

PONTO DE VISTA

SAÚDE E DOENÇA-CONCEITOS BÁSICOS

Aguinaldo Gonçalves

Neusa Nunes da Silva e Gonçalves

Departamento de Educação Física-Universidade de Brasília

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico(CNPq)

RESUMO

GONÇALVES A. e GONÇALVES, N.N.S. Saúde e doença -conceitos básicos. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, vol.2, nº2, pp.48-56, 1988.

Com vistas a subsidiar o aprendizado da disciplina de Higiene Geral e dos Desportos em Faculdades de Educação Física, apresentam-se os conceitos básicos de Saúde e de Doença. Partindo da rápida evolução das concepções a respeito formuladas ao longo da História da Humanidade, concentra-se maior atenção na história natural das doenças e decorrente modelo preventivista, onde higiene e profilaxia são entendidas em três instâncias: prevenção primária, secundária e terciária, correspondendo, respectivamente, às medidas dos períodos pré-patogênico, patogênico e pós-patogênico. Já, por sua parte, a conceituação de Saúde é necessariamente pluralista, destacando-se os componentes formulados pela Epidemiologia Social e por peritos da Organização Mundial de Saúde.

Conota-se, a seguir, que o desenvolvimento destas diferentes acepções de Saúde e Doença implica no conhecimento dos diversos modos de sua ocorrência nas distintas populações, isto é, seu entendimento remete à estrutura e caracteres epidemiológicos, que são estudados, agredados em três categorias: os relacionados às pessoas, ao tempo e espaço. Destacam-se entre os primeiros: sexo, ocupação, etnia, constitucionalidade e hábitos. Como fatores relacionados ao tempo, estudam-se conceitos de epidemia, diágrama de controle, surto epidêmico, pandemia e epizootia, além das variações cíclicas. Conclui-se

-se por situar a ação dos fatores ligados ao espaço.

Unitermos: Estrutura Epidemiológica, Epidemia, Epizootia, Pandemia.

O BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA NA DIMENSÃO DO COLETIVO.

As diferentes concepções das pessoas e povos sobre a vida têm encontrado na definição de doença uma tarefa permanente, diária e desafiadora. A ingênua teoria miasmática identificou-a como um desequilíbrio de fluidos extra corpóreos que se traduzia em condições e sensações desagradáveis, como dor, paralisia, inchaço, cansaço, etc. As visões teocêntricas de diferentes civilizações sempre procuraram encontrar nela a manifestação de desígnios ou punições das divindades(10).

Destas interpretações mágicas e místicas, a Humanidade caminhou para uma dimensão mais realista, só no século passado, com o desenvolvimento da era microbiológica. Um forte momento positivista levou a feitos paradigmáticos, como a formulação de biogênese por Louis Pasteur, os experimentos naturalísticos de Claud Bernard (na França), a identificação do *Mycobacterium tuberculosis* por Robert Koch (na Inglaterra) e a do *Mycobacterium leprae* (na Escandinávia) por Armauer Hansen. Todos estes avanços na dimensão biológica da questão, encerraram, no entanto, séria limitação, por centrarem-se em acirrada unicausalida-

Submetido para publicação em 16/12/87

Aprovado em 06/03/88

de, ignorando as demais dimensões do evento mórbido.

Tal magnitude conceitual mais abrangente se resgata com o surgimento, no início deste século, do movimento que agora podemos chamar de ecologista, do qual o famoso modelo da balança de Gordon constitui expressivo exemplo: a doença decorre de desequilíbrios na homeostase atingida pelas relações dinâmicas entre agente, hospedeiro e meio, entendido este em suas diferentes realidades, sobretudo geográficas e biológicas (02).

A tradução pragmática desta abordagem vai gerar a estruturação da ideologia da história natural das doenças nas primeiras décadas deste século nos Estados Unidos e, decorrentemente do modelo preventivista, o qual, desde então, na maioria das vezes vem se constituindo na explicação Hegemônica e de Epidemiologia (11).

Em que consistem? São tentativas para entender as formas de aparecimento e prevenção das doenças. Para compreender proposta tão ampla, procuramos partir de uma situação bem concreta e generalizá-la a seguir.

Figuremos, pois, uma doença e descrevamos sua origem. Ante tal proposta, as pessoas sempre pensam em algo grandioso como o câncer ou a esquizofrenia. Partamos, no entanto, de algo mais simples, como um resfriado ou estado gripal, dado que, se as coisas forem entendidas a este nível, a ampliação para situações mais complexas se torna mais amena.

Bem, podemos partir do momento em que a pessoa passa a apresentar um certo mal estar, nada claramente definido, mas algo nebulosamente sentido. A seguir, o quadro vai gradualmente se deixando perceber: febre discreta, coriza, cefaléia e aumento das secreções das vias respiratórias superiores. Posteriormente, mediante algumas medidas de prudência, como alguns dias de repouso e alimentação adequada no lar, tal sintomatologia vai gradualmente regredindo e esta gripe se torna apenas uma reminiscência: atingiu-se a cura.

Fora, no entanto, o câncer sugerido, a morte eventualmente sobreviria e, se se tratasse da psicose referida, após uma crise aguda, cicatrizes de personalidade permaneceriam, após sua ocorrência.

cia.

Deste modo, alguns períodos podem ser claramente distinguidos na referida evolução. Evidentemente um momento anterior não foi mencionado, qual seja o que precedeu o início dos sintomas, no qual se efetivava o equilíbrio entre meio ambiente, hospedeiro e agente agressor, os quais constituem a chamada tríade nosográfica. Embora "en passant", importa referir que o agente, neste modelo epidemiológico adotado, não é entendido unicausalisticamente como o agente etiológico de um dado agravo: a sífilis, por exemplo, não decorre unicamente do treponema, mas também das relações deste com o hospedeiro, as quais se dão e são até mesmo determinadas pelas condições sociais. Ademais, o entendimento não se deve fazer unicamente em sentido microbiológico, pois muitos desses agravos decorrem de agressões outras, como a obesidade, a silicose, a desnutrição, o suicídio e os acidentes automobilísticos, ou da construção civil. Daí, inclusive, a preferência em termos de Saúde Coletiva à expressão "agravo sobre "doença". Em síntese, não se trata de entender, por exemplo, o agente da tuberculose, mas sim as diferentes condições que levam a ocorrência da afecção num determinado contexto (14).

Tal período é chamado de pré-patogênico, impropriamente é verdade, pois é neste período que se gera o agravo. Ultrapassado o limiar clínico, estabelece-se, como se viu, o período patogênico, caracterizado, num primeiro momento, pela sintomatologia inespecífica e, a seguir, pela específica. O período pós-patogênico é o que se lhe segue, envolvendo as três alternativas mencionadas: cura, morte ou seqüelas.

Isto posto, se entende que medidas preventivistas (isto é, Ações em Saúde) podem ser estabelecidas nos três períodos sendo chamadas de medidas de prevenção primária, secundária e terciária, respectivamente. As primeiras, ou seja, aquelas efetivadas antes da exteriorização do agravo, podem ser chamadas de promoção à saúde e as de proteção específica, também referidas, respectivamente, de sociais globais e sanitárias específicas. Contam-se entre as de promoção à saúde ou sociais globais: nutrição adequada, equilíbrio so-

cial, distribuição equitativa de renda e justo desenvolvimento econômico. As sanitárias específicas, ou de proteção específica, se destinam a agravos específicos, como é o caso das imunizações para as doenças infecciosas.

A prevenção secundária, efetivada no período patogênico, caracteriza-se precipuamente pelo diagnóstico precoce e tratamento adequado e constitui-se na prevenção mais frequente do âmbito médico mais direto. Já a prevenção terciária diz respeito ao processo de reabilitação, em suas fases física, psíquica, social. Exemplificando, para o acidentado de trânsito que tenha perdido uma perna, a primeira medida será a obtenção de uma prótese mecânica e o devido treinamento para seu uso (reabilitação física), seguida de um apoio psicoterápico a fim de que aprenda a conviver com sua nova condição e, compensatoriamente, desenvolva potencialidades até então bloqueadas (reabilitação psíquica); seu aprendizado de uma nova profissão, se necessário, a sensibilização para que a sociedade o aceite e os empresários o empreguem corresponde à reabilitação social.

Esta multicausalidade anódina formulada por técnicos de nações com economia central ao sistema, ao longo do tempo, foi acumulando uma certa cortina de fumaça sobre os determinantes sociais da doença: finalmente, no entanto, o pensamento sanitário se deu conta de que bactérias e vírus que acometem as crianças dos países do primeiro mundo e os da esfera subdesenvolvida são os mesmos, mas as consequências das doenças causadas por eles são diferentes, de acordo com as condições das pessoas, nos diferentes lugares onde ocorrem. Em outros termos, houve um momento em que os profissionais da saúde passaram a identificar claras associações entre estrutura epidemiológica e indicadores econométricos, como renda "per capita", nível médio de vida, capacidade aquisitiva real dos salários, etc. Assim se definiu mais um campo fecundo e realista do estudo da saúde e da doença na dimensão do coletivo, qual seja a Epidemiologia social, da qual a mexicana ASA LAURELL (10) vem se revelando uma das mais argutas estudiosas. Este avanço conceitual passa a se refletir, também decorrentemente no entendi-

mento do que seja saúde.

Conceituar Saúde não é tarefa fácil. Sua abrangência e profundidade são tão notáveis que é bem grande a tentação de compará-la a parábola dos cegos que definiam o elefante pela parte que tocaram, de sorte que um dizia tratar-se de algo comprido e roliço (sua tromba); outro atingia suas ancas e então idealiza-o como uma grande massa muscular e assim por diante.

Alguns são levados a entender que Saúde seja a ausência de doença (13). Como veremos adiante, porém, muitas vezes os indivíduos não estão socialmente identificados como doentes, mas apresentam um nível de preocupação tão relevante, ou uma inadaptabilidade à vida em grupo de tal modo intensa, que se torna difícil aceitá-los como são.

Peritos da Organização Mundial de Saúde identificam-na como o completo bem estar físico, psíquico e social. Compreende-se que, para especialistas tão diferenciados, o seu esforço resultasse em concepção assim absolutamente irrealista. A ser factual tal aborda-gem, nenhum de nós teria conhecido alguém saudável: ainda que não se apresente moléstia física, dificilmente o estado psíquico das pessoas está em completo bem estar. Todos sabemos que o poeta estava certo ao afirmar que "a felicidade é uma árvore de dourados pomos: sempre está onde a pomos, mas nunca a pomos onde estamos". Ainda que conflitos e confrontos emocionais possam inexistir em alguns, subtrair-se das dificuldades sociais é tarefa talvez de heróis ou de deuses, não nossa: ignorar a jornada laboral excessiva, as condições nem sempre agradáveis de habitabilidade e as quase sempre constantes limitações de má distribuição de renda revela-se desiderato efetivamente supra-humano.

De fato, as adversidades da natureza física, psíquica e social, quer queiramos ou não, sempre estão presentes, deitam raízes e geram efeitos. Toda conceituação de Saúde, portanto, deve tê-las explícitas. Evolui-se, assim, para concepção de que saúde consiste na luta para superá-las, evidentemente nem sempre vencendo-as, mas procurando sempre fazer-lhes face (06). E assim, um amputado, um politraumatizado, um menin-

gítico que, às custas da convivência em grupo, aprenderam a lidar com sua limitação, podem perfeitamente ter saúde e aportarem à comunidade suas contribuições como tal.

Depreende-se, portanto, que alças re-
troalimentativas de grande intensidade e conteúdo se estabelecem entre indivíduo e grupo no processo pela conquista de Saúde. E as situações mais prosaicas nos revelam isto: ninguém se cura, ainda que de um pequeno acidente ou mal estar, sozinho. Sempre se recorre a alguém chamado por outro alguém, os quais preparam chás, vendem medicamentos ou simplesmente se colocam disponíveis.

CARACTERES E ESTRUTURA EPIDEMIOLÓGICA

O desenvolvimento destas diversas concepções sobre saúde e doença ocorreu em todas as situações a partir da construção de um referencial analítico, cujo primeiro passo consiste no procedimento científico cardinal: a observação sistemática dos fatos, a qual, quando aplicada a questões de Saúde-Doença, constitui o objeto da epidemiologia Descritiva. A esta interessa, portanto, o conhecimento dos diferentes modos de ocorrência da doença nas diferentes populações e a chamada estrutura epidemiológica, resultando do sinergismo de múltiplos fatores, os chamados caracteres epidemiológicos.

Consistem estes, pois, da agregação dos numerosos fatos que levam ao comportamento diferenciado da doença nas populações. Em outros termos, quais fatores fazem com que determinada doença ocorra com maior probabilidade nesta ou naquela população, neste ou naquele grupo de pessoas, neste ou naquele indivíduo. São os conhecidos "fatores de risco", que permitem identificar os chamados "grupos de risco". (18)

Na formulação de ROSE (17), os fatores de risco identificam determinados indivíduos como pessoas mais suscetíveis a contrair a enfermidade e, a partir disto, procede-se a examinar se tais fatores de risco são também causas que podem explicar porque alguns indivíduos se enfermam enquanto outros continuam sãos e que se pode utilizar como guia para as atividades de prevenção. Habitualmente são agrupados em três grandes categorias: os rela-

cionados às pessoas, ao tempo e ao espaço.

FATORES RELACIONADOS ÀS PESSOAS

A tarefa consiste, portanto, num primeiro momento, em identificar quais os fatores ligados às pessoas que as fazem adoecer, mais ou menos, por esta ou aquela doença. Sexo, idade, estado civil, ocupação, grau de nutrição, consti-
tucionalidade genética e etnia são naturalmente os primeiros a serem identificados.

Quanto ao sexo, sabemos que há doenças absolutamente exclusivas do homem ou da mulher, como afecções genitais, por exemplo, carcinoma de colo de útero ou neoplasia prostática. Outras, por razões genéticas, revelam uma distribuição sexual preferencial, porém não excludente; é o caso, digamos, da hemofilia e do daltonismo. Outras, por fatores ainda desconhecidos, também a apresentam, como a hanseníase, onde há uma razão sexual de 1:2 (um doente de sexo feminino para cada dois do sexo masculino) (07). Em termos mais gerais, o que se tem observado é que a mortalidade é maior em homens que em mulheres, ocorrendo o inverso quanto a morbilidade.

O câncer de mama, sabe-se de algum tempo, é mais freqüente entre mulheres solteiras do que casadas provavelmente porque, entre as inúmeras propriedades do aleitamento (imunização passiva natural para o bebê, proximidade afetiva mãe e filho, etc., v.g. GONÇALVES 1976) esta sua ação protetora contra o surgimento de neoplasia. Como exemplo oposto do estado civil como fator de risco em Epidemiologia Descritiva está o carcinoma de colo de útero, mais freqüente em mulheres casadas que solteiras, possivelmente pela ação carcinogênica do esmegma, naturalmente mais freqüente entre as primeiras que entre as segundas (3). A verdade é que com o avançar das novas práticas e concepções da vida sexual humana em sociedade, tem ficado cada vez mais difícil ao epidemiologista conseguir estabelecer relações entre doenças e estado civil: há elementos solteiros de vida sexual mais ativa que os casados e há os que, uma vez nesta condição, separaram-se de seus

cônjuges e, embora civilmente casados, têm vida sexual não típica deste grupo.

A ocupação já há séculos, é sabida como sendo importante fator de distribuição diferencial das doenças (15), de modo que o estudo e o manejo desta relação constitui, dentro da Medicina, especialidade claramente definida, a Medicina do Trabalho e, quando, como na maioria das vezes, passa a incluir abordagens mais amplas e profissionais mais especializados, a Saúde Ocupacional. Trata-se, assim, de conhecer e manejar profilaticamente as varizes do dentista, as pneumoconioses dos mineiros, a leptospirose dos lixeiros, os desvios de coluna dos datilógrafos, etc. Correia Filho et al (1) vão mais além, ainda ao pontuarem a tendência atual entre os trabalhadores de saúde em direção à correlação estreita entre todos os problemas de saúde e as condições de trabalho: "seriam consideradas muito importantes neste momento aquelas doenças mais comumente associadas à procura de assistência médica e dos benefícios da previdência social, tais como a hipertensão arterial, as osteoartroses, o alcoolismo, as neuroses e as doenças infecto-contagiosas adquiridas no trabalho".

Etnias são grupos populacionais que apresentam frequência fenotípica significativamente diferentes entre si, associando-se, assim, com riscos diferenciados para a contração de numerosas moléstias. Muitas vezes, o fator nutricional aí está associado, como parece ser o caso do freqüentíssimo acidente vascular cerebral entre japoneses, talvez pela peculiar ingestão de peixe cru. Uma vez que este hábito alimentar sofre mudanças na frequência de adoção, como é o verificado entre migrados para o Ocidente, o risco decai sensivelmente. Outras vezes são fatores constitucionais, os determinantes como úlcera ciclêmica de membros inferiores entre negros ou a raridade da tuberculose entre os hebreus, estes, por constituírem povo permanentemente errante, sofreram uma seleção artificial, em que apenas os menos vulneráveis ao agravo resistiram e puderam legar descendência.

Tal discussão nos introduz à polêmica questão da constitucionalidade. Vale dizer, diante de determinado agravo

como proceder para discriminar se seus fatores determinantes são essencialmente genéticos ou ambientais. Preliminarmente, GONÇALVES (04), introduz algumas conceituações básicas a respeito:

"O termo familiar encerra o conceito de que o caráter em causa apresenta uma distribuição preferencial, apresentando uma incidência maior em certas famílias que em toda a população sujeita a risco. Do ponto de vista etiológico, portanto, engloba tanto as hereditárias quanto aos caracteres estritamente ambientais, ao contrário do que se possa pensar à primeira vista. Deste modo, infarto do miocárdio e doenças infecto-contagiosas apresentam ocorrência familiar, sem, por isso, encerrar nenhuma conotação genética. Estudando recentemente um bairro da região atendida pelo nosso Serviço, encontramos, em relação a parasitoses intestinais, mais de oitenta por cento de afetados com um índice de promiscuidade de aproximadamente 0,3. Tais resultados mostram tratar-se de doença indiscutivelmente familiar, sem relação, contudo, com a hereditariedade".

"Congênita é a doença que se manifesta clinicamente ao nascimento; o paciente nasce com ela. Pálato fendido e aquiropoidia são, portanto, doenças congênitas. Broncopneumonia e insuficiência renal crônica são doenças não-congênitas. Existem duas possibilidades etiológicas para as doenças congênitas: os fatores genéticos (como no caso de aquiropoidia) e os fatores ambientais, assim chamados teratogênicos, e que são incontáveis, destacando-se principalmente infecções (rubéola, lues, toxoplasmose), agentes físicos (radiações, traumatismo) e químicos, sendo recente a chamada síndrome da Talidomida. É imperioso frisar que no conceito acima usou-se explicitamente o termo "clínicamente", pois atualmente é crescente o número de condições mórbidas existentes ao nascimento que então não estão claras como doença. É o caso, por exemplo, dos erros inatos do metabolismo, ou em zimopatias".

"Dois aspectos importantes decorrem do conceito acima. Pequenas malformações presentes ao nascimento, que nesta época não apresentam significado algum, precisam ser reavaliadas cuidadosamente.

samente durante o desenvolvimento da criança, no sentido de verificar se se passam a ter, ou não, alteração de função. No entanto, doenças genéticas que não se manifestam num exame neonatal podem e vão se manifestar posteriormente, através de mecanismos variados: alteração metabólica (v.g. diabetes), estímulo ambiental (v.g. anemia falciforme), abiotropia, isto é, degeneração e regressão celular e tissular (v.g. Síndrome de Marfan). "

"Abandonando os elementos cronológicos da história natural da doença em Genética Clínica, vamos avaliá-las do ponto de vista etiológico. Atualmente admite-se que o "continuum interhumano morbi", isto é, a dinâmica de causação das doenças envolve sempre o componente genético e componente hereditário. Não há doenças genéticas e doenças ambientais, mas sim doenças em que predomina o componente hereditário ou doenças em que predomina o elemento ambiental. Tal homeostase genético-ambiental é chamada de peristase".

Hábitos são fatores relacionados às pessoas de quase imediata associação com a ocorrência de determinadas doenças. Assim é que homossexuais masculinos, por introduzirem à sexualidade, diferentes práticas envolvendo primordialmente a erotogenicidade anal, apresentam maior risco para determinadas moléstias, como a contração de hepatite B e proctites não específicas (09). O tabagismo e o carcinoma pulmonar, no entanto, constituem exemplo de raciocínio epidemiológico, onde a escolha da abordagem do estudo do hábito é fundamental: é amplamente conhecida a verificação de que, entre os indivíduos acometidos pela doença, os fumantes são expressivamente em maior número. Complementa portanto, o procedimento, o procedimento em tela, a contra-povo, isto é, a verificação, entre os fumantes, do componente específico daqueles acometidos pela doença.

FATORES RELACIONADOS AO TEMPO

Aqui dois conceitos básicos precisam ser aclarados já de início: prevalência e incidência. A primeira consis-

te no número total de casos existentes de determinado agravo em determinado período e local. Assim, podemos dizer que a prevalência da hanseníase no Brasil, em 1983, foi de 206.081 doentes e no Estado do Acre, em igual período foi de 3.677(08). No entanto, para podermos comparar a realidade epidemiológica subjacente a tais cifras, temos que estabelecer denominadores comuns a ambas. O recurso consiste em relacioná-las com as respectivas população no final do período considerado, constituindo assim um indicador epidemiológico em base decimal, geralmente por mil. Ao assim procedermos verificamos que, no Brasil, a taxa foi de 1,57/1.000 e no citado Estado de 10,72/1.000, o que, em si, já é bastante indicativo. Se a prevalência relativa nos dá o risco de os indivíduos de determinada região adoecerem pela moléstia em causa, é o valor absoluto que, comparativamente a diferentes regiões, nos indica a prioridade sanitária a ser definida. Assim é que 85% dos casos de hanseníase das Américas se encontram no Brasil e destes, aproximadamente a metade está concentrada na Região Sudeste (Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo).

Sendo, portanto, o instrumento que nos informa acerca da magnitude e impacto da doença na região considerada, pouco contribui nos estudos de tendência, em que se está interessado em conhecer-se, ao longo do tempo, a frequência dos casos de doença está se expandindo ou retraindo. Para tanto, usamos a incidência, conhecida como o número de casos novos de determinada doença em determinado local e período. Este geralmente é o anual, e a população utilizada em denominador aqui é estimada para o meio do período estudado. Retomando o exemplo mencionado da hanseníase no Brasil, estudo realizado sobre seu comportamento no período de 1968 a 1983 revelou que: primeiro, a incidência, em termos absolutos, quase quadruplicou. Segundo, o coeficiente duplicou. Terceiro, observando tais dados segundo a estratificação por formas clínicas, surpreende-se queda do comportamento relativo das formas bacilíferas no conjunto de casos novos da moléstia

registrados ano a ano, compensando-se o número global às custas da ascendência relativa dos casos tuberculoides. Vale dizer, há diminuição do acometimento dos indivíduos suscetíveis, Mitsuda-negativos e aumento nos resistentes, Mitsuda-positivos. Quarto, quando esses dados são cotejados com os disponíveis com o acometimento segundo faixa etária, obtém-se um mosaico extremamente coerente que se assemelha ao observado em países como Índia, onde a endemia está claramente em expansão.

O procedimento epidemiológico corrente encontra nos estudos que procuram relacionar a ocorrência das doenças e seus comemorativos temporais em determinada população subsídios cardinais. Assim é que ao estudar a evolução da meningite meningocócica no Estado de São Paulo, no período de 1930 a 1980, MORAES, GUEDES e BARATA(12) obtiveram os resultados sumarizados no gráfico 1. A observação imediata nos mostra que sua distribuição não é regular, ocorrendo fases em que se notam ascensões bastante marcadas ou na formulação clássica "elevações abruptas", transitórias e significativas na incidência do agravo em estudo. Temos aí enunciado o conceito mais preciso de que se dispõe sobre epidemia.

Como observado, a representação gráfica de uma epidemia se faz em um diagrama cartesiano corrente de abscissas e ordenadas, conhecido como diagrama de controle, em que o tempo está representado na horizontal e a incidência na vertical. Seu estudo se revela tão informativo quanto o de uma curva de termometria que se procede na clínica. Assim é que se surpreendem epidemias de ascensão extremamente rápida, refletindo tratar-se de afecção contraída simultaneamente por todos os suscetíveis ante a exposição a fonte comum de infecção, como é o caso tão frequente das toxi-infecções alimentares.

Um comportamento epidemiológico diferente é mais encontrado em moléstias de transmissão de pessoa a pessoa, como se dá exatamente com as doenças sexualmente transmissíveis.

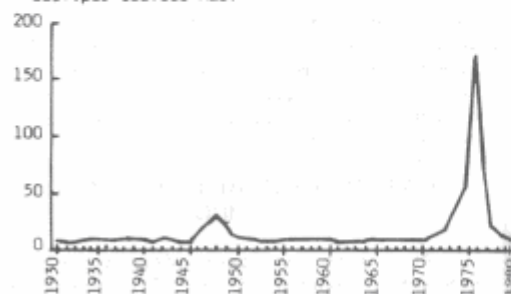
Frequente a respeito é a expressão surto epidêmico. Encerra ela três concepções mais correntes. A primeira responderia ao ápice da epidemia, isto é,

seu ponto modal, de maior frequência. Esta concepção não encontra respaldo técnico, porém, outro conceito igualmente incorreto da expressão é infrequentemente encontrado entre administradores de saúde despreparados ou mal intencionados que o identificam como uma epidemia de pequena importância. "Foi, de fato, uma epidemia?", pergunta-lhes profissional da imprensa, ávido por sensacionalismo, a que lhe responde. "Não, jovem, apenas um surto epidêmico". Finalmente o conceito certo: trata-se de epidemia espacialmente circunscrita. É o que se verifica quando há vários casos de escabiose numa escola, de sarampo numa enfermaria de pediatria a de tuberculose numa cadeia.

Também como conceitos complementares a epidemia, temos a pandemia, que é uma epidemia que se verifica simultaneamente em diferentes partes do mundo, como o que ocorre atualmente em nossa área com o síndrome de imunodeficiência adquirida, ou com os infortúnios do trânsito ou a desnutrição já há algum tempo. Por seu turno, epizootia consiste obviamente, como está a indicar sua etimologia, em epidemia que afeta simultaneamente homens e animais, como é o caso da hidrofobia. Tal situação não deve ser confundida, entretanto com as antropozoonoses, que acometem homens e animais, sem a característica epizootica, ao contrário, até, na maioria das vezes. É o que ocorre com a brucelose, a provocar abortos em fêmeas do gado e nas esposas de seus tratadores.

GRÁFICO 1. DOENÇA MENINGOCÓCICA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - 1930 - 1980

Coef. por 100.000 Hab.



FONTE: DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
F.C.S.C.M.S.P. SEP 6-RIE, DRSI-Centro de
Informações de Saúde - CIS

Endemia é aquela situação em que o agravo revela um comportamento epidemiológico relativamente estável ao longo do tempo.

Uma observação mais detalhada do referido comportamento da meningite em São Paulo, por seu turno, mostra certa simetria no mesmo, isto é, seus acentos estão nos lustros terminados em 5 e seus refluxos nos anos que iniciam decênios. Este padrão constitui um exemplo da chamada variação cíclica uma modalidade de segundo grupo de variações temporais dos agravos nas populações, as regulares, ao contrário das primeiras tratadas, que são, obviamente irregulares (epidemia, pandemia, surto epidêmico, etc).

Prosaica e interessante é a variação cíclica observada em relação ao sa-rampo. Os picos são sempre nos meses de inverno e as retrações no verão; da mesma forma, as hiper-sensibilidades pelo pólen são naturalmente mais incidentes na primavera e as dermatofíceas e desidratações no verão. Constituem exemplos de variações sazonais.

Há variações que ocorrem com seus ciclos de ápice e que vêm acontecendo ao longo de muitos anos, como as próprias doenças sexualmente transmissíveis. Trata-se de situações de variações seculares.

Importa referir, ainda, por fim, a questão dos fatores relacionados ao espaço. De fato, sabemos da existência até das chamadas doenças tropicais, cuja distribuição de frequência é preferencial por tais regiões do globo, embora se saiba que não o seja porque fatores climáticos (como ingenuamente outrora se julgou) se associaram a peculiaridades faunísticas e florísticas. Distribuições geográficas mais localizadas são também relevantes, como a importância do suicídio na Dinamarca ou a porfíria na Argentina. Dentro de um mesmo país, ademais, diferentes regiões apresentam diferentes perfis nosográficos a nível populacional. Uma distribuição bastante marcante quanto às suas diferenças é a urbano-rural. Mesmo assim, precisamos, com frequência, discriminar se a cidade é pequena, média ou grande; em se situando nesta estratificação, importa identificar se se trata de metrópole, segundo o

número de habitantes, ou de conurbação, se estabelecida por justaposição de diferentes assentamentos.

ABSTRACT

GONÇALVES, A. e GONÇALVES, N.N.S. Health and disease Basic concepts. Brazilian Journal of Sciences and Movement, vol.2, nº2.

To facilitate learning of General and Sport Hygiene in Physical Education Departments, basic concepts of Health and Disease are presented. Briefly tracing the evolution of some concepts of Disease through history, the model of Natural History of Disease and consequent prophylaxis are emphasized, based on primary, secondary and tertiary prevention, as related to pre-pathogenic, pathogenic and post-pathogenic periods. Complementarily, concepts of Health are necessarily pluralist as maintained by experts of the World Health Organization and Social Epidemiology.

To understand these various meanings of Health and Disease it is necessary to understand the different ways they occur in distinct populations. This corresponds to the epidemiologic structure, studied in three categories - the factors related to persons, time and space. Among the former are sex, occupation, race, physical constitution and habits. The time-related factors are studied using the concepts of epidemic, epidemic outbreak, epizootic and pandemic, beyond the cyclical variations. The action of factors related to space is also reviewed.

Uniterms: Epidemiological structure, Epidemic, epizootic, pandemic.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. CORREIA FILHO, H.R.; GONÇALVES, A. e GONÇALVES, N.N.S. Linhas de ação para o Desenvolvimento científico e tecnológico no setor Saúde no Brasil. Brasília, s.n.t., 1987.
02. EVANS, A.S. Ruminations on Infectious Disease Epidemiology, retrospective, curspective and prospective. Int.J.Epid. 14(2):205-214, 1985.
03. FORATTINI, O.P. Epidemiologia Geral. Edusp, São Paulo, 1976.
04. GONÇALVES, A. Ambulatório de Genética Clínica: os diferentes elementos das patologias atendidas. Rev.Bras.Clin.Terap. 3:35-42, 1974.
05. GONÇALVES, A. Uma hipótese globalizadora genético-viral-hormonal para a etiopatogênese do câncer de mama. Rev.Paul.Med. 88:30-31, 1976.
06. GONÇALVES, A. A saúde e a população: contribuição para o entendimento deste binômio em nosso meio. Ciência e Cultura 33(11):1435-1429, 1981.

07. GONÇALVES, A. e GONÇALVES, N.N.S. Leprosy among us: an epidemiologic study about the factors connected to the host. Rev. Ibero-Am. Infectol 4(2):100-116, 1981.
08. GONÇALVES, A. Aspectos da epidemiologia e controle da hanseníase no Brasil. Bol. Of. Sanit. Panam 102(3):246-257, 1987.
09. HOLMES, K.H.; MARDH, P.A.; SPARLING, P.F. e WIESNER, P.J.; Sexually transmitted diseases. Mc Graw Hill, New York, 1984.
10. LAURELL, A.C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en America Latina. Cuad. Med. Coc. 37:03-18, 1986.
11. LEAVEL, H. e CLARK, E.G. Preventive Medicine for the Doctor and his community. Mac Graw Hill, New York, 1965.
12. MORAES, J.G.; GUEDES, J.S. e BARATA, R.C.B. Método de estudo do processo epidêmico. Curso de Epidemiologia das Doenças Transmissíveis. XVII Congresso Sociedade Bras. Med. Trop. Ribeirão Preto, USP, 1982.
14. QUADRA, A.A.F. Viver é resistir: a história natural da doença. Achemé, Rio de Janeiro, 1983.
15. RAMAZZINI, B. As doenças dos trabalhadores. FUN DACENTRO, São Paulo, 1985.
16. ROJAS, R.A. Epidemiologia. Inter-Médica, Buenos Aires, 1976.
17. ROSE, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. Bol. Epid. Ofspan 6(3):1-8, 1985.
18. SMITHELLS, R.W. Epidemiology of congenital defects. Isr. J. Med. Science 7:1515-1519, 1971.

13. OPS-Fortalecimiento de la capacidad nacional en epidemiologia. Bol. Epid. OPS 6(2):1-6, 1985.

Endereço do Autor/Author Address

Aguinaldo Gonçalves
SQN-104-Bloco C Apto. 308
Brasília-DF - Brasil.