

Construtos Teóricos e Práticos da Saúde: As Abordagens Biomédica e Socioecológica

Theoretical and practical constructs of health: The relevance of Biomedical and Socioecological Approaches

Liziane Martins

Universidade Federal da Bahia/Universidade Estadual de Feira de Santana;
Universidade do Estado da Bahia
lizimartins@gmail.com

Grégory Alves Dionor

Universidade do Estado da Bahia
gadionor.bio@gmail.com

Charbel Niño El-Hani

Universidade Federal da Bahia
charbel.elhani@gmail.com

Graça Simões de Carvalho

Universidade do Minho
graca@ie.uminho.pt

Resumo

No campo educacional, a abordagem biomédica, na qual saúde é entendida principalmente como ausência de doença, traz limitações importantes. Uma alternativa poderia ser a substituição da abordagem biomédica por outra, mas, para isso, é importante entender as diferentes abordagens de saúde discutidas na literatura, o que justifica a realização de estudos de revisão crítica de indicadores teóricos e práticos que diferenciam abordagens de saúde. Para realizar tal estudo, realizamos um levantamento bibliográfico em quatro banco de dados, resultando num *corpus* de 169 artigos pertinentes para o presente estudo. Com base na análise destes materiais, pode-se concluir que, dos diferentes modos de pensar e agir em saúde, emergem duas abordagens bem definidas: a biomédica e a socioecológica. Enquanto a primeira traz uma visão biologicista e reducionista da saúde, a segunda entende a saúde a partir de arcabouços epistemológicos, antropológicos, históricos, sociais, culturais e comportamentais, e não somente biológicos.

Palavras chave: Saúde, Abordagem Biomédica, Abordagem Socioecológica.

Abstract

There are many works that seek to reflect about health, from classical texts to more recent studies, in the national and international literature, in a variety of fields. The diversity of works makes it important to understand the different health approaches discussed in the

literature need to be understood, what justifies carrying out this critical review study of the theoretical and practical indicators that differentiate the various health approaches. A literature survey was carried out in four database, resulting in a corpus of 169 articles relevant to the present study. Based on the analysis of these materials, it was concluded that from the different ways of thinking and acting in health, two well defined approaches emerges: the biomedical and socioecological. While the former presents a biological and reductionist view of health, the latter considers health from the epistemological, anthropological, historical, social, cultural and behavioural frameworks, and not only biological.

Key words: Health, Biomedical approach, Socioecological approach.

INTRODUÇÃO

Na esfera internacional, a saúde tem sido foco de variados estudos. Alguns deles tratam, por exemplo, dos tipos de representações sociais da saúde (e.g., MORENO-ALTAMIRO, 2007; QUINTERO, 2007). Outros discutem a disseminação do conceito de doença no campo médico (HOYOS, OCHOA & LONDOÑO, 2008), a influência dos fatores socioculturais no aparecimento de doenças (BRUMBERG, 1985) e a relação entre saúde e doença (STAM, 2000; BALOG, 2005).

No Brasil, alguns autores tratam, por exemplo, da relação entre as representações da saúde e os seus aspectos sociais (ZIONI & WESTPHAL, 2007), enquanto outros estudam os conceitos dos professores e alunos sobre doença e o que fazem para cuidar de sua saúde (BORUCHOVITCH, FELIX-SOUSA & SCHALL, 1991). Ademais, há uma longa tradição de abordagem do tema saúde no currículo escolar brasileiro, tendo sido sua introdução no sistema educacional formalizada em 1971, com a Lei nº 5.692 (BRASIL, 1996).

No campo educacional, a abordagem da saúde como mera ausência de doenças tem reflexos importantes, reproduzindo uma visão limitada da saúde, com implicações para sua compreensão por professores e estudantes, bem como para a construção de práticas de saúde individuais e coletivas (CARVALHO, 2006; MARTINS, SANTOS & EL-HANI, 2012). Nesse contexto, uma alternativa poderia ser a substituição da abordagem de saúde hegemônica, que tem sido denominada ‘biomédica’, por outra, capaz de ultrapassar os limites desta. Porém, antes de propor tal mudança, é preciso entender as diferentes abordagens de saúde discutidas na literatura, o que justifica a realização de estudos de revisão crítica com o objetivo de descrever e analisar os indicadores teóricos e práticos que diferenciam abordagens de saúde.

METODOLOGIA

Para selecionar os materiais que constituíram o *corpus* da presente análise, restringimos nossa análise a artigos publicados em periódicos, por entendermos que estes foram submetidos de modo mais extenso à análise crítica da comunidade científica. Assim, foi realizado, em setembro de 2013, um levantamento de artigos em duas bases de dados que reúnem trabalhos publicados na América Latina – SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) – e em duas bases de dados em língua inglesa – ERIC (*Education Resources Information Center*) e Scopus.

As duas primeiras bases de dados foram escolhidas por indexarem um considerável número de periódicos (623 e cerca de 800, respectivamente) e por serem bases que reúnem materiais

bibliográficos pertinentes ao campo da saúde de origem latino-americana, mais vinculados ao contexto educacional no qual este trabalho se situa. A base ERIC, por sua vez, foi selecionada por ser uma das maiores bibliotecas digitais de educação disponíveis, dando acesso a uma diversidade de trabalhos – em língua inglesa – que enfocam a educação em saúde. Por fim, a base Scopus foi incluída no levantamento por ser uma das maiores bases de dados de literatura científica, com cerca de 21.000 títulos.

Nas bases de dados latino-americanas, foram realizadas buscas sistemáticas com as seguintes combinações de palavras-chave: (i) “concepção de saúde”; (ii) “conceito de saúde”; (iii) “teoria de saúde”; (iv) “modelo de saúde”; e (v) “abordagem de saúde”.

Nas bases de dados ERIC e Scopus, as combinações foram: (i) “health conception”; (ii) “health concept”; (iii) “health model”; (iv) “health theory”; e (v) “health approach”. Vale destacar que nossa seleção abrangeu, também, os artigos que apresentaram estas combinações com o respectivo plural das palavras. Nas quatro bases de dados, as buscas foram feitas sem restrição de datas, ou seja, cobrindo todo o intervalo de tempo disponibilizado nas mesmas.

Foi levantado um total de 5.717 materiais (3.893 no Scopus, 1.148 no ERIC, 436 no LILACS e 240 no SciELO), dos quais todos os resumos/abstracts foram lidos. Com base nesta leitura inicial, 974 artigos que pareciam discutir algum aspecto teórico relativo à saúde e/ou às práticas de saúde foram obtidos e analisados na íntegra. Ao examinar os artigos na íntegra, 644 foram excluídos, ou por corresponderem a capítulos e resumos de livros, apostilas, anais de congressos, dissertações e teses, por serem artigos repetidos, ou por não termos tido acesso a eles, ou porque não eram apropriados para responder à questão de pesquisa, porque não discutiam de fato diferentes modos de pensar e agir em saúde, apesar de citá-los na introdução, como verificamos na leitura integral. O grande número de artigos excluídos decorre do fato de que, na análise dos resumos/abstracts, incluímos os trabalhos quando ficávamos em dúvida sobre a pertinência. Desse modo, chegamos a 169 artigos que consideramos pertinentes para a nossa análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos incluídos no *corpus* do estudo, percebemos como a descrição da saúde e da doença, assim como a demarcação dos aspectos que as influenciam, é difícil de ser tratada, por versar sobre temas complexos, seja pelos diferentes modos como saúde e doença são compreendidas e discutidas, seja pelos seus diversos determinantes.

Alguns trabalhos recorrem à história da saúde e da doença, que envolve construções de significações que se referem tanto à natureza, à estrutura e às funções do corpo, quanto às relações entre a materialidade do corpo e alguma(s) entidade(s) sobrenatural(is) (ALBUQUERQUE & OLIVEIRA, 2002). Neste sentido, também encontramos, como discutido em alguns artigos, **abordagens religiosas**, que enfocam a influência de entidades sobrenaturais nos processos de saúde e de doença (BALTES, 2010). Podemos considerar, por exemplo, o surgimento de descrições sobre estes processos embasadas em concepções sobrenaturais e mágicas nas primeiras civilizações agrárias e pastoris, fundamentando-se na existência de deuses que curavam e em poderes mágicos envolvidos em encantamentos e feitiços (RODRIGO, 2000; QUINTERO, 2007). Tais concepções mágicas e religiosas sobre a saúde e a doença perduram até hoje, permanecendo as religiões como pilares para a tentativa de compreensão da saúde e da doença nas mais diversas culturas.

Na idade moderna, contudo, uma visão da medicina pautada na ciência veio a predominar, em particular, com o descobrimento de princípios anátomo-fisiológicos e químicos, que

trouxeram consigo o apelo às atribuições naturais do corpo (QUINTERO, 2007). Este cenário propiciou o surgimento de uma nova abordagem de saúde, que pode ser denominada ‘**biomédica**’, ‘flexneriana’, ‘médica clássica’, ou, simplesmente, ‘médica’, na qual a saúde é discutida numa perspectiva funcionalista, na qual a saúde e a doença são entendidas a partir do funcionamento (a)normal do corpo (RODRIGO, 2000). Ógata e Pedrino (2004) acrescentam, ainda, que a disseminação das ideias de Descartes contribuiu para a difusão dessa abordagem, que levou a medicina a se preocupar exclusivamente com a parte corpórea dos indivíduos, sendo as doenças tidas como consequências de desajustes dos órgãos, apesar de o próprio Descartes – é importante lembrar – enfatizar o papel da mente e conceber uma ligação entre mente e corpo,

Pasteur, ao desenvolver, juntamente com Koch, a teoria microbiana ou germinal das doenças infecciosas, também contribuiu para a disseminação das ideias biomédicas. Os trabalhos em bacteriologia, que ganharam proeminência com a teoria germinal, levaram então à hegemonia do “paradigma bacteriológico” (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). Foram reforçados, assim, modelos unicausais e reducionista¹, que se tornaram característicos da abordagem biomédica (OLIVEIRA & EGRY, 2000).

Na segunda metade do século XIX, a perspectiva biologicista começou então a se sobrepor às visões que se pautavam nas dimensões ambientais, sociais, políticas e econômicas das doenças. Além disso, o predomínio de uma saúde pública orientada para o controle de doenças específicas contribuiu para estreitar o foco da própria saúde pública, que passou a distanciar-se das questões políticas e dos esforços por reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). Ademais, o movimento sanitário, do começo do século XX, foi silenciado pela predominância da abordagem biomédica na sociedade (ver OLIVEIRA & EGRY, 2000), o que dificultou a disseminação da visão de que as ações em saúde devem ser planejadas em consonância com ações relativas ao meio ambiente e às condições socioeconômicas, que se constituem em importantes fatores no processo de saúde e doença.

Mas o que a abordagem biomédica realmente postula? Um dos aspectos dessa abordagem reside na admissão do binômio saúde-doença. A formulação básica de que “saúde = ausência de doença” encontra uma elaboração mais cuidadosa em Christopher Boorse (1975, 1977). Em seus termos, a saúde consiste no funcionamento corpóreo normal, sendo a normalidade entendida a partir de parâmetros considerados satisfatórios para determinadas variáveis clínicas, como peso, altura, batimentos cardíacos, frequência respiratória, pressão arterial etc. (BOORSE, 1975, 1977). Portanto, indivíduo saudável é, nesta acepção, aquele que apresenta taxas e valores dentro dos limites considerados normais, independentemente de outros fatores que possam provocar oscilações nesses parâmetros.

A teoria boorseana está vinculada, em sua formulação, a uma influência do reducionismo, do biologicismo e da unicausalidade sobre as concepções de saúde e de doença, ou seja, aos pressupostos característicos da abordagem biomédica (EWLES & SIMNETT, 2003; CARVALHO, 2006; NAIDOO & WILLS, 2009). Sintomaticamente, muitas críticas à abordagem biomédica se apoiam no fato de ela ver a saúde de forma fragmentada, ‘reducionista’, tendo as doenças como objetos de suas práticas, privilegiando o tratamento e a cura do corpo, e negligenciando a inserção social e ecológica dos seres humanos.

¹ O termo ‘reducionista’ é aqui usado para reforçar a tendência das visões biomédicas de atribuir uma única etiologia às doenças, negligenciar a multicausalidade envolvida nos processos patológicos e fragmentar o corpo em partes para facilitar o diagnóstico das doenças e a cura dos indivíduos, o que contribui, inclusive, para a ideia de que o indivíduo saudável é aquele que não tem patógenos.

Cabe destacar que a prevalência da abordagem biomédica pode ser entendida como uma decorrência natural do processo de medicalização da sociedade, que fez com que diversas questões que, antes, eram tratadas como morais, culturais ou sociais viessem a ser situadas na esfera biomédica, como nos casos, por exemplo, do controle de natalidade (via medicamentos ou cirurgias), da longevidade (por meio de vitaminas e medicamentos), do aumento da performance física (dado por anabolizantes e medicamentos) etc. (ver FOUCAULT, 2010). Sua prevalência pode ser percebida no cotidiano das pessoas, através das práticas de saúde planejadas e implementadas para a população, que geralmente visam à prevenção, ao tratamento ou à cura de doenças específicas; ou ainda, pela disseminação de informações sobre a saúde que a abordam quase sempre à luz de doenças, inclusive no contexto educacional.

Diante desta perspectiva, a abordagem biomédica pode ser criticada por seu compromisso com uma visão individualista, a partir da qual se estabelecem comportamentos e valores sociais considerados ideais e compatíveis com a saúde. Agrega-se a isso a crítica de que geralmente não se reconhece, na abordagem biomédica, que o estresse psicológico, por exemplo, interfere no desenvolvimento das doenças físicas, considerando-se quase exclusivamente que estas estão relacionadas a comportamentos de risco.

Frente a essas inquietações, alguns autores propõem agregar no contexto médico aspectos culturais, a partir de uma **abordagem etnomédica**, considerando que, assim, as dificuldades na compreensão da saúde podem ser reduzidas (MORGADO, 1994). Como argumenta Langdon (1995), esta abordagem é discutida como um meio de “aprimoramento” da abordagem biomédica. Em nosso entendimento, contudo, a abordagem etnomédica constitui outro modo de compreender a saúde e a doença que encontramos na literatura que analisamos. Ela apresenta uma maior preocupação com a dinâmica da doença e com vários fatores (crenças individuais, relações interpessoais, contexto econômico) que podem interferir no processo terapêutico (BANDURA, 1998).

No entanto, alguns limites podem ser identificados na abordagem etnomédica, principalmente no que concerne à promoção da saúde. Primeiro, porque apenas reconhecer o papel do contexto cultural nos processos de saúde e de doença é insuficiente, devido aos diversos outros determinantes que os afetam, como segurança, meio ambiente, política. Segundo, apesar de ser importante reconhecer os aspectos culturais e biológicos para desenvolver técnicas de saúde que controlem as doenças, deve ser revisto o uso exclusivo destes aspectos como critério normativo de sucesso das práticas de saúde e dos meios de aquisição do bem-estar (AYRES, 2001). Além disso, com a dominação da abordagem biomédica ao longo de muitos anos, é difícil enfrentar todos os problemas que envolvem a saúde apenas incorporando os aspectos culturais.

Outra abordagem da saúde decorre de um foco no indivíduo para sugerir mudanças comportamentais, orientar sobre condutas saudáveis, estimular hábitos de vida compatíveis com a qualidade de vida etc. Neste caso, ganham destaque discussões sobre a “saúde comportamental” (DOBMEYER, 2013), considerando comportamentos de risco, atitudes não saudáveis, e não necessariamente doenças específicas. Esta abordagem pode ser denominada **comportamental** (WESTPHAL, 2006; DAIGLE, HEBERT & HUMPHRIES, 2007). Para estes autores, esta é uma abordagem em si mesma, e não apenas um modo mais flexível da abordagem biomédica. Cabe destacar que esta abordagem é também encontrada na literatura com a denominação ‘Teoria dos estilos de vida’ (OLIVEIRA & EGRY, 2000).

No entanto, nós consideramos a abordagem comportamental como somente um diferente olhar sobre a abordagem biomédica, por priorizar hábitos de vida, escolhas saudáveis, comportamentos compatíveis com a vida, qualidade de vida, alimentação adequada etc.

visando, mesmo que em última instância, o controle e a prevenção de doenças. Estas são metas características da abordagem biomédica.

A partir das contribuições da epidemiologia, a compreensão da saúde e doença se deslocou de uma perspectiva unicausal, advinda da perspectiva microbiológica, para uma multicausal (CAMPOS & SOARES, 2003; MORENO-ALTAMIRO, 2007). Assim, a saúde deixa de ser vista como um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um processo dinâmico, multifatorial, também socialmente produzido. Isso ressalta a complexidade do tema saúde e, assim, da necessidade de abordá-lo de modo interdisciplinar, reunindo contribuições epistemológicas, antropológicas, históricas, sociais, culturais, comportamentais, para além das biomédicas (TRENTINI & CUBAS, 2005; KHAN, 2013). Foi neste quadro que emergiu a **abordagem socioecológica**, como alternativa para a superação das abordagens da saúde centradas em ações apenas individuais e norteadas geralmente pela unicausalidade. Isso porque, ainda que os métodos diagnósticos e terapêuticos, a vacinação, a educação em saúde etc., sejam dirigidos aos indivíduos, há que se privilegiar uma maior democratização do acesso à saúde e a compreensão da saúde como direito, a conjugação da compreensão e da ação sobre os aspectos socioambientais associados à saúde, a participação mais crítica do cidadão em relação à promoção de sua saúde, a dimensão coletiva da saúde e da doença. Estes são, afinal, aspectos que se mostram mais eficazes em relação à manutenção e ao aumento da qualidade da vida e da saúde, por sensibilizarem não somente as pessoas, mas também as comunidades às quais elas pertencem, através de uma abordagem interativa que incorpora ações individuais e coletivas (OLIVEIRA & EGRY, 2000).

O surgimento da abordagem socioecológica se concretizou quando se começou a buscar no ambiente as causas das doenças, investigando-se não apenas agentes de caráter biológico, mas também fatores físicos, sociais, econômicos e políticos relacionados com a saúde (QUINTERO, 2007). Então, enquanto a abordagem biomédica se ocupa, sobretudo, de uma visão negativa do processo de saúde (por via da doença), a abordagem socioecológica busca ultrapassar esses limites, defendendo uma visão salutogênica, que considera a saúde como um valor em si própria e a entende em termos da existência de capacidades e funcionalidades humanas positivas, em pensamento, sentimento e comportamento (KEYES, 2007), e não apenas como a mera ausência de doença.

Na abordagem socioecológica, a saúde é discutida a partir da interrelação entre indivíduos e comunidade, bem como entre comunidades diferentes, considerando-se que diversos fatores são determinantes para o estado de saúde e de doença, incluindo a dimensão psicológica e social dos indivíduos (CHAMMÉ, 2002). Esta perspectiva não trata de excluir as discussões envolvendo as patologias em si, mas tem, fortemente, em consideração a influência psicológica, social, política, ambiental no estabelecimento das doenças.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da literatura nos levou à identificação de cinco abordagens da saúde: religiosa, biomédica, etnomédica, comportamental e socioecológica. Entre estas, distinguimos duas principais, por apresentarem características bem distintas e definidas na literatura – a abordagem biomédica e a abordagem socioecológica –, sendo a primeira mais tradicional e enraizada na sociedade moderna e tecnológica, e a segunda de raiz multifacetada, em fase de desenvolvimento.

A educação em saúde pode beneficiar-se do reconhecimento destas duas abordagens, na medida em que elas podem nortear processos educativos por meio dos quais são dadas aos

estudantes condições para refletir sobre os processos de saúde e doença, sendo empoderados, dessa maneira, para o exercício das suas escolhas em saúde, como cidadãos livres e promotores de sua saúde e da comunidade. Eles também podem tornar-se mais capazes de contribuir, ainda, para a equidade no que diz respeito às condições de acesso à saúde, à busca por qualidade de vida individual e coletiva, e à participação em ações sociopolíticas de interesse da sociedade.

Com este estudo, foi possível conhecer alguns limites e possibilidades de cada abordagem, sobretudo quando apontamos suas vantagens e desvantagens. Não pretendemos, é claro, ter esgotado as discussões teóricas sobre a temática da saúde. Este é um tema complexo e controverso, cujo tratamento varia a depender do contexto de atuação e das representações sociais de diferentes agentes envolvidos na saúde. Contudo, esperamos ter contribuído para o avanço da compreensão sobre este tema, em relação ao qual o campo educacional deve posicionar-se com clareza, dada a grande inserção dos conteúdos relativos à saúde no currículo escolar brasileiro e a grande importância de tais conteúdos na educação dos estudantes.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. M. de S.; OLIVEIRA, C. P. F. de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium – Revista do ISPV**, n. 25, jan. 2002.
- ALMEIDA FILHO, N. de.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, p. 879-889, 2002.
- AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BALOG, J. E. The meaning of health. **American Journal of Health Education**, v. 36, n. 5, p. 266-273, Sept./Oct. 2005.
- BALTES, D. Health from philosophical-anthropological and theological points of view geared to an ideal of activity and performance? **Gesundheitswesen**, v. 72, n. 4, p. e1-e6, 2010.
- BANDURA, A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. **Psychology and Health**, v. 13, n. 4, p. 623-649, 1998.
- BOORSE, C. On the distinction between disease and illness. **Philosophy and Public Affairs**, v. 5, n. 1, p. 49-68, 1975.
- _____. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, v. 44, n. 4, p. 542-573, Dec. 1977.
- BORUCHOVITCH, E.; FELIX-SOUSA, I. C.; SCHALL, V. T. Conceitos de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 418-425, 1991.
- BRASIL. Secretaria da Educação Fundamental. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 5692**. Brasília, 1996.
- BRUMBERG, J. J. “Fasting Girls”: reflections on writing the history of anorexia nervosa. **Society for Research in Child Development**, v. 50, n. 4-5, p. 93-104, 1985.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.

CARVALHO, G. S. Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In: PEREIRA, G. S. B. C. (Ed.). **Atividade física, saúde e lazer: a infância e estilos de vida saudáveis**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, 2006, p. 19-37.

CHAMMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 2, p. 3-17, 2002.

DAIGLE, K.; HEBERT, E.; HUMPHRIES, C. Children's understanding of health and health-related behavior. **Education**, v. 128, n. 2, p. 237-247, Winter, 2007.

DOBMEYER, A. C. Primary care behavioral health: Ethical issues in military settings. **Families, Systems and Health**, v. 31, n. 1, p. 60-68, 2013.

EWLES, L.; SIMNETT, I. **Promotion Health** – a practical guide. 5th ed. London: Baillière Tindall, 2003.

FOUCAULT, M. O poder, uma besta magnífica. In: _____. **Ditos e Escritos: repensar a política**. São Paulo: Forense, 2010.

HOYOS, M. L.; OCHOA, D. A. R.; LONDOÑO, C. R. Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. **Pensamiento Psicológico**, v. 4, n. 10, p. 137-147, 2008.

KEYES, C. L. M. Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. **American Psychologist**, v. 62, n. 2, p. 98-108, Feb./Mar. 2007.

KHAN, A. K. M. D. Health conceptions among adolescents of a Bangladeshi rural population. **Bangladesh Journal of Medical Science**, v. 12, n. 1, p. 30-33, 2013.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. In: **Conferência 30 Anos Xingu**, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995.

MARTINS, L.; SANTOS, G. S.; EL-HANI, C. N. Abordagens de saúde em um livro didático de biologia largamente utilizado no ensino médio brasileiro. **Investigações em Ensino de Ciências** (Online), v. 17, p. 249-283, 2012.

MORENO-ALTAMIRO, L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. **Salud Pública de México**, n. 49, p. 63-70, 2007.

MORGADO, P. de. **O pluralismo médico Wayana-Aparai: uma experiência intercultural**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Antropologia Social da Universidade de São Paulo, São Paulo. 1994.

NAIDOO, J.; WILLS, J. **Foundations for health promotion**. 3rd ed. London: Baillière Tindall, 2009.

ÓGATA, M. N.; PEDRINO, H. C. Saúde, doença e enfermagem: suas representações sociais para estudantes de enfermagem. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 105-114, abr./jun. 2004.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

QUINTERO, M. del C. V. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. **Hacia Promoción de la Salud**, v. 12, p. 41-50, 2007.

RODRIGO, O. B. Historicidad médico-social del proceso salud-enfermedad. **Archivos bolivianos de historia de la medicina**, v. 6, n. 2, p. 123-126, 2000.

STAM, H. J. Theorizing health and illness: functionalism, subjectivity and reflexivity. **Journal of Health Psychology**, v. 5, n. 3, p. 273-283, 2000.

TRENTINI, M.; CUBAS, M. R. Nursing actions in nephrology: a theoretical referral expanded beyond the biologicist health conception. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 58, n. 4, p. 481-485, 2005.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC / Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 635-667.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da Teoria Social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007.