

SAÚDE COLETIVA

*Mary Jane de Oliveira Teixeira
Rosimary Gonçalves de Souza*

Trataremos aqui de recuperar a trajetória dos dois principais paradigmas que estruturam o campo da saúde, fazendo corte entre os séculos XVIII ao XXI. São eles: os modelos de atenção da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. De início, o surgimento da prática médica ocidental se inicia com a perspectiva curativa, onde modelos próprios de atenção à saúde são criados entre os séculos XVII e XVIII, quando na fase do ápice da revolução industrial na Inglaterra, o capitalismo monopolista desponta como a mola central da economia na Europa, momento em que a medicina se destaca com papel importante na consolidação societária, como ferramenta que contribui para reprodução da força de trabalho necessária à reprodução do capital. Assim, o surgimento da prática médica ocidental inicia com a perspectiva curativa, criando modelos próprios de atenção à saúde e o Estado, surge com papel crucial de controle sobre a população para garantir a acumulação capitalista. Até o século XVIII, os hospitais eram tidos como espaço de morte, com os avanços técnicos (asepsia, anestesia, bacteriologia), quando maiores resultados e sobrevida se alcançava, passando então a ser um espaço de tratamento e cura (FOUCAULT, 1991). No entanto, já se despontava o uso ao recurso da medicação em excesso, quando então a medicina avança inclusive seu poder, ao ponto de elaborar normas comportamentais para os doentes e para a sociedade (FREIRE, 1989). É pertinente afirmar que a medicina acompanhou a sociedade capitalista deste tempo contribuindo para a economia no controle de epidemias e na reprodução da força de trabalho, ou seja, na reprodução do capital favorecendo por extensão a indústria farmacêutica e de *equipamentos médicos*.

No século XIX com Pasteur, Koch e outros há um deslocamento das preocupações com a doença e predomina a perspectiva individual “a doença passa a ser vista como variações qualitativas dos fenômenos fisiológicos correspondentes” (SILVA JR., 1948), desconsiderando, portanto, as relações sociais que permeiam o mundo e as formas da existência humana. Neste período, com o avanço de pesquisas e descobertas sobre a etiologia das doenças, a intensificação da imunização e a reorganização do ensino médico, entre outros, se impõe o paradigma da unicausalidade e da biomedicina. No entanto, é mister considerar que o contexto desta etapa histórica é pleno de contradições, promovidas pela ordem societária que atravessa o século mantendo as condições precárias de vida e trabalho de grande parte da população, ou seja, da classe trabalhadora, e assim, as lutas sociais pressionam o Estado e o patronato para a criação de outras formas do tratamento das enfermidades, levando a se pensar em paradigmas mais próximos à realidade social. Surge assim a Teoria Multicausal e amplia-se o debate sobre saúde-doença, mas ainda sem mexer na estrutura do modo de produção capitalista.

A SAÚDE COMO OBJETO DA CIÊNCIA E A INTERVENÇÃO DO ESTADO

Entende-se como Saúde Pública, as medidas de prevenção e controle das doenças que afetam o organismo humano. Entendimento que varia de acordo com a formação social e de um

determinado período histórico. O fim do século XVII e início do século XVIII, com a transição do mercantilismo para o capitalismo industrializado foi um marco na sociedade burguesa, tendo a Inglaterra como destaque, onde despontaram as primeiras tentativas de aplicar métodos estatísticos à saúde pública. Rosen (1980, p. 219) registra que a política econômica vigente produzia riqueza e pobreza, exigindo do Estado políticas sociais para sua amenização, inclusive as relacionadas à saúde, que segundo o autor, os estudos de William Petty e John Graunt enfatizavam a importância para a força política e econômica da sociedade britânica, quando o debate defendia a concepção do hospital como um espaço de treinamento de médicos e o avanço da pesquisa médica, também entendiam que o Estado devia assumir o controle de doenças transmissíveis, em especial a peste, que ainda os atingia e a redução da mortalidade infantil (ROSEN, 1980, p. 219). Na verdade, a intenção era voltada para o controle da população como força de trabalho, em busca de uma balança comercial favorável (mercantilismo), pois o comércio empregava significativo número de trabalhadores. Assim, os “pobres de paróquias eram força de trabalho disponível para a expansão industrial” em processo (ROSEN, 1980, p. 222). Entre 1714 e 1760, em Londres e províncias, foram criados dispensários e hospitais gerais para grupos específicos de pacientes. O estudo da anatomia se desenvolve na sequência, instituindo-se a pesquisa sobre as doenças e preparando remédios para elas (ROSEN, 1980, p. 256).

Os demais países centrais, com suas particularidades e ritmos diferenciados, avançaram e produziram como consequência não só a urbanização dos grandes centros produtores, que impactavam na saúde das populações locais, como também complexas e profundas expressões da questão social, pois vive-se e convive-se com a exploração da força de trabalho. Assim, o capitalismo ao produzir contradições, provoca a emergência de lutas sociais, em busca de melhores condições de vida e trabalho: a insalubridade no ambiente de trabalho, a intensificação da jornada de trabalho, os adoecimentos como a epidemia da cólera, a tuberculose e demais doenças infectocontagiosas atingiam em maior grau a classe trabalhadora. Assim, se exige do Estado ações preventivas e ele se fez presente, por meio de uma política de Saúde Pública planejada. Foram então implementadas ações de saneamento, controle de epidemias e assistência médica, com o poder central coordenando estas ações, a partir do Ato de Saúde Pública em 1875, em escala nacional da administração sanitária inglesa.

O campo da Saúde Pública se constituiu como a medicina moderna no fim do século XVIII, como Polícia Médica e Medicina Social, “marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das doenças” (BIRMAN, 2005, p. 11). Observamos que desde esta quadra histórica, a medicalização do espaço social já estava posta e em crescimento. Nos países centrais do capitalismo monopolista, também cresceu a importância do conhecimento no campo da Epidemiologia, com o esquadramento do espaço urbano com dispositivos sanitários para sua organização, voltada com ênfase às doenças transmissíveis, que assolavam as populações, que viviam em situação de pobreza esmagadora (urbana e rural), com auxílio das igrejas, indivíduos e em último caso, pelos governos provincial ou real (ROSEN, 1980, p. 258). A medicina que está então articulada à reprodução da ideologia capitalista dominante na época (liberalismo, individualismo), considerava a doença como um desequilíbrio entre os componentes do corpo, comparado a uma máquina (Ciências Biológicas) (NAVARRO, 1986). Deste modo, também suas respostas referentes ao adoecimento deviam vir de cada indivíduo, tendo, uma aceitação deste e das indicações médicas, sem questionamentos. A

Saúde Pública se caracterizava por um discurso naturalista da medicina, quando se colocava com capacidade de explicar o adoecer fundamentado em sua ciência (unicausal) e desconsiderava os planos político, cultural, econômico, histórico e social das populações, legitimando esta compreensão, como explicação universal para o surgimento de enfermidades, visão com base no pensamento positivista, imperativo naquele contexto, legitimando por óbvio a medicalização da prática médica.

É neste período histórico do século XVIII, que a Alemanha cria a Polícia Médica (conceito formulado por Johan Peter Frank em 1779) como forma de enfrentar as dificuldades resultantes da exploração do trabalho, em forma de adoecimento. Rosen (1979) se refere à sua criação com a finalidade de “colocar a vida econômica e social a serviço da política de poder” (NAVARRO, 1986, p. 135 e seg.). Esta Polícia Médica se apresenta como “bem abrangente (saneamento dos alimentos, nutrição, habitação, higiene de vestuário, bem-estar materno-infantil, controle de prevenção de epidemias)”, dentre outros. Assim, entendiam que para manter a organização do Estado (Absolutista-autoritário, na época), o objetivo era ter a economia e a sociedade sobre controle, e para tal, precisava-se de uma legislação que cobrisse todos os aspectos da vida, incluindo o controle da profissão médica (NUNES, 2000, p. 218).

Entre os séculos XVIII e XIX, as contribuições de Pasteur, Koch e outros, no campo da biologia e da microbiologia, com descobertas de micro-organismos e sua associação ao adoecimento das pessoas dá ênfase à produção dos laboratórios e aos hospitais mudando o perfil assistencial, o qual se torna o *locus* de tratamento e cura, pela denominada Medicina Científica, que se hegemoniza como forma de prestação de serviços de saúde. Seguindo este raciocínio, pode-se dizer que a Saúde Pública encontrou definitivamente seu modo fundador na biologia (BIRMAM, 2005, p. 12). Em 1848, promulgou-se a Lei da Saúde Pública, a partir do Relatório de Ewin Chadwick, sobre as “Condições Sanitárias da População Obreira da Grã-Bretanha” e em 1854, Jonh Snow apresenta a primeira investigação epidemiológica em bases científicas, utilizando dados referentes à epidemia de cólera.

De tal forma, que como assinala Silva Jr. (1998), esta concepção de medicina foi a que se incorporou ao desenvolvimento do capital monopolista exercendo um papel importante na reprodução da força do trabalho, no aumento da produtividade e na reprodução da ideologia capitalista, legitimando-a [...] “abrindo um “novo mercado”, o de consumo de “práticas médicas” e de “saúde” (SILVA JR, 1998, p. 48). Virchow (Relatório de 1847) e outros, evidenciaram a percepção da doença por outro prisma, como um processo orgânico de etiologia multifatorial.

Foi no século XIX – no contexto da década de 1840 em que grande parte da Europa vive momentos revolucionários (1848) e as lutas sociais apontam as condições de vida e trabalho extremamente precárias –, que são publicados os textos de Engels (1844) denunciando as condições de vida empobrecida e o trabalho precário dos operários ingleses (Manchester e Liverpool) na indústria fabril. Seus trabalhos apresentam também o cenário de adoecimento grave provocado pela exposição às condições insalubres nas fábricas e moradias, com a poluição do ar, dos rios, a ausência de saneamento e o aumento da fome, registrando adoecimentos que levam à morte, como tuberculose e demais doenças infectocontagiosas. Fato que colabora com a visão de Virchow (Relatório de 1847), que demonstra perceber a doença por outro prisma, como um processo orgânico de etiologia multifatorial.

Para Silva Jr. (1998), a concepção da Medicina Científica determinou uma mudança da prática médica em âmbito estrutural. Destacam-se alguns desses elementos que a caracterizam, como o *mecanicismo*: corpo humano visto como máquina; o *biologismo*: a natureza biológica das doenças e suas causas e consequências; a “*História Natural*”, que influenciou assim a teoria epidemiológica, reduzindo-se a causalidade das doenças à ação dos agentes etiológicos. O elemento principal é a *visão do indivíduo* como objeto, responsabilizando-o também por sua doença, como por sua cura; o *processo de especialização/fragmentação do saber* se impõe como produto da hegemonia positivista, que desconsidera o seu oposto, a visão de totalidade social; a *exclusão de práticas alternativas*, com sobreposição do “cientificamente comprovado”; a *tecnificação do ato médico*, em que impõe a lógica de quanto mais recursos investidos e maior tecnologia, melhor será a assistência à saúde, sem que se considere os resultados; a *ênfase na medicina curativa*, e a *concentração de recursos em grandes hospitais*, como centros de diagnóstico e tratamento de alta tecnologia. De acordo com Silva (1998), esta concepção gerada serviu de modelo para os países periféricos do capitalismo.

Por consequência, com os avanços na medicina científica, se ficam estabelecidas as condições para o aumento da produção de equipamentos médicos, de medicamentos e do ensino e pesquisa médicos, tendo como marco o Relatório Flexner, de 1910, que institui a padronização dos cursos nos Estados Unidos e Canadá.

Na década de 1950 o modelo de Medicina Científica entra em crise devido a problemas como ineficiência, ineficácia e à desigualdade na distribuição de progressos (MENDES, 1980 *apud* SILVA, 1998). O mito de que o nível de saúde atingido pelas populações está ligado aos avanços científicos e tecnológicos na medicina não se comprova, embora tais avanços tenham dado respostas relevantes para muitos agravos, em especial para as doenças infectocontagiosas. Porém, diversos trabalhos no campo da saúde pública expõem o fato de que o modelo de industrialização da sociedade capitalista, principalmente a partir meados do século XX, traz o aumento de algumas categorias de doença que o modelo biomédico e suas intervenções centradas na dimensão individual e curativa mostram-se insuficientes para enfrentá-las, entre tais enfermidades estão as doenças psicossomáticas, as doenças ocupacionais e as neoplasias, todas relacionadas a fatores ambientais, processos e condições de trabalho, modos de vida e de consumo, entre outros fatores. Assim, para Silva (1998):

A Medicina Científica articula-se no processo de industrialização da sociedade e passa a ser conduzida para os interesses de um mercado lucrativo nem sempre voltado para os interesses da maioria da população em proteção de suas vidas, promoção e recuperação de sua saúde (SILVA, 1998, p. 50).

O PARADIGMA DA SAÚDE COLETIVA

É neste contexto de crise da saúde pública e da medicina que surgem as bases para a emergência de um projeto denominado “saúde coletiva”, que para Nunes (1994) tem na América Latina data de referência inicial a segunda metade dos anos 1950, embora a sua trajetória não seja a mesma para todos os países latino-americanos. Para o autor, a saúde coletiva tem suas raízes nos “projetos preventivistas”, que são implementados entre

1950/1970 e o período de ênfase na chamada “medicina social” que se estabelece durante a década de 1970 até o seu final e daí até os dias atuais tem-se a fase de consolidação do paradigma da saúde coletiva. Tais projetos fazem parte de uma única trajetória e não são estanques, mas carregam aspectos das fases anteriores (NUNES, 2000).

O modelo preventivista caracteriza-se por uma crítica à biologização do ensino médico calcado em práticas individuais e centrada no hospital, além de buscar uma visão mais completa do indivíduo através de uma integração biopsicossocial e da medicina integral. Ele traz para o campo da saúde conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos, com ênfase nas ciências da conduta e ações comunitárias, sob forte estímulo da Organização Panamericana da Saúde (OPAS). A proposta preventivista enfatiza as ciências da conduta nas ações comunitárias e instaura na América Latina o planejamento em saúde a partir de uma visão economicista da relação custo/benefício dos investimentos na área. Na década de 1970, faz-se um diagnóstico de que as reformas preconizadas por este movimento preventivista “não havia se integrado no processo global da escola médica e que a integração com a comunidade estava baseada em esquemas artificiais e desvinculados dos serviços existentes na própria comunidade” (NUNES, 1994).

A crítica ao projeto preventivista, a partir de meados da década de 1970, inaugura segundo Nunes (1994) uma nova fase baseada na concepção da *medicina social*, termo que tem sua origem no século XIX e reaparece novamente um século depois em 1952, numa reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Nancy, França. Na América Latina vive-se a crise do modelo desenvolvimentista em meio à piora de indicadores de saúde, aumento da desnutrição, dos acidentes de trabalho e das doenças crônico-degenerativas. Ganham força no campo sanitário os debates sobre as relações saúde/sociedade e emerge o método marxista de análise, especialmente na sua corrente estruturalista. Adensa-se assim, o conhecimento no campo da saúde com os novos cursos de pós-graduação com foco nas relações entre o biológico e o psicossocial e na instauração de novas práticas na área da saúde, reforçando a relevância da atenção primária para alcançar melhores níveis de saúde e o dever do Estado na oferta destes serviços. A criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1978, colocam-se como espaços de resistência e análise crítica da situação das políticas de saúde no país.

A partir do início da década de 1980, vem se estruturando o campo da *saúde coletiva*, definido por Portela (2014, p. 11) como uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos), entendendo a situação de saúde como um processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade enfatizando os determinantes sociais da saúde, que estão na base do adoecer. Daí concebe-se as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais.

Nunes (1994) ressalta a premência posta de se estabelecer um equilíbrio teórico conceitual entre o biológico e o social como forma de evitar o tecnicismo e o biologismo. Para o autor, a saúde coletiva é corrente de pensamento, movimento social e prática teórica. Assim definida, a Saúde Coletiva propõe a superação das intervenções sanitárias sob a forma de programas temáticos, voltados a problemas ou grupos populacionais específicos e baseados em uma epidemiologia meramente descritiva e em uma abordagem normativa de planejamento e administração, por intervenções articuladas de promoção, proteção,

recuperação e reabilitação da saúde, baseadas em uma abordagem multidisciplinar, com a contribuição das ciências sociais, da epidemiologia crítica e do planejamento e da gestão estratégicas e comunicativas.

Os autores são unânimes em apontar a interdisciplinaridade como eixo constituinte do campo da saúde coletiva, o que revitaliza o discurso biológico *stricto sensu*. Nunes lembra ainda que a saúde coletiva se fundamenta “na interdisciplinaridade como possibilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde e na multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias” (NUNES, 1994, p. 19). Também Birman (1991) ressalta como a saúde coletiva, ao introduzir as ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, trazendo para o seu interior as dimensões simbólica, ética e política. A área permanece com o desafio de compreender os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde.

A partir das referidas discussões fica evidente que o modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde biomédico e hospitalocêntrico é insuficiente diante das necessidades de saúde e sociais da população, inserido no modo de produção capitalista e exercendo um papel na reprodução da força de trabalho, voltado à garantia do aumento da produtividade e do lucro, associado à lógica mercadológica e não da saúde como direito social e dever do Estado. A visão da medicina científica, que se tornou hegemônica a partir das descobertas bacteriológicas que permitiram o conhecimento biológico das infecções, trouxe consigo o enorme fortalecimento do poder médico, a proliferação de discursos naturalistas, a razão triunfante e a perspectiva universalizante, além de um absoluto silêncio sobre o simbólico e o histórico (BIRMAN, 1991).

Neste sentido, o paradigma da saúde coletiva vem desde os anos de 1980 disputando o campo da saúde trazendo em seu postulado fundamental a compreensão da problemática da saúde de forma mais abrangente e completa do que a leitura realizada pela medicina científica (BIRMAN, 1991).

A partir desta premissa, pode-se afirmar que o Serviço Social brasileiro, em particular, tendo a saúde como espaço sócio-ocupacional privilegiado, pós os anos de 1990 identifica-se com o conceito ampliado de saúde previsto na Lei Orgânica da Saúde (1990) e compartilha a crítica ao modelo biomédico formulado pela saúde coletiva em sua análise macroestrutural. O Serviço Social, tanto quanto o paradigma da saúde coletiva, ao perceber o adoecimento inter-relacionado às dimensões sociais, ideopolíticas, econômicas que interferem no processo saúde-doença, busca “produzir intervenções que contribuam com sua superação” (TEIXEIRA, 2018, p. 60).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. Physis – Revista de Saúde Coletiva, v. 1, n. 1. Rio de Janeiro, 1991.
- ENGELS, F. A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo, 2010.
- FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. Microfísica do Poder, Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- _____. El Nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica. 14ª ed. México: Siglo Veintiuno editores, 1991.
- FREIRE, J. Ordem Médica e Norma Familiar. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.
- NAVARRO, V. Classe Social, Poder Político, o Estado e suas Implicações para a Medicina. In: Textos De Apoio – Ciências Sociais I, p. 83-161. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/FIOCRUZ/ABRASCO, 1986.
- NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Revista Saúde e Sociedade 3(2), p. 5-21, 1994.
- _____. A Doença como Processo Social. In: Ciências sociais e saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Editora HUCITEC/FAPESP, 2000.
- PORTELA, L. E. Saúde pública ou saúde coletiva? Revista Espaço Para a Saúde, v. 15, n. 4, p. 01-21, Londrina, out./dez. 2014.
- ROSEN, G. A Trajetória do conceito de Polícia Médica (1780-1890). In: Da Polícia Médica à Medicina Social: Ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- SILVA Jr, A. O Modelo Hegemônico de prestação dos serviços em saúde e suas reformas (Capítulo 1). In: Modelos Assistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde pública. São Paulo: HUCITEC, 1998.
- TEIXEIRA, M. J. O. Determinantes Sociais em Saúde: o Serviço Social no debate contemporâneo. In: RAMOS, A.; SILVA, L. B.; PAULA, L. G. P. de (Orgs.). Serviço Social e política de saúde: ensaios sobre trabalho e formação de profissionais, p. 47-66. (Orgs.); FORTI, V.; GUERRA, Y. (Coords.). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.