

CAMPOS DE SAÚDE COLETIVA

Carlito Lopes Nascimento Sobrinho

Prof. da Disciplina Saúde e Comunidade, do Dep. de Saúde

RESUMO — *A constituição da medicina científica, no século XIX, delineou a problemática da saúde nos registros individual e social. O saber o médico configura-se como discurso sobre o corpo singular e o discurso sanitário sobre o espaço social.*

Com a emergência da sociedade capitalista industrial, a saúde individual passa a incluir necessariamente as condições coletivas de organização, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos separada das condições sanitárias do espaço social.

Para a construção desse modelo conceitual, várias etapas foram percorridas, do século XIX aos nossos dias. Nesse contexto este ensaio busca resgatar esses momentos de construção do modelo teórico e do campo de ação da hoje conhecida “Saúde Coletiva”, recompondo seus momentos históricos. Dentre esses momentos, destaca-se o advento da Medicina Científica, a Medicina Preventiva, a emergência da Medicina Comunitária, culminando com a formação da Medicina Social.

ABSTRACT — *The constitution of a Scientific Medicine in the XIX century outlined the health problems on the individual and social levels. The medical knowledge reveals itself as a discourse on the body and the sanitary discourse on the social space.*

With the rising of the industrial and capitalist society individual health care starts to necessarily include the organization of collective conditions, being impossible to imagine the existence of people's health separated from the sanitary conditions within the social space.

To construct this conceptual model, various stages were gone through, from the XIX century up to now. In this context this essay aims at rescuing those moments of the theoretical model construction and the field of action known today as ‘Public Health Care’, remaking their historic moments. Between these moments the outcome of the ‘Scientific Medicine’ stands out, as well as the ‘Preventive Medicine’, the emerging ‘Communitarian Medicine’, ending up with the ‘Social Medicine’.

INTRODUÇÃO

A evolução histórica da Medicina Social, sobre a qual se discorre neste trabalho, é balizada através da vinculação da medicina com os componentes políticos ideológicos e econômicos que se institucionalizam em torno dela.

Buscando compreender o paradigma da prática médica oferecido por MENDES (1986), como construções sociais que resultam, historicamente, da

intervenção do pessoal de saúde, da sociedade hegemônica, bem como dos diferentes setores sociais que se constituem numa dada formação social, estruturando-se como resultado da relação entre as condições materiais da sociedade e a ideologia de seus grupos hegemônicos.

Assim sendo, os paradigmas da prática médica são construídos dentro de realidades sociais concretas, modificando-se de forma dinâmica, no sentido de se ajustarem à evolução das sociedades, numa constante relação de forças que se estabelece entre os distintos grupos sociais e o Estado, no sentido de obter melhorias em saúde.

A prática médica, na idade medieval, existia sob duas formas principais: prática religiosa ou monástica, característica do campo e a prática leiga ou técnico-profissional, que surge a partir do século XII e que é inerente à cidade (MENDES, 1986).

Entretanto o nosso estudo, não irá se deter no período de dominância feudal, interessando-nos, para fim de reflexão, o desenvolvimento histórico da prática médica, na sociedade capitalista.

A preocupação estará em definir os paradigmas da prática médica vigentes depois do período medieval. Essa evolução implica alguns paradigmas: o da polícia médica, o da medicina científica, o da medicina preventiva, o da medicina comunitária e o da medicina social.

Em relação ao paradigma da polícia médica, ele será estudado como paradigma antecedente ao da medicina científica, porque sua conformação variou especialmente de acordo com as situações históricas dos países europeus, apresentando-se, em sua forma pura, somente na Alemanha. (op.cit.).

A POLÍCIA MÉDICA

A polícia médica ou medicina do Estado desenvolveu-se na Alemanha no início do século XVIII, porque foi ali, mais que em outro país europeu, que surgiu uma ciência do Estado. Há que se observar que o Estado moderno desabrocha onde o poder político era atomizado e onde havia um frágil desenvolvimento econômico, ou seja, numa região dividida em pequenas unidades territoriais, pouco desenvolvida e com grande repartição de poder (FOUCAULT, 1979).

A polícia médica nasce como resposta, sob o afluxo da variante alemã do mercantilismo que foi o cameralismo. A polícia médica se estruturou a partir dos trabalhos de Johann Peter Frank.

A MEDICINA URBANA

A medicina francesa antecedente à medicina científica não se apoiou na estrutura do Estado, como a polícia médica, porque se adequou a peculiaridades

econômicas e sociais daquele país. É que o mercantilismo francês apresentava uma característica própria, expressa no conceito de auto-suficiência. E para que isso ocorresse, era necessário aumentar a população, para se obter maior produtividade. Daí a política de saúde apresentar, como um de seus objetivos, a contribuição para integrar os pobres na estrutura produtiva do país (FOUCAULT, 1979).

Para esse fim, fazia-se necessário o saneamento dos espaços públicos, reduzindo a possibilidade de agravos à saúde. O espaço urbano é redesenhado, dando início a melhorias sanitárias e ao planejamento urbano, atingindo-se a toda coletividade.

O SANITARISMO INGLÊS

Foi na Inglaterra do século XIX que se manifestou a terceira variante da medicina social, antecedente à medicina científica: o sanitarismo ou a medicina da força de trabalho ou ainda, a política sanitária (FOUCAULT, 1979). Essa medicina, ao contrário da política médica e da medicina urbana, já tem como objetivo o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, com as finalidades de reprodução da força de trabalho e do controle sanitário e social (MENDES, 1986).

Na sua gênese está a revolução industrial que determinou a substituição do artesão pelo trabalhador coletivo. E a esse trabalhador coletivo, havia de se impor a ordem e a hierarquia e, por essa razão, a medicina foi convocada a desempenhar o papel de controle social.

O PARADIGMA DA MEDICINA CIENTÍFICA

A medicina científica surge no período formativo do capitalismo monopolista, o que se dá entre o final do século XIX e o início do século XX. O capitalismo monopolista emergente se confrontou então com duas exigências básicas: aumentar a acumulação de capital e legitimar a ordem social.

A evolução do sistema capitalista, por força de lutas sociais, impusera limites à duração da jornada de trabalho, por isso, tornava-se imperativo produzir mais em menos tempo e a medicina é chamada a desempenhar um papel importante nesse processo, estudando o rendimento do corpo humano, protegendo-o e restaurando-o de modo a maximizar a produção. Dessa forma, a medicina se encontrou com as propostas do Taylorismo ou administração científica, a nova ideologia aplicada ao desenvolvimento das forças produtivas e baseado no aprimoramento ótimo das capacidades e resistências físicas e psicológicas das pessoas.

Os elementos estruturais da medicina científica são: o mecanismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão das práticas alter-

nativas, a concentração de recursos humanos, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa. Aplicam-se, dessa forma, as “funções ocultas” da medicina de reprodução da força de trabalho e de controle social.

O paradigma da medicina científica começa a institucionalizar-se com a criação, em 1893, da Faculdade de Medicina da Universidade de John Hopkins, contudo, a consolidação desse processo se dá através das recomendações do relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Cornegle (MENDES, 1986).

O PARADIGMA DA MEDICINA PREVENTIVA

Após o término da Segunda Guerra Mundial, nota-se uma apreciável tendência de mudanças de enfoque em saúde pública e em medicina preventiva. Esse acontecimento tem origem nos países industrializados e se difunde, nos anos subsequentes aos países subdesenvolvidos (SILVA, 1973).

As profundas mudanças de estrutura que se observam no período tornam mais aguda a necessidade de pôr à disposição das populações todos os frutos da “revolução científica” e da “explosão tecnológica”, aumentando-se consideravelmente as pressões, para que se transforme em “capacidade efetiva” toda a “capacidade potencialmente disponível” no campo da medicina e da saúde pública (SILVA, 1973).

No final da década de 50, realizaram-se os seminários internacionais de Vina del Mare e Teohuacan, patrocinados pela OPS, que representaram a primeira tentativa de reprodução do movimento preventivista na América Latina, que tiveram grande repercussão no Brasil.

Segundo AROUCA (1976), “o movimento de Medicina Preventiva e Social é uma leitura liberal e civil dos problemas de saúde”, tal proposta constitui-se numa prática ideológica, enquanto movimento de reforma médica e numa prática discursiva que tomava como objetos, de um lado, a prática e a educação médica e do outro, a saúde e a doença.

Buscando superar a crise da medicina científica, a medicina preventiva incorpora o elemento racionalizador, criticando a prática médica vigente no seu aspecto irracional, pela especialização, tecnificação, biologicismo, individualismo e pela desadequação dos profissionais à realidade da população. Paralelamente absorve um caráter racionalizador e busca reorientar a prática médica, a partir da formação de uma nova atitude, integral, preventiva e social.

Como prática discursiva, procurou apresentar uma ruptura com a higiene, afirmando-se como disciplina independente, reorganizando o conhecimento e a prática médica, em consonância com uma nova realidade assistencial. Incorpora conceitos básicos, como, processo saúde-doença, história natural das doenças e causalidade, além de aglutinar disciplinas, como, epidemiologia às ciências sociais e à organização e administração sanitária. Essa caracterização define o “modelo liberal” de medicina que podemos resumir:

- numa estratégia intra-escolar em que a medicina preventiva se confunde com a Faculdade de Medicina;
- numa pauta de unidades de ensino: Bioestatística, Epidemiologia, Medicina Preventiva, Medicina do Trabalho, etc.;
- num campo de práticas, os programas de comunidades experimentais, com ênfase na formação de recursos humanos;
- no surgimento de uma linha de tensão entre a estrutura tradicional das escolas médicas com base na especialização e a existência de um Departamento de Medicina Preventiva.

A esse respeito, AROUCA (1976), chama a atenção para a contradição que existe entre introdução de atitudes sociais epidemiológicas e educativas e o caráter privado da prática médica, adiantando que tal projeto estaria condenado ao fracasso, por não possuir a Medicina Preventiva em corpo de conhecimentos próprios (uma prática teórica) e uma prática transformadora do real (prática política).

Lembramos que a Medicina Preventiva surge como solução para a crise enfrentada pela Medicina Científica, materializada no aparecimento de problemas crescentes relativos à ineficiência, à ineficácia e à desigualdade, os componentes mais tangíveis desse processo.

A ineficiência da medicina científica é vista pelos crescentes investimentos no setor saúde, com retornos decrescentes em termos de resultados. Em outras palavras, não há correlação entre os investimentos em saúde e os níveis de saúde. Estima-se que, enquanto aqueles aumentam 100%, a taxa de mortalidade e morbidade, em países desenvolvidos, diminuem em apenas 5% (MENDES, 1986).

A ineficácia da medicina científica mais se acentua quando se constata que esse paradigma convive com uma sociedade industrial patogênica que, principalmente a partir da segunda metade deste século, passa a produzir novas patologias, como, as doenças ocupacionais e as doenças da poluição (MENDES, 1986).

O terceiro componente da crise é a desigualdade. Essa desigualdade expressa diferenças de classes sociais no que se refere as necessidades de saúde, ao risco de adoecer, de morrer, ou de incapacitar-se e a acessibilidade aos serviços de saúde.

A EMERGÊNCIA DA MEDICINA COMUNITÁRIA E A DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE AÇÃO

Esse novo enfoque de saúde e esse novo critério de serviços, implicaram a emergência de um novo paradigma, o da Medicina Comunitária que se apresenta, também, sob os eufemismos, de cuidados primários de saúde, atenção primária, medicina simplificada, programas de extensão de cobertura, medicina rural e outros (MENDES, 1986). Esse modelo de medicina deve superar a crise

da medicina científica, incorporando racionalidade, temáticas discursivas oriundas da economia e sociologia, tais como, produtividade, diminuição dos custos, extensão de coberturas, simplificação de recursos e participação comunitária.

A medicina científica, por suas próprias características estruturais, tornou-se altamente seletiva e, portanto, inacessível à maioria da população. Por isso, esse paradigma necessitou ser modificado, para se ajustar às novas demandas da sociedade capitalista.

Buscou-se, com a Medicina Comunitária, resolver as tensões criadas pela impossibilidade de universalização da medicina científica, a medicina comunitária é, pois, a medicina dos marginalizados, urbanos e rurais. Ela incorpora as categorias sociais excluídas do processo de medicalização, apresenta caráter complementar num sistema dual onde ela coexiste com a medicina científica, exige uma maior participação do Estado que, a partir da sua intervenção, serve como mecanismo de alívio das tensões sociais, satisfazendo as populações marginais, os seus anseios de consumo de bens e serviços, viabilizando-se dessa forma um sistema de medicina de classes.

Dessa forma, efetiva-se a consolidação de uma proposta racionalizadora que se sintetiza num modelo com as seguintes características:

1. A aplicação do princípio de custo benefício aos problemas de saúde. A medicina comunitária é vista como um setor de investimento menos dispendioso e rentável. Propõe-se a ampliação da cobertura dos serviços médicos com base na atenção primária;

2. O Estado assume conceitos da medicina comunitária e os aplica a uma prática. Este movimento, que implica uma redefinição da prática médica, age secundariamente, determinando novas exigências aos centros formadores de recursos humanos, estabelecendo-se um fluxo que vai da prática médica até o ensino médico;

3. A nova prática assume a forma de áreas docentes-assistenciais com um desenho piramidal em que o cume corresponde aos hospitais especializados e a base à comunidade.

Para DONNANGELO (1976), a Medicina Comunitária “movimento de reforma médica”, refere-se a projetos racionalizadores que se propõem a modificar parcialmente a prática médica, sem intervir nas suas tendências e determinantes essenciais, atendendo as necessidades de preservar a estrutura social vigente e de responder a questão da demanda crescente “versus” recursos insuficientes destinados ao setor.

AS PERSPECTIVAS DA MEDICINA SOCIAL

No presente, a Medicina Social assume novos desenvolvimentos não só pelo avanço teórico das ciências sociais, particularmente através da contribuição do materialismo histórico, mas especialmente pelas transformações sociais que

têm marcado a história contemporânea, isso implica a potencialidade de um movimento ideológico tornar-se uma prática política e um campo de produção científica (prática teórica) (PAIM, 1981). Entretanto é impreciso destacar que as perspectivas mais favoráveis para a Medicina Social estão condicionadas à preservação e ampliação das conquistas democráticas e da efetivação de um projeto de sociedade para o Brasil, em articulação com os movimentos sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- AROUCA, A. S. S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de doutoramento apresentada a Faculdade de Ciências Médicas. UNICAMP. 1976.
- BREILH, J., GRANDA, E. *Investigacion de la salud en la sociedad*. Quito: Centro de Estudios e Asessoria en Salud — CEAS. 1980.
- COMISSÃO DO ENSINO MÉDICO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. *Documentos 1 e 2*. Brasília. 1972/73.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira. 1976.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense. 1979
- GARCIA, J. C. *La educacion médica en la América Latina*. Washington D.C. OPS.P.C. 225, 43 p. 1973.
- LOUREIRO, S. Saúde Comunitária. *Saúde em debate*. n. 1, 12/15, out./dez. 1976.
- MENDES, E. V. *A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica*. Belo horizonte: PUC-MG/FINEP, 1986.
- NUNES, E. D. A organização curricular do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Análise histórica, 1965/1982. *Revista Bras. Educ. Med.* Rio de Janeiro, v.8 n. 2, p.95-103, 1984.
- OPS. *Ensenanza de la medicina preventiva y social: 20 anos de experiência Latino-Americana*. Publicação Científica, Washington: n. 324, p.73, 1976.
- RODRIGUEZ NETO, E. *Integração docente assistencial em saúde*. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — USP.
- PAIM, J. S. Medicina preventiva e social no Brasil: modelos, crises e perspectivas. In: *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n. 11, 1981. p.3-19
- _____. Desenvolvimento teórico conceitual do ensino em saúde coletiva. In: *ABRASCO. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: NUTESCLATES, 1982. p.3-19.
- _____. FORMIGLI, V. L. A. Redefinições do ensino de medicina preventiva e social. *Revista Bras. Educ. Med.* Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, jan./abr. 1981.
- _____. TEIXEIRA, C.F., FORMIGLI, V. L. A. Medicina preventiva e social na graduação: experiência de ensino em centros de saúde. *Revista Bras. Educ. Med. Rio de Janeiro*, v.8, n.2, p.72-78, maio/ago. 1984.
- SANTOS, R. A., CAMPOS, F. E. de, LEAL, M. de C., RIVERA, F. J. V. *Investigação nacional sobre o ensino da medicina preventiva*. S. 1, PAES, 1976. p.80.
- SILVA, G. R. de. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Revista Hosp. Clin. Fac.* São Paulo. n.28, p.91-96, 1973.