas terapêuticas adequadas formam os dois grupos de atividades que, se efetivadas com o sucesso esperado dentro das possibilidades de cada caso em particular, acarretarão o retorno do organismo ao estado de equilíbrio anterior ou, na pior das hipóteses, interromperão o declínio desse organismo para níveis mais inferiores da escala de saúde e de doença.

Já o *nível terciário de prevenção* é estabelecido quando o indivíduo portador da enfermidade passou pelos estágios anteriores, permanecendo com uma seqüela residual e/ou uma incapacidade que necessitam ser minimizados, evitando-se nesse caso a invalidez total, depois que as alterações anatômicas e fisiológicas já se encontram mais ou menos estabilizadas, apesar de haver opiniões divergentes a esse respeito. O objetivo principal desse nível é recolocar o indivíduo afetado em uma posição útil na sociedade, na expectativa de máxima utilização de suas capacidades residuais.

Em relação aos níveis de prevenção na área da saúde, temos observado há algum tempo que não há unanimidade no que diz respeito aos grupos de ações que devem compor cada nível. Essa divergência é apresentada no quadro 1.

Como se pode observar, há divergência quanto à inserção da reabilitação e da limitação da incapacidade no nível secundário ou no terciário.

Antes de tecer comentários sobre o exposto, cabe-nos salientar que essa divergência ocorre pela própria inconsistência do uso da palavra reabilitação, bem como pela falta de entendimento sobre o que seja seu real significado.

Assim, verificamos que o termo reabilitação é comumente usado como sinônimo de recuperação, quando essa na verdade representa apenas o primeiro estágio da reabilitação que, sem dúvida, possui uma abrangência maior, estendendo-se e englobando outros momentos. Dessa forma, após as primeiras medidas que visam limitar os danos e alterações iniciais em um organismo, seguem-se outros estágios, todos ainda contidos no macroprocesso denominado reabilitação, como, por exemplo, a reeducação, a readaptação e a reinserção social, sem os quais o processo de reabilitação não pode ser considerado pleno.

Pelo exposto, ao analisarmos a história da fisioterapia dentro da reabilitação, verificaremos que historicamente estamos nos limitando à fase de recuperação, fornecendo, dessa forma, uma experiência reabilitativa parcial aos nossos pacientes, impedindo-os de atingir as etapas seguintes desse processo. Acreditamos ainda que, independente do quadro clínico do paciente, sempre é possível atingir os estágios subseqüentes, se não de forma completa, pelo menos de forma parcial; porém, ao agir de forma global, não estaríamos nos limitando a fornecer atendimentos restritos à etapa da recuperação.

Quadro 1: Níveis de Prevenção

Nível Classificação	Primário	Secundário	Terciário
Leavell e Clark	Promoção da saúde Proteção específica	Diagnóstico precoce Tratamento adequado Limitação da incapacidade	Reabilitação
Columbia University	Promoção da saúde Proteção específica	Diagnóstico precoce Tratamento adequado	Limitação da incapacidade Reabilitação
Itoh e Lee	Promoção da saúde Proteção específica	Diagnóstico precoce Tratamento adequado Reabilitação	Limitação da incapacidade Assistência de custódia

Fonte: Adaptado de KOTTKE, F.J. & LEHMANN, J.F. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. São Paulo: Manole, 1994, p.218.

Dessa forma, é preciso considerar um contínuo entre saúde e doença, cujo fenômeno doença é apenas uma parte do processo, além de ser somente um episódio da vida de um organismo, possibilitando a análise do processo por meio da variável condição de saúde, em vez de examinar o fenômeno por uma concepção dicotomizada. O resultado da mudança desse entendimento é a constatação de que vários outros estados estão presentes, além da saúde e doença.

Voltando aos níveis de prevenção, não nos parece mais apropriado, dada a evolução e reconhecimento da reabilitação nas últimas décadas, posicioná-la como sugere ⁽²⁾, quando esse afirma que “mais tarde, quando o defeito e a invalidez se tiverem fixado, pode-se conseguir a prevenção terciária por meio da reabilitação”.

Ao contrário, entendemos que o conceito mais moderno de reabilitação, bem como a evolução da prevenção em detrimento do paradigma curativo em saúde, coloca-a como uma ação a ser instituída simultaneamente às ações de diagnóstico precoce e tratamento adequado, devendo, assim, agregar-se ao nível secundário de prevenção.

Além disso, em relação à limitação da incapacidade, não encontramos argumentos para diferenciá-la da própria reabilitação, uma vez que todas as atividades desenvolvidas com o objetivo de impor limites à incapacidade instalada nada mais são, em nosso conceito, do que atividades reabilitativas, mesmo quando consideramos, por exemplo, os procedimentos fisioterapêuticos de manutenção em casos de pacientes com seqüelas de enfermidades crônicas. Ademais, a dor freqüentemente intratável representa um sintoma extremamente incapacitante, tanto nos aspectos psíquicos como físicos, sendo a reabilitação constantemente utilizada para controlá-la.

Dessa forma, acreditamos que a reabilitação deve ser iniciada o mais precocemente possível, assegurando assim as melhores condições para que se atinjam os resultados mais favoráveis. O diagnóstico clínico deve ser estabelecido na fase inicial da enfermidade e, concomitantemente, também o diagnóstico fisioterapêutico, para que seja possível definir as diversas modalidades terapêuticas e, se possível, de reabilitação para cada caso em particular.

Ao analisar toda a área da saúde, percebemos que todas as especialidades clínicas enfocam seu objeto de estudo e suas estratégias de ação no sentido da

restauração da saúde de um estado de enfermidade real para um estado de saúde ótima ou, no mínimo, de saúde subótima. Nesse sentido, se aceitarmos a visão mais abrangente de reabilitação, logo todas as especialidades praticam o “ato da reabilitação” ⁽⁵⁾.

Ao explorar a reabilitação preventiva, os profissionais da área da saúde precisam desenvolver uma sensibilidade aguçada para a inter-relação existente entre os ambientes social, econômico, cultural e político, associando-os às possibilidades de reabilitação plena da pessoa incapacitada. Sobre isso vale destacar a ação dos pioneiros da reabilitação, que usaram técnicas de relações públicas e marketing, apresentando os casos reabilitados com sucesso e a relação custo-benefício favorável dos programas de reabilitação, de modo a justificar os gastos nessa área ⁽⁵⁾.


A fisioterapia, considerando o contexto atual, tem restringido sua atuação à mera aplicação de técnicas e recursos terapêuticos, limitando-se ao tratamento e à eliminação dos sintomas. Assim, parece inexistir qualquer preocupação em relação à identificação de quais são exatamente os problemas que atingem a população para, a partir desse ponto, propor formas de intervenção que atuem no sentido de minimizar sua ocorrência, mesmo que não se caracterizem, ainda, como procedimentos preventivos ⁽⁶⁾.

É possível estabelecer relações entre o dinamismo da pirâmide de saúde, os períodos de patogênese e pré-patogênese, os estados de saúde e os níveis de prevenção.

O modelo integrado da relação saúde-doença nos permite visualizar três aspectos de elevada relevância: 1) dentro do horizonte clínico, todo e qualquer desenvolvimento de ações que atuem no sentido de bloquear a descida para os estágios mais inferiores da escala representam medidas de tratamento; 2) da mesma forma, o conjunto de ações que proporcionem a volta do organismo ao estágio imediatamente superior representa medidas de reabilitação e 3) todas as ações que possibilitem ao organismo manter-se no período de pré-patogênese são caracteristicamente medidas de prevenção primária ⁽⁷⁾.

BIBLIOGRAFIA

- MORAIS, A. **Dicionário prático da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1995.
- LEAVEL, H. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrahan-Hill, 1997.
- ITOH, M. e LEE, MHW. A epidemiologia das incapacidades e sua relação com a medicina de reabilitação. In Kottke, F.J. & Lehmann, F.J. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. São Paulo: Manole, 1994.
- VITTA, A. **Atuação preventiva em fisioterapia**. Bauru: Cadernos de divulgação cultural/Edusc, 1999.
- KOTTKE, F.J. e Lehmann, F.J. **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**. São Paulo, Manole, v. 1 e 2, 1994.
- REBELLATO, J.R. e Botomé, S.P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. São Paulo: Manole, 1999.
- FIGUEIRA JUNIOR, A. Qualidade de vida e saúde: uma proposta de mudança de comportamento. **Revista Movimento**, 8(3): 24-8, 1998.

		<h2>Núcleo de Recursos Humanos</h2>
		<p>Com o trabalho sério e reconhecido, o Núcleo de Recursos Humanos do IMES busca a integração entre o conhecimento teórico e a prática no campo da Administração de Recursos Humanos.</p>
		<p>Entre os serviços oferecidos, destacam-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisas em Recursos Humanos (cargos, salários, benefícios, acordos/convenções coletivas, remuneração variável, indicadores da performance de área e clima organizacional); • Encontros de reciclagem para profissionais da área de RH; • Publicação do boletim Notícias de Recursos Humanos, que traz uma sinopse da imprensa paulista com informações sobre RH; • Desenvolvimento de projetos personalizados para empresas (consultoria, auditoria, e treinamento); • Publicação de artigos que abordam o comportamento do mercado de trabalho e suas tendências.
		<p>Informações e consultas podem ser feitas na Av. Goiás, 3.400, em São Caetano do Sul, pelo telefone (011) 4239-3201, ou pelo e-mail: nucleorh@imes.edu.br</p>