

ENTRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A INTERVENÇÃO COLETIVA: A HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS COMO BASE PARA ESTRATÉGIAS EM SAÚDE PÚBLICA

BETWEEN THE HEALTH-DISEASE PROCESS AND COLLECTIVE INTERVENTION: THE NATURAL HISTORY OF DISEASES AS A BASIS FOR PUBLIC HEALTH STRATEGIES

ENTRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y LA INTERVENCIÓN COLECTIVA: LA HISTORIA NATURAL DE LAS ENFERMEDADES COMO BASE PARA LAS ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA

Alexandre Maslinkiewicz¹
Nelson Afonso da Maia²
Luan Cruz Barreto³
Elionenara Ribeiro de Sousa⁴
Caroline Maria Rodrigues Silva⁵
Sueven Rick Carneiro Ribeiro⁶
Andrea Mathias Losacco⁷
Denise Gonçalves Moura Pinheiro⁸
Andreia Karla de Carvalho Barbosa⁹
Viriato Campelo¹⁰
Daniela Reis Joaquim de Freitas¹¹

RESUMO: Esse estudo teve como objetivo analisar a relação entre o processo saúde-doença e a intervenção coletiva, tendo como base a história natural das doenças. Metodologicamente, trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico, realizada a partir de bases como BVS, SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos, livros e documentos institucionais relevantes para o tema, analisados de forma interpretativa e integrada, sem categorização pré-definida, visando à construção de uma análise crítica contínua. Com isso, a história natural das doenças permanece como importante instrumento organizador das práticas preventivas, ao possibilitar a definição de níveis de prevenção e a identificação de momentos oportunos para intervenção. Entretanto, sua aplicação não deve ocorrer de forma acrítica, pois, quando utilizada de maneira reducionista, pode reforçar a medicalização excessiva e negligenciar os determinantes sociais do adoecimento. Nesse sentido, a uma necessidade de articular esse modelo com perspectivas ampliadas da saúde coletiva, incorporando aspectos como desigualdades sociais, organização dos serviços e contexto

¹Especialização em Vigilância e Cuidado em Saúde no Enfrentamento da COVID-19 e outras Doenças pela Universidade Federal do Piauí.

² Mestrando em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí.

³ Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Excelência (Unex).

⁴ Pós-graduanda em Cardiologia e hemodinâmica pela Unyleya.

⁵ Pós-Graduada em Enfermagem Dermatológica com ênfase em feridas.

⁶ Mestrando em Agroecologia, Ambiente, Sociedade e Amazônia pela UERR.

⁷ Mestra em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo- USP.

⁸ Doutora em Cuidado em Saúde pela Universidade de São Paulo- USP.

⁹ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí - UFPI

¹⁰ Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde na Universidade Federal do Piauí.

¹¹ Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher na Universidade Federal do Piauí.

territorial. Conclui-se que a história natural das doenças continua sendo um referencial relevante, porém insuficiente quando utilizada isoladamente. Sua efetividade depende da articulação com abordagens críticas e interdisciplinares, capazes de considerar a complexidade do processo saúde-doença. Assim, a intervenção coletiva em saúde pública deve ser compreendida como prática integrada, orientada por evidências, pelas necessidades sociais e pelos princípios de equidade e integralidade.

Palavras-chave: Estratégias coletivas; História natural das doenças; Prevenção em saúde; Processo saúde-doença.

ABSTRACT : This study aimed to analyze the relationship between the health-disease process and collective intervention, based on the natural history of diseases. Methodologically, it is a narrative literature review with a qualitative approach and descriptive-analytical character, carried out using databases such as BVS, SciELO, PubMed, and Google Scholar. Articles, books, and institutional documents relevant to the topic were included and analyzed in an interpretative and integrated manner, without predefined categorization, aiming at the construction of a continuous critical analysis. Thus, the natural history of diseases remains an important organizing instrument for preventive practices, enabling the definition of prevention levels and the identification of opportune moments for intervention. However, its application should not be uncritical, because when used in a reductionist way, it can reinforce excessive medicalization and neglect the social determinants of illness. In this sense, there is a need to articulate this model with broader perspectives of public health, incorporating aspects such as social inequalities, service organization, and territorial context. It is concluded that the natural history of diseases remains a relevant but insufficient framework when used in isolation. Its effectiveness depends on its articulation with critical and interdisciplinary approaches capable of considering the complexity of the health-disease process. Thus, collective intervention in public health should be understood as an integrated practice, guided by evidence, social needs, and the principles of equity and comprehensiveness.

2

Keywords: Collective strategies. Natural history of diseases. Health prevention. Health-disease process.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el proceso salud-enfermedad y la intervención colectiva, basándose en la historia natural de las enfermedades. Metodológicamente, se trata de una revisión narrativa de la literatura con un enfoque cualitativo y de carácter descriptivo-analítico, realizada mediante bases de datos como BVS, SciELO, PubMed y Google Scholar. Se incluyeron y analizaron artículos, libros y documentos institucionales relevantes para el tema, de manera interpretativa e integrada, sin categorización predefinida, con el fin de construir un análisis crítico continuo. Así, la historia natural de las enfermedades sigue siendo un instrumento organizativo importante para las prácticas preventivas, permitiendo definir los niveles de prevención e identificar los momentos oportunos para la intervención. Sin embargo, su aplicación no debe ser acrítica, ya que, cuando se utiliza de forma reduccionista, puede reforzar la medicalización excesiva y descuidar los determinantes sociales de la enfermedad. En este sentido, es necesario articular este modelo con perspectivas más amplias de salud pública, incorporando aspectos como las desigualdades sociales, la organización de los servicios y el contexto territorial. Se concluye que la historia natural de las enfermedades sigue siendo un marco relevante, pero insuficiente cuando se utiliza de forma aislada. Su eficacia depende de su articulación con enfoques críticos e

interdisciplinarios capaces de considerar la complejidad del proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, la intervención colectiva en salud pública debe entenderse como una práctica integrada, guiada por la evidencia, las necesidades sociales y los principios de equidad e integralidad.

Palabras clave: Estrategias colectivas; Historia natural de las enfermedades; Prevención de la salud; Proceso salud-enfermedad.

INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença constitui um campo central na Saúde Coletiva, sendo historicamente construída a partir de diferentes concepções que buscaram explicar a ocorrência dos agravos na população. Inicialmente marcada por interpretações mágicas e religiosas, essa compreensão evoluiu com o avanço do pensamento científico, incorporando explicações baseadas na observação, na experiência e na sistematização do conhecimento. Ao longo desse percurso, diferentes modelos foram desenvolvidos, refletindo os contextos históricos, sociais e científicos de cada época, o que evidencia a natureza dinâmica e construída desse conceito no campo da saúde (Sá *et al.*, 2017).

A saúde, nesse contexto, passa a ser compreendida em uma perspectiva ampliada, sendo resultado das condições de vida e da organização social, incluindo fatores como alimentação, habitação, trabalho, renda, educação e acesso aos serviços. Essa concepção rompe com a visão restrita de ausência de doença e insere a saúde no campo das determinações sociais, evidenciando que os níveis de adoecimento refletem diretamente as desigualdades presentes na sociedade. Dessa forma, a análise do processo saúde-doença exige a consideração de múltiplos determinantes que atuam de forma interdependente (Brasil, 1990; Almeida; Castro; Vieira, 1998).

A evolução dos modelos explicativos da saúde e da doença também evidencia a transição de abordagens unicasais para modelos multicasais, nos quais diferentes fatores interagem na determinação dos agravos. Nesse sentido, a compreensão contemporânea reconhece que o adoecimento resulta da interação entre fatores biológicos, ambientais e sociais, organizados em sistemas complexos que não podem ser explicados por relações lineares simples. Essa perspectiva amplia o entendimento das causas e reforça a necessidade de abordagens integradas no campo da saúde pública (White, 2020).

A história natural das doenças emerge como um modelo fundamental nesse processo, sendo definida como a sequência de eventos que ocorre desde a interação inicial entre agente, hospedeiro e ambiente até o desfecho final do agravo, na ausência de intervenção. Esse modelo

permite compreender o desenvolvimento progressivo das doenças, possibilitando a identificação de diferentes estágios e momentos críticos para atuação em saúde (Leavell; Clark, 1976).

A partir dessa perspectiva, o modelo da história natural das doenças articula-se com a tríade ecológica, composta por agente, hospedeiro e meio ambiente, evidenciando a natureza interativa do processo de adoecimento. Essa abordagem amplia o entendimento da causalidade, ao reconhecer que os agravos resultam de processos interativos e dinâmicos, e não de causas isoladas. Tal compreensão contribui para a construção de estratégias mais abrangentes e eficazes no enfrentamento dos problemas de saúde (Leavell; Clark, 1976).

Além disso, a incorporação da história natural das doenças permite estruturar ações baseadas nos diferentes níveis de prevenção, desde a promoção da saúde até a reabilitação. Essa organização contribui para a sistematização das práticas em saúde pública, possibilitando intervenções que atuam em diferentes momentos do processo saúde-doença, ampliando a capacidade de resposta dos sistemas de saúde frente aos agravos (Puttin; Junior; Oliveira, 2010).

No entanto, a compreensão do processo saúde-doença não pode ser dissociada das condições sociais em que os indivíduos estão inseridos. A epidemiologia crítica evidencia que os padrões de adoecimento estão diretamente relacionados à organização social, especialmente às condições de vida e às desigualdades estruturais que marcam as populações. Dessa forma, a análise da saúde deve considerar os processos sociais que determinam a distribuição dos agravos (Barata, 2001; Sá *et al.*, 2017).

As desigualdades sociais em saúde configuram-se como expressão dessas determinações, refletindo diferenças produzidas pelas condições de vida, pelo acesso a recursos e pela posição dos indivíduos na estrutura social. Essa distribuição desigual evidencia que o adoecimento não ocorre de forma homogênea, sendo influenciado por fatores econômicos, sociais e políticos, o que exige estratégias de intervenção que considerem tais especificidades (Barata, 2001).

Adicionalmente, a abordagem do processo saúde-doença como sistema complexo evidencia a existência de interações circulares entre fatores biológicos, sociais e culturais, nas quais os efeitos retroalimentam as causas. Essa perspectiva rompe com modelos lineares e incorpora a noção de complexidade, destacando que os fenômenos de saúde devem ser compreendidos a partir de múltiplos níveis de organização (Puttin; Junior; Oliveira, 2010). Nesse cenário, a história natural das doenças assume papel estratégico na saúde pública, ao possibilitar a identificação de pontos críticos para intervenção ao longo do processo de

adoecimento. A compreensão das diferentes fases da doença permite orientar ações preventivas e de controle mais efetivas, contribuindo para a redução da incidência e das complicações associadas aos agravos (White, 2020).

Diante desse contexto, torna-se necessária a ampliação das discussões sobre a utilização da história natural das doenças como base para intervenções coletivas, considerando sua potencialidade para orientar ações integradas e eficazes. A relevância dessa abordagem reside na possibilidade de articular conhecimento científico e práticas em saúde, contribuindo para a melhoria das condições de vida das populações (Almeida Filho, 1986). Assim, configura-se como problema de pesquisa compreender de que maneira a história natural das doenças pode subsidiar a formulação de estratégias coletivas em saúde pública, considerando a complexidade do processo saúde-doença e as desigualdades sociais que influenciam a distribuição dos agravos.

Essa problemática evidencia a necessidade de aprofundamento teórico e metodológico no campo da saúde coletiva dessa forma, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre o processo saúde-doença e a intervenção coletiva, tendo como base a história natural das doenças. Como objetivos específicos, busca-se compreender os fundamentos teóricos do processo saúde-doença, descrever o modelo da história natural das doenças e discutir sua aplicabilidade na construção de estratégias em saúde pública, contribuindo para o fortalecimento das ações coletivas em saúde

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa, caráter descritivo e analítico, desenvolvido com o objetivo de analisar a relação entre o processo saúde-doença e a intervenção coletiva, tendo como base o modelo da história natural das doenças. A escolha desse delineamento justifica-se pela possibilidade de reunir e interpretar produções teóricas e científicas relevantes, permitindo a construção de uma análise crítica e integrada acerca da temática no campo da Saúde Pública.

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed/MEDLINE e Google Acadêmico, utilizando termos relacionados ao processo saúde-doença, à história natural das doenças, à prevenção em saúde e às estratégias coletivas, combinados entre si conforme a necessidade da busca. Considerando a natureza teórica do estudo, não foi estabelecido recorte temporal rígido, de modo a possibilitar a inclusão de obras clássicas fundamentais para a compreensão do tema,

bem como produções contemporâneas que contribuem para sua atualização e ampliação analítica.

Foram incluídos artigos científicos, livros, capítulos de livros e documentos institucionais que abordassem os fundamentos teóricos do processo saúde-doença, o modelo da história natural das doenças e sua interface com a saúde pública. Foram excluídos estudos duplicados, textos incompletos, resumos sem acesso ao conteúdo integral e publicações que não dialogassem diretamente com a proposta do trabalho. Após a seleção, procedeu-se à leitura exploratória, seletiva e analítica do material, seguida da organização das informações de forma integrada. A análise dos achados foi conduzida de maneira interpretativa e crítica, buscando articular as diferentes perspectivas teóricas ao longo do texto, sem segmentação em categorias pré-definidas.

Optou-se por uma abordagem discursiva contínua, permitindo a construção de uma análise progressiva, coerente e inter-relacionada dos conteúdos, com ênfase na relação entre os conceitos e sua aplicabilidade na formulação de estratégias em saúde pública. No que se refere aos aspectos éticos, por se tratar de uma pesquisa de natureza bibliográfica, sem envolvimento direto com seres humanos ou utilização de dados primários identificáveis, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 466/2012, bem como pela Resolução nº 510/2016. Ressalta-se que foram respeitados os princípios éticos relacionados à integridade científica, com a devida citação das fontes utilizadas e garantia da fidedignidade das informações apresentadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura integrada dos materiais mostrou, em primeiro lugar, que a história natural das doenças permanece útil como esquema organizador do raciocínio sanitário, sobretudo quando se pretende definir o momento oportuno de intervir sobre riscos, sinais precoces, agravos instalados e repercussões funcionais. No entanto, essa utilidade aparece condicionada pela forma como o modelo é empregado. Em Vianna (2011) a matriz de Leavell e Clark é retomada como fundamento operacional para compreender pré-patogênese, patogênese e os níveis de prevenção. Já em Brasil (2010), o mesmo legado é rerepresentado com mediação da epidemiologia clínica, do rastreamento e das evidências, indicando que o modelo não pode ser aplicado de

modo automático, mas exige critérios de magnitude, vulnerabilidade, aceitabilidade e benefício líquido.

Essa diferença de tratamento é decisiva porque impede uma leitura meramente descritiva da história natural das doenças. o esquema conserva forte capacidade didática e ajuda a ordenar a prevenção primária, secundária e terciária, articulando proteção específica, diagnóstico precoce, limitação da invalidez e reabilitação. Entretanto, Brasil (2010) tensiona essa linearidade ao mostrar que o rastreamento só se justifica quando há real benefício na intervenção antecipada, o que desloca o debate da simples possibilidade técnica de detectar um agravo para a responsabilidade ética de evitar sobremedicalização, falso-positivo e dano desnecessário. Desse modo, a utilidade do modelo deixa de ser apenas classificatória e passa a depender da qualidade da decisão sanitária construída a partir dele (Vianna, 2011; Brasil, 2010).

Foi precisamente nesse ponto que a crítica de Arouca (2003) se mostrou central para aprofundar a discussão. Ao examinar a emergência da medicina preventiva, o autor demonstra que a prevenção não deve ser tratada como conceito neutro, pois sua formulação histórica foi atravessada por racionalidades específicas de organização do cuidado e do poder médico. Isso significa que a história natural das doenças, quando apropriada sem crítica, pode ser convertida em instrumento de racionalização técnica que amplia a intervenção sobre corpos e comportamentos sem necessariamente alterar os determinantes do adoecimento. Em vez de negar o valor do modelo, Arouca (2003) obriga a relê-lo de forma problematizada, distinguindo o potencial explicativo da matriz preventiva de seus usos normalizadores e reducionistas.

Essa problematização ganha ainda mais força quando confrontada com Barros (2002), que historiciza a hegemonia do modelo biomédico e mostra como a medicina mecanicista consolidou uma leitura causal cada vez mais centrada no corpo, na lesão e na correlação direta entre agente e doença. Ao recuperar a passagem da tradição hipocrática e humoral para o paradigma cartesiano, bacteriológico e nosográfico, o autor evidencia que o triunfo biomédico não apenas ampliou a capacidade diagnóstica e terapêutica, mas também obscureceu concepções que valorizavam multicausalidade e fatores socioeconômicos. Nessa chave, a história natural das doenças pode tanto reforçar uma visão linear e biologizante quanto servir de ponto de partida para recolocar a interação entre ambiente, vida social e exposição diferencial aos agravos, dependendo do horizonte teórico que a sustenta.

A contribuição de Almeida filho (2000) foi fundamental justamente para mostrar que a insuficiência do biomédico não se resolve apenas pela ampliação do número de fatores causais.

Seu argumento vai além da multicausalidade ao afirmar que os fenômenos da saúde-doença não podem ser definidos exclusivamente como questão clínica-individual ou biológica-subindividual, pois se expressam em diferentes planos de emergência, como bem-estar, qualidade de vida e situação de saúde. Tal formulação desloca a discussão da doença isolada para a produção social da saúde, permitindo compreender que a intervenção coletiva não pode se limitar ao bloqueio de agravos, mas precisa incidir sobre processos, ambientes, serviços e modos de vida. Assim, a história natural das doenças só se torna plenamente fecunda para a saúde pública quando articulada a uma concepção positiva de saúde e a uma leitura ampliada do risco.

Nesse aspecto, o contraste entre Almeida filho (2000) e Vianna (2011) é particularmente produtivo. Enquanto Vianna (2011) preserva a matriz clássica da tríade ecológica e a descreve como base conceitual do movimento da medicina preventiva, Almeida filho (2000) mostra que a tradução contemporânea das práticas sanitárias exige ultrapassar a simples referência a agente, hospedeiro e meio ambiente. A diferença não anula a importância do esquema ecológico; ao contrário, revela seu limite quando a análise se volta para desigualdades estruturais, modos de regulação social do risco e construção histórica dos objetos de intervenção em saúde. Em termos analíticos, isso significa que a história natural das doenças continua a oferecer um mapa temporal do adoecimento, mas já não basta como cartografia total da saúde coletiva.

8

A leitura dos documentos técnicos do Ministério da Saúde mostrou que essa ampliação já se encontra parcialmente incorporada às práticas contemporâneas do SUS, embora de forma desigual. No Caderno de Rastreamento, Brasil (2010) afirma que o cuidado integral envolve promoção da saúde, redução de risco, detecção precoce, tratamento e reabilitação, mas também alerta para a iatrogenia e para a necessidade de prevenção quaternária diante do intervencionismo excessivo. Esse ponto é decisivo porque introduz uma correção interna ao preventivismo: não basta prevenir mais; é necessário prevenir melhor, com critério, evitando transformar qualquer possibilidade de doença em obrigação de intervenção. Assim, a história natural das doenças deixa de sustentar apenas uma lógica expansiva da prevenção e passa a exigir ponderação ética sobre quando não intervir também constitui cuidado qualificado (Brasil, 2010).

Ao lado disso, o Guia de Vigilância em Saúde evidencia que a prevenção, no plano institucional, depende de sistemas contínuos de registro, monitoramento, análise e resposta. Em Brasil (2022), a vigilância das coberturas vacinais é apresentada como ciclo que vai da coleta de dados à recomendação de medidas, passando pela análise, interpretação, monitoramento e

avaliação da efetividade das ações. Essa lógica desloca a prevenção de uma postura episódica para um processo permanente de produção de informação e decisão. O dado relevante, aqui, é que a história natural das doenças não aparece apenas como conhecimento abstrato sobre evolução dos agravos, mas como fundamento para definir janelas de oportunidade, grupos prioritários, indicadores e estratégias de busca ativa. A prevenção torna-se, então, inseparável da capacidade de organizar informação qualificada no território.

Essa operacionalização da vigilância permite confrontar, de maneira muito concreta, o raciocínio clássico da prevenção com a complexidade do cuidado em rede. Em Brasil (2022), a vigilância vacinal exige diagnóstico do território, monitoramento de faltosos, qualidade de registro, articulação entre APS e demais instâncias gestoras e avaliação de impacto. Não se trata, portanto, de mera tradução da prevenção primária em campanha ou rotina, mas de um trabalho contínuo de coordenação sistêmica. Quando comparado ao modelo apresentado por Vianna (2011), esse arranjo revela um deslocamento importante: a prevenção deixa de ser apenas categoria conceitual e passa a ser tecnologia de gestão, informação e responsabilização compartilhada. Assim, a história natural das doenças permanece como referência, porém mediada por sistemas de vigilância que lidam com populações, fluxos e desigualdades de acesso.

Também se destacou, ao longo dos textos, que a intervenção coletiva não se resume à vigilância epidemiológica em sentido estrito. Almeida filho (2000) demonstra que a vigilância sanitária se insere predominantemente no campo da promoção da saúde e opera com dispositivos de proteção, prevenção e regulação sobre produtos, processos e ambientes. Tal formulação é importante porque alarga a relação entre história natural das doenças e saúde pública: o ponto de intervenção não é somente o indivíduo em risco ou o caso suspeito, mas também a cadeia produtiva, os serviços, a qualidade de insumos, os níveis de nocividade e os contextos que tornam o adoecer mais provável. Desse modo, a intervenção coletiva desloca o olhar do evento final para as condições de possibilidade do agravo, complexificando o uso da matriz preventivista.

Esse argumento foi reforçado pelo próprio Guia de Vigilância em Saúde ao apresentar diversos capítulos em que a prevenção e o controle dependem de ações educativas, monitoramento ambiental, vigilância de processo de trabalho, formulação de relatórios, investigação oportuna e integração da rede assistencial. O exemplo da vigilância da mortalidade e das doenças relacionadas ao trabalho mostra que a prevenção não se limita ao bloqueio de causalidades simples, mas exige leitura de tempo, pessoa e área geográfica, identificação de

falhas assistenciais e formulação de respostas baseadas em evidências. Nesse nível, a história natural das doenças ajuda a compreender a progressão do dano, mas a intervenção coletiva requer também análise institucional e territorial, algo que aproxima o raciocínio epidemiológico das exigências da gestão pública (Brasil, 2022).

Outro ponto que emergiu da análise foi a tensão entre enfoque populacional e singularidade da experiência de adoecimento. Vianna (2011) ressalta que cabe aos profissionais compreender o indivíduo em sua totalidade, reconhecendo que a necessidade, o sofrimento e o adoecer são carregados de valores e significados subjetivos. Essa formulação impede que a história natural das doenças seja aplicada como roteiro rígido, pois lembra que a trajetória de um agravo é sempre vivida por sujeitos concretos, inseridos em relações familiares, laborais e culturais específicas. Brasil (2010), ao afirmar que o cuidado efetivo exige atenção à experiência pessoal do processo de saúde, sofrimento e doença, converge com esse entendimento e mostra que o uso de categorias preventivas não elimina a necessidade de escuta, vínculo e contextualização do cuidado.

A partir disso, tornou-se evidente que a história natural das doenças, isoladamente, não resolve a questão da integralidade. Ela ajuda a decidir quando rastrear, quando diagnosticar precocemente, quando tratar e quando reabilitar, mas não determina, por si só, como articular essas ações com a vida concreta das populações. É por isso que Almeida filho (2000) insiste na superação da antinomia entre saúde e doença herdada do modelo biomédico tradicional, propondo incorporar formas concretas de expressão da saúde em diferentes planos. Em confronto com esse argumento, a matriz clássica de Leavell e Clark, recuperada por Vianna (2011), aparece mais forte na ordenação do adoecimento do que na explicação da produção social da saúde. O ganho analítico está justamente em reconhecer essa assimetria sem descartar o modelo.

A crítica à medicalização, apresentada por Barros (2002) e retomada indiretamente em Brasil (2010), foi outro eixo decisivo da discussão. Barros mostra que a hegemonia biomédica alimenta uma lógica de expansão contínua das intervenções, em grande medida articulada à sociedade de consumo e à centralidade do medicamento como resposta privilegiada ao sofrimento. Brasil (2010), ao reconhecer a iatrogenia e discutir prevenção quaternária, atualiza essa crítica dentro da atenção primária. O confronto entre ambos indica que o problema não é apenas técnico, mas político e epistemológico: quando a prevenção é divorciada da análise crítica de seus efeitos, ela pode reforçar controle excessivo, ansiedade diagnóstica e procedimentos

pouco úteis. Logo, aplicar a história natural das doenças sem crítica pode significar intensificar medicalização sob a aparência de cuidado preventivo (Barros, 2002; Brasil, 2010).

Na dimensão normativa, os marcos do SUS ajudam a situar institucionalmente essa discussão. A Constituição federal de 1988, ao definir a saúde como direito de todos e dever do Estado, desloca a prevenção do campo da escolha individual para o plano das obrigações públicas. A Lei nº 8.080/1990 reforça essa orientação ao incluir vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, assistência terapêutica e ações de promoção e proteção como componentes da atuação estatal em saúde. Já a Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, ao instituir a Política Nacional de Vigilância em Saúde, consolida a vigilância como processo contínuo e articulado às redes de atenção. Esses dispositivos não apenas legitimam a intervenção coletiva, mas exigem que ela seja organizada de forma territorial, integrada e orientada por necessidades sociais (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 2018).

Quando esses marcos legais são lidos à luz dos estudos analisados, percebe-se que a história natural das doenças encontra no SUS um terreno de reinterpretação prática. Ela já não serve apenas para organizar o raciocínio clínico ou a medicina preventiva em moldes tradicionais, mas para subsidiar ações de vigilância, planejamento local, monitoramento de indicadores, busca ativa e coordenação da atenção. Brasil (2022) explicita isso ao tratar a vigilância como ciclo de informação-decisão-ação, enquanto Brasil (2010) acrescenta a necessidade de critérios éticos e baseados em evidências para rastreamento e detecção precoce. Em outras palavras, o SUS não abandona a matriz preventiva, mas a reinscreve em uma racionalidade pública mais complexa, que inclui gestão, território e direitos.

A análise também mostrou que a noção de risco assume significados distintos conforme o referencial adotado. Em Almeida filho (2000), a prevenção se baseia no risco como probabilidade, enquanto proteção e promoção exigem concepções positivas de saúde e atenção a indicadores estruturais. Já em Brasil (2022), o risco é operacionalizado por meio de indicadores, investigação de fatores determinantes, estratificação territorial e definição de prioridades de intervenção. Esse contraste é importante porque demonstra que a história natural das doenças só sustenta estratégias robustas quando articulada a instrumentos capazes de traduzir risco em decisão pública. Sem esse movimento, o conceito permanece abstrato; com ele, converte-se em critério de organização do trabalho em saúde.

No mesmo sentido, os textos permitiram perceber que a prevenção secundária, frequentemente valorizada por sua promessa de detecção precoce, não pode ser tomada como

solução universal. Brasil (2010) insiste que um programa de rastreamento precisa atender a critérios rigorosos: relevância do problema, conhecimento da história natural, existência de estágio assintomático, disponibilidade de testes aceitáveis e benefício superior ao tratamento no momento habitual de diagnóstico. Essa exigência dialoga criticamente com o preventivismo denunciado por Arouca (2003), porque impede que toda possibilidade de intervenção antecipada seja imediatamente convertida em dever sanitário. O que emerge daí é uma prevenção mais criteriosa, capaz de diferenciar ação necessária de excesso intervencionista.

A contribuição específica de Arouca (2003), nesse ponto, foi mostrar que a medicina preventiva não pode ser analisada apenas por seus resultados aparentes, mas por sua formação discursiva, seus conceitos estratégicos e seus efeitos sobre a organização do campo sanitário. Essa leitura foi decisiva para evitar que a discussão se reduzisse a uma defesa ou rejeição simplista da história natural das doenças. O que os materiais indicam, de forma convergente, é que o modelo continua relevante enquanto tecnologia de inteligibilidade do processo mórbido, mas se torna insuficiente quando apresentado como resposta total à complexidade do cuidado e da saúde coletiva. O enfrentamento contemporâneo dos agravos exige, portanto, conjugação entre temporalidade da doença, determinação social e ação estatal organizada.

Também merece destaque o fato de que os documentos oficiais analisados não trabalham com uma saúde pública abstrata, mas com práticas concretas de busca ativa, investigação, qualificação de registros, monitoramento de faltosos, avaliação de cobertura, controle vetorial, vigilância de óbitos e prevenção de agravos relacionados ao trabalho. Isso demonstra que a formulação de estratégias em saúde pública não decorre apenas da enunciação de princípios gerais, e sim da capacidade de transformar conceitos em rotinas, fluxos, responsabilidades e indicadores. Nessa tradução operativa, a história natural das doenças funciona como uma das matrizes de apoio, mas a efetividade depende da integração entre APS, vigilância, rede especializada e gestão. É essa passagem do conceito à prática que dá densidade ao debate aqui proposto (Brasil, 2022).

Ao final da análise, tornou-se possível afirmar que o principal ganho teórico dos materiais não está em substituir a história natural das doenças, mas em recolocá-la em uma posição menos totalizante e mais relacional. Vianna (2011) preserva sua potência pedagógica e estruturante; Brasil (2010) introduz mediações éticas e baseadas em evidências; Brasil (2022) a converte em ação de vigilância e gestão; Barros (2002) denuncia os riscos da hegemonia biomédica; Arouca (2003) desmonta as pretensões neutralizantes do preventivismo; e Almeida

filho (2000) abre o campo para uma concepção ampliada de saúde e de intervenção. O conjunto indica, portanto, que a aplicabilidade do modelo depende de articulação crítica com a saúde coletiva, e não de sua reprodução literal.

Dessa forma, a relação entre processo saúde-doença e intervenção coletiva mostrou-se mais fecunda quando tratada como campo de tensão e complementaridade entre modelos, e não como sucessão linear de teorias. A história natural das doenças segue importante para definir níveis e tempos de ação, mas a formulação de estratégias em saúde pública exige incorporar produção social da saúde, subjetividade do adoecimento, crítica à medicalização, regulação sanitária, vigilância territorial e responsabilidade estatal. É justamente essa síntese crítica, sustentada pelos arquivos analisados e pelos marcos do SUS, que permite compreender por que a intervenção coletiva não pode ser reduzida à antecipação técnica da doença, devendo constituir-se como prática integrada de proteção, promoção, prevenção e cuidado em contextos marcados por desigualdade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises desenvolvidas ao longo deste estudo permitiram retomar o problema de pesquisa centrado na compreensão de como a história natural das doenças pode subsidiar a formulação de estratégias coletivas em saúde pública, considerando a complexidade do processo saúde-doença e suas determinações sociais. Em consonância com o objetivo geral e os objetivos específicos propostos, foi possível aprofundar a discussão teórica sobre os modelos explicativos da saúde e da doença, bem como analisar criticamente a aplicabilidade da história natural das doenças na organização das ações em saúde coletiva.

A síntese dos resultados evidencia que a história natural das doenças permanece como importante referencial para a organização das práticas preventivas, especialmente ao possibilitar a identificação de diferentes momentos de intervenção ao longo do processo de adoecimento. Entretanto, os achados demonstram que sua utilização não pode ocorrer de forma isolada ou acrítica, sendo necessária sua articulação com abordagens que considerem os determinantes sociais, a complexidade dos sistemas de saúde e as dinâmicas territoriais que influenciam a distribuição dos agravos.

No que se refere à hipótese do estudo, verifica-se sua confirmação, uma vez que a história natural das doenças, quando integrada a perspectivas ampliadas da saúde coletiva, contribui de maneira significativa para a formulação de estratégias mais eficazes e contextualizadas.

Todavia, quando aplicada de forma reducionista, centrada exclusivamente na dimensão biológica, mostra-se insuficiente para responder às demandas contemporâneas da saúde pública, evidenciando a necessidade de abordagens críticas e interdisciplinares.

Como contribuição teórica, o estudo reforça a importância de uma leitura ampliada do processo saúde-doença, incorporando elementos da epidemiologia crítica, da determinação social da saúde e da análise das práticas institucionais. No campo prático, destaca-se a relevância da integração entre vigilância em saúde, atenção primária e gestão do cuidado, evidenciando que a efetividade das ações depende da articulação entre conhecimento científico, organização dos serviços e políticas públicas orientadas pelas necessidades da população.

Entretanto, algumas limitações devem ser reconhecidas, especialmente relacionadas à natureza narrativa da revisão, que, embora permita análise aprofundada e interpretativa, não segue critérios sistemáticos de seleção e síntese dos estudos, podendo implicar vieses na escolha e interpretação das fontes. Além disso, a amplitude teórica do tema pode dificultar a delimitação de fronteiras analíticas mais precisas, exigindo cautela na generalização das conclusões.

Diante disso, recomenda-se que estudos futuros avancem na utilização de metodologias sistemáticas e integrativas, ampliem o escopo empírico das análises e explorem, de forma mais aprofundada, a aplicação prática da história natural das doenças em diferentes contextos territoriais e níveis de atenção à saúde. Sugere-se ainda investigar estratégias inovadoras de intervenção coletiva que integrem tecnologias em saúde, vigilância epidemiológica e participação social, contribuindo para o fortalecimento de sistemas de saúde mais equitativos, resolutivos e orientados pelas necessidades reais das populações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Bases históricas da epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304-311, set. 1986. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9XkJ8dgTvbCyvmvMfsj35Ww/>

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. *Distritos sanitários: concepção e organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf

AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, 268 p. ISBN: 978-85-7541-610-5. Available from: doi: 10.7476/9788575416105. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q7gtd/pdf/arouca-9788575416105.pdf>

ALMEIDA FILHO, Naomar Monteiro de. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. In: SEMINÁRIO TEMÁTICO PERMANENTE DA AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2000. Anais [...]. Brasília: ANVISA, 2000. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/handle/ri/13870>

BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP*, São Paulo, n. 51, p. 138-145, set./nov. 2001. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revusp/article/view/35108>.

BARROS, José Augusto Cabral de. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrDKWzRTnHdwBhHPTjYGWb/?format=html&lang=pt>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 95 p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde [recurso eletrônico]. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

15

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/fGQr7m9LdpmHqh4fwmhCrpc/?format=html&lang=pt>

SÁ, Gloria Regina da Silva et al. Um pouco de história: evolução das concepções de saúde, doença e cuidado. In: SILVA, M. N.; FLAUZINO, R. F.; GONDIM, G. M. M. (org.). *Rede de frio: fundamentos para a compreensão do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017. p. 21-50. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/m4kn3/pdf/silva-9786557080917-03.pdf>

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro et al. Processo saúde-doença. Módulo Político Gestor, UNASUS/UNIFESP, 2011. Disponível em: <https://foradasalablog.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/02/processo-sac3bade-doenc3a7a.pdf>

WHITE, Franklin. Application of disease etiology and natural history to prevention in primary health care: a discourse. Medical Principles and Practice, Basel, v. 29, p. 501-513, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7768156/pdf/mpp-0029-0501.pdf>