

O CONCEITO DE SAÚDE PARA ALÉM DA DOENÇA: O PENSAMENTO SANITÁRIO BRASILEIRO E OS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Aurea Maria Zöllner Ianni¹

RESUMO

Este artigo discute o conceito de saúde para além da doença tomando por referência o pensamento crítico em saúde que se formulou no Brasil entre os anos de 1970 e 1980. Parte-se do pressuposto de que tais conceitos são historicamente configurados, não se dando em abstrato, e que numa sociedade como a brasileira, industrial moderna, ocidental e capitalista, a saúde sempre teve por referência a doença. Apresenta as origens e os marcos daquele pensamento, sua configuração institucional e político-científica, para esclarecer a concepção de saúde por ele formulada e suas bases empírico-teóricas. Destacam-se as dimensões da desigualdade social, tendo por foco o direito à saúde, e a crítica ao modelo da medicina preventiva, tendo por foco a dimensão da produção social da saúde, e não da doença. Por fim, problematiza e discute esses marcos empírico-teóricos diante das profundas transformações sociais do Brasil contemporâneo.

Palavras-chave: Processo Saúde-Doença. Pensamento Social em Saúde. Saúde Coletiva. Reforma Sanitária. Mudanças Sociais Contemporâneas.

ABSTRACT

This article discusses the concept of health in addition to disease taking as a reference the Brazilian critical thinking in health formulated during the decades of 1970 and 1980. It starts from the assumption that such concepts are historically configured, taking them not in abstract but considering the Brazilian society context, a modern, an industrial, a western and a capitalist society, in which health has always had disease as a reference. It presents the origins and the framework of that thought and its institutional and political-scientific configuration to clarify its concept of health and its empiric and theoretical bases. Two dimensions of this critical thinking are highlighted: the right to health, based on the social inequality discussion, and the social production of health, not of the disease, criticizing the preventive medicine model. Finally, it discusses these empiric and theoretical frameworks in face of the great transformations of contemporary Brazil society.

1 Livre-docente em Ciências Sociais em Saúde, é professora da Faculdade de Saúde Pública da USP. E-mail: aureanni@usp.br.

Keywords: Health-Disease Process. Social Thinking in Health. Collective Health. Health Reform. Contemporary Social Changes.

INTRODUÇÃO

Tem sido difícil pensar ou compreender a saúde para além da doença em sociedades industriais ocidentais modernas, capitalistas como a brasileira. Há, em sociedades outras, outras tradições, outros entendimentos. Porém, numa sociedade como esta, torna-se difícil pensar a saúde sem ter por referência a doença.

São clássicos os estudos sobre como foram construídas historicamente, no contexto das sociedades ocidentais modernas, as ideias de saúde e higiene entre os finais do século XVIII e meados do século XIX, que tiveram por substrato a demografia e as doenças como fatores importantes para a constituição dos Estados nacionais e a manutenção da higidez da força de trabalho; fosse no âmbito da instituição da família nuclear, com o interesse pela criança e pela maternidade e como lugar primaz da reprodução das populações e da força de trabalho, fosse no âmbito das condições de saneamento urbano ou, ainda, no próprio ambiente fabril, em torno da garantia das condições do trabalho produtivo. Tratava-se de garantir a reprodução e a circulação da mão de obra e das mercadorias, em cidades e portos, entre países (FOUCAULT, 1999; ROSEN, 1980; HOCHMAN, 2006).

No contexto do século XX, implementadas as políticas do Estado Social no centro europeu e norte-americano, o foco sobre a saúde foi se estendendo para outros segmentos das populações, assumindo as dimensões da assistência e da prestação de serviços em massa, hoje presente em quase todos os países, mantendo contudo a direcionalidade em torno da economia; o bem-estar e a higiene pública, considerada a sua importância para as esferas da produção e do consumo, tendo, inclusive, avançado para os ambientes rurais por meio dos sistemas de controle e vigilância das zoonoses e dos produtos agrícolas.

A assistência à saúde expandiu-se de tal forma que passou a incorporar diferentes segmentos populacionais, estratos e grupos sociais, tendo sempre por foco a doença, que significou predominantemente a limitação, a incapacitação, a dificuldade ou a morte, com vistas ao pleno desempenho da economia, do trabalho e da sua reprodução, e base da crescente circulação internacional de bens e mercadorias, o mundo do consumo.

Os avanços da ciência e da técnica, especificamente no decorrer do século XX, contribuíram para a ampliação desse fenômeno social em direção a uma imagem de saúde perfeita e de longevidade, que chegou a parecer

muito próxima do alcançável, quando, em meados desse século, acreditou-se que haviam sido produzidas, se não todas, quase todas as possibilidades tecnocientíficas para o enfrentamento das principais doenças que dizimavam as populações, mais especificamente as infectocontagiosas que ameaçavam a higidez e a vida das populações até inícios do século XX. Foi a emergência das doenças crônicas como um fenômeno demográfico expressivo – a denominada transição epidemiológica (LAURENTI, 1990) – que repôs a questão dos limites dessa mítica imagem de saúde, bem como posteriormente, nos anos de 1980, a emergência de uma nova epidemia, a do HIV/Aids, que reposicionou definitivamente esse ideário. Hoje se admite que se vive, de uma forma ou de outra, com o que se convencionou denominar “processo em saúde-doença”.

Acrescente-se o fato – a ser mais bem esclarecido no decorrer deste texto – de que o avanço tecnocientífico capilarizado maciçamente nas sociedades contemporâneas já não permite mais qualquer ideário da saúde que não tenha na doença alguma referência. Isto porque o conhecimento sobre a doença invadiu o mais profundo dos genes, corpos, seres e ambientes, a mais cotidiana das atividades humanas e modos de vida, incrustando a necessidade da saúde sob a sombra do adoecimento.

No Brasil, o pensamento sanitário recente dialogou, e vem dialogando, com várias dessas questões. O campo da Saúde Coletiva que lhe dá expressão constituiu-se entre os anos de 1970–1980 (BOURDIEU, 1976; IANNI et al., 2014).

Trata-se de um pensamento crítico sobre a saúde, que formulou em dimensões teórico-conceituais e sociopolíticas um projeto científico-político, vindo a constituir-se num campo de ação política, institucional, de práticas e de produção de conhecimentos.

Na origem desse pensamento estabeleceu-se uma diferenciação entre o campo da Saúde Coletiva e o tradicional da Saúde Pública em torno de uma questão central: a Saúde Pública seria a esfera das ações estatais de controle de doenças epidêmicas por meio das estratégias de imunização e das vigilâncias epidemiológica e sanitária. Para o pensamento da Saúde Coletiva da época, essas estruturas e práticas eram caudatárias do forte marco higienista, implicando uma ação saneadora não só sobre ambientes como também sobre populações pobres e desassistidas. Compreendia-se que a Saúde Pública envolvia, também, uma exígua rede de serviços assistenciais, consideradas as necessidades da população e as dimensões territoriais do país, predominantemente dirigidos à atenção materno-infantil, à orientação nutricional e à educação sanitária, percebidas como altamente normativas e extremamente disciplinadoras.

A Saúde Coletiva veio, em larga medida, incorporar essas críticas. Porém, com a estruturação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos anos de 1990, muitas dessas ações e serviços foram não apenas mantidos como se desenvolveram e foram ampliados por dentro do próprio sistema, produzindo uma mescla das práticas, ações, estratégias e conhecimentos da antiga Saúde Pública com os da emergente Saúde Coletiva, em vista não apenas da sua necessidade, mas da sua eficiência para o enfrentamento das situações de saúde-doença das populações.

Daí que o campo da Saúde Coletiva, ainda que portador de alto teor crítico quanto à dimensão científica, prática e política da Saúde Pública, acabou por carregar, também, uma dimensão dessa tradição, configurando cenários de pensamento, de práticas e de políticas públicas híbridos.

SAÚDE COLETIVA: O ESFORÇO DE PENSAR A SAÚDE PARA ALÉM DA DOENÇA

A Saúde Coletiva se constitui como campo científico e político nos anos de 1970–1980 no Brasil numa forte interlocução entre intelectuais e profissionais brasileiros da área da saúde com outros de demais países latino-americanos. Como expressão desse processo, estruturam-se no país o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979, e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976 (ESCOREL, 1999). Também se criaram no período linhas de financiamento de pesquisa junto aos órgãos federais e estaduais, iniciou-se uma forte tradição de realização de congressos científicos, e se desenvolveu todo um parque editorial de periódicos científicos. Como se deu esta constituição, e quais foram as suas questões e objetos de interesse?

O cenário dos anos de 1960 e 1970 no país era o da ditadura militar instaurada com o golpe de 1964, período que se estendeu até meados dos anos de 1980, quando se inicia o processo da abertura democrática. Um cenário de perda das liberdades políticas, constrangimento de vários direitos sociais, de cidadania, no contexto de um projeto econômico desenvolvimentista nacionalista fortemente ancorado na geopolítica da Guerra Fria e da segurança nacional, com a realização de grandes obras, como a Transamazônica, a hidrelétrica de Tucuruí, o desenvolvimento dos portos etc., e, sobretudo, altamente recessivo, expresso na ideia do desenvolvimento econômico com concentração de renda realizado à custa da profunda espoliação das classes trabalhadoras.

Além deste, outros aspectos estavam também presentes na constituição desse pensamento sanitário em suas origens, e dois deles, em

desdobramento dos acima mencionados, foram fundamentais nas análises que se estabeleceram sobre a situação da saúde no país: a questão da desigualdade social, e em saúde; a saúde como direito social e de cidadania. Será sobre esses dois aspectos que o presente texto problematizará o campo atual, expondo os desafios contemporâneos.

O contexto de constrangimento das liberdades políticas e da implementação de um modelo de desenvolvimento com espoliação das classes populares pressionava de tal forma o campo democrático, e nele um expressivo segmento da saúde, que o fez orientar-se pela dimensão do direito social, expresso na máxima do direito à saúde e pela ampliação do acesso à assistência médica.

O direito social à saúde e a ampliação da assistência, de certo modo, parecem ter contribuído para o enfrentamento, no âmbito da saúde, do constrangimento aos direitos sociais e políticos e, sobretudo, à espoliação de grande parte da população brasileira que vivia em precárias condições e com exíguo acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, procurou-se enfrentar, por um lado, a dimensão da cidadania e, por outro, a democratização do acesso à saúde para além do individual.

Tais questões ancoravam-se, também, na crítica à estrutura previdenciária então existente e à assistência médica por ela ofertada, bem como ao modelo teórico da medicina preventiva que se implantava nas escolas médicas e ao modelo tecnoassistencial dele decorrente. Uma agenda científico-política de monta, orientada pelo enfrentamento da desigualdade social e pela reconfiguração político-institucional dos serviços de saúde no país, tendo por substrato o tensionamento entre o individual e o coletivo latente na prática médica preventivista. Uma agenda altamente complexa, que se configurou por meio do já mencionado movimento sanitário e pela criação de instituições científico-acadêmicas que culminaram, com a Constituição de 1988, na criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, plasmando uma política social, estruturas político-institucionais e técnico-científicas perenes.

DESIGUALDADES EM SAÚDE: A PREVIDÊNCIA SOCIAL E A CLÍNICA MÉDICA

A crítica à questão previdenciária

Até os anos de 1970, a assistência médica no Brasil era predominantemente ofertada pela estrutura previdenciária ou por particulares. Todo o crescimento do setor se dava por dentro dessas estruturas, o que excluía grandes segmentos da população brasileira, como os trabalhadores informais, domésticos e rurais, os desempregados etc. A estrutura

previdenciária, para além das aposentadorias e pensões, oferecia a prestação de serviços assistenciais à saúde segundo a tradição dos Institutos Previdenciários organizados por categorias profissionais, caudatários do período getulista. Essa estrutura vinha sendo objeto de críticas em função da sua alta fragmentação e estratificação quanto à oferta de serviços assistenciais, tanto em termos das categorias profissionais, que era em si desigual em função da capacidade organizativa, de contribuição e corporativa dos trabalhadores de cada um dos diferentes segmentos produtivos, quanto em termos do tipo de assistência oferecida por cada instituto para a sua própria categoria, cada um priorizando diferentes agendas e serviços assistenciais. O panorama era muito desigual: institutos que cobriam mais especialidades e procedimentos, institutos com baixa cobertura de serviços e especialidades. Além disso, a estrutura da assistência médica previdenciária também era fortemente controlada pelo setor da medicina privada, por meio de cooperativas e empresas médicas conveniadas a esse sistema ou pela prestação direta dos serviços (COHN, 1980; COHN; ELIAS, 1996).

Foi este diagnóstico socioeconômico e político-institucional que resultou na formulação do ideário da universalidade da atenção à saúde presente no projeto do SUS, propugnado em torno da ideia central da inclusão social – o direito à cidadania, via saúde –, através da integralidade e da equidade na assistência.

Além disso, outro problema atravessava a estrutura previdenciária. Os órgãos do sistema no nível federal, ministerial, e os diversos institutos das diferentes categorias profissionais, apesar de adotarem modelos compartilhados de gestão entre empregados, empregadores e representantes do Estado, vinham sendo criticados em função da proeminência dos interesses de empregadores e governos em detrimento dos trabalhadores, decidindo sobre a gestão dos recursos financeiros e dos serviços a serem prestados de forma obscura ou desigual.

Esse fato estimulou o interesse do movimento sanitário pela participação social na gestão da saúde. Em estreito diálogo com os movimentos populares que emergiam no contexto da resistência democrática à ditadura militar em torno das reivindicações sobre as melhorias das condições de vida e de saúde – especialmente nas periferias das grandes cidades do país –, o movimento sanitário formulou e articulou a proposição da participação social na estrutura do SUS, plasmou-a no cerne dessa política social, entendendo-a como instrumento democrático com o fim de garantir e ampliar a participação da população no sistema, assegurando um espaço político-institucional para a expressão dos interesses dos setores populares (GERSCHMAN, 1995). Resultaram daí os conselhos de gestão organizados junto às secretarias municipais e estaduais e

o Ministério da Saúde, nos três níveis federativos, incluindo até mesmo as Unidades Básicas de Saúde, em nível local. Um instrumento de gestão compartilhado composto por trabalhadores do SUS, usuários e gestores, alargando a estrutura do Estado.

Com base na crítica à estrutura previdenciária, a saúde aí incluída, o campo delineou algumas máximas políticas que não só constituíram as bases do sistema de saúde brasileiro como inspiraram outras políticas da área social no país. Também plasmou princípios que permaneceram presentes nestes mais de trinta anos de existência do SUS, desde o final dos anos de 1980 até os dias atuais: o direito universal e integral à saúde, independente do vínculo de trabalho formalizado e da contribuição previdenciária ou do pagamento particular, individual.

E com os Conselhos de Saúde também se constituiu uma cunha democratizante na própria estrutura político-institucional do Estado brasileiro, acrescida do reconhecimento formal das conferências de saúde de âmbito municipal, estadual e federal, responsáveis por discutir e indicar, periodicamente, as linhas diretivas para a política de saúde em cada um desses níveis federativos (LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006).

A crítica à medicina preventiva

O modelo da Medicina Preventiva consolidado na obra de Leavell e Clark, de 1958, vinha sendo implantado em escolas médicas na América Latina desde os anos de 1950 por orientação de agências como a Organização Pan-Americana da Saúde e de fundações norte-americanas de apoio ao desenvolvimento regional, como W. K. Kellogg, Ford, Milbank, Rockefeller, Ponto IV, entre outras, sob o argumento de que o ensino médico nas Américas Central e do Sul era desarticulado e anacrônico (NUNES, 1999). Dessas reformulações resultou a fundação dos Departamentos de Medicina Preventiva em inúmeras escolas médicas da região.

Cabe lembrar que esse processo ocorria no contexto da Guerra Fria imediato ao fim da Segunda Guerra Mundial, num cenário sociopolítico e econômico em que a América Latina desempenhava papel fundamental na ancoragem e sustentação do bloco capitalista ocidental, então sob a crescente hegemonia dos EUA. Tratava-se naquele momento de modernizar os países latino-americanos, não apenas oferecendo às suas populações padrões “desenvolvidos” de vida e trabalho, mas também incorporando-as à base do mercado produtor e consumidor do pós-guerra, então em franca expansão. A saúde desempenhou, nesse cenário, um papel importante, e o modelo preventivista dialogava, em alguma dimensão, com essa lógica. O pressuposto da melhoria das condições de saúde das populações e do acesso aos serviços assistenciais da saúde não apenas significava a garantia

da saudabilidade dos povos desses países como realizava, por dentro da expansão desses serviços, a ampliação do mercado de tecnologias, bens, produtos e equipamentos.

Sérgio Arouca (2005), um clássico sanitário das origens do campo da Saúde Coletiva, afirmou em sua originalíssima obra *O dilema preventivista*, de 1976, que o modelo da medicina preventiva foi o primeiro modelo científico da medicina.

Qual a estrutura desse modelo? Basicamente, se organiza em torno da clínica individual em direção à comunidade. Tem foco na dimensão biológica entendendo a saúde e a doença como normalidade ou anormalidade biológicas; reconhece, para além do indivíduo e da biologia da doença, o “meio” como o ambiente propiciador, estimulador e produtor, ou não, dos fatores de adoecimento, daí a necessidade do controle e higiene desse meio; funda-se na ideia sistêmica de prevenção das doenças através da caracterização dos estados pré-patológico, patológico e de reabilitação ou morte.

Com esse modelo, a clínica e o saber médicos estendiam-se do indivíduo biológico ao corpo social por meio das ações preventivistas. Essa extensão se dava não apenas para o “meio” social, mas acabava por estender-se por toda a vida dos indivíduos, considerados os estados de patogênica ou não, pois estes sempre, e permanentemente, deveriam estar sob a guarda da atenção médica, segundo a dinâmica da prevenção sistêmica, fosse ela anterior ao estado de adoecimento, fosse visando a cronologia geracional das pessoas e coletividades.

A crítica a esse modelo centrou-se na concepção de “ser social” para o preventivismo – o indivíduo, objeto da clínica (bio)médica – e no que isso representaria em termos de saúde-doença. A crítica contrapunha o fato de que esse indivíduo, objeto da medicina preventiva, não é apenas um ser biológico, mas social, e que por ser social adoece segundo as suas condições objetivas de existência. E que o “meio”, que por ser também social precisa ser considerado em sua estrutura e configuração socio-histórica, econômica e política e não apenas em suas dimensões estritamente biologicistas ou

ambientais². A crítica buscava dessa forma, ainda, distanciar-se da ideia preventivista focada nas doenças e patologias definidas segundo a nosologia e a prática médica.

Outra crítica feita ao modelo preventivista foi com relação à própria ideia de prevenção e sua lógica; de que estas conduziam a uma certa dominância e expansão do saber-poder médico sobre os indivíduos, as populações e as comunidades, desconsiderando a realidade concreta, histórico-social e objetiva da vida das pessoas e das coletividades, de certa forma naturalizando os processos em saúde-doença.

O termo Saúde Coletiva advém em grande parte dessa crítica, numa tentativa de denominar algo que então se formulava e era compreendido como diferente da matriz higienista da Saúde Pública e da Medicina Preventiva, e que expressasse muito explicitamente a dimensão coletiva da natureza da saúde, manifestando claramente o entendimento dos processos em saúde-doença como fenômenos socio-históricos.

Como isso impactou o pensamento e a ação prática e política do que veio a se configurar como o campo da Saúde Coletiva? Produziu-se uma ideia de saúde-doença com o deslocamento do eixo biológico, enfatizando-se e ampliando a dimensão do social aí presente ao explicitar, por exemplo, as dimensões socioeconômicas de classe social, da pobreza, da escassez etc.

Houve também o deslocamento da dimensão predominantemente individual, vinculada à ideia de doença, enfatizando-se a dimensão socio-histórica e coletiva das formas de produção da saúde e, claro, também das formas do adoecer e do morrer.

E ainda se problematizou a prática médica com relação à prevenção das doenças e à sua dimensão de colonização do social, na medida em que se fez a crítica à estrutura sistêmica do modelo preventivista no que se referia à cadeia causal dos estados pré-patogênicos, patogênicos, reabilitação e morte, que invadem a vida cotidiana de todos e todas pelo saber-poder

2 Aqui há uma questão importante: nos anos de 1950, o campo da Saúde Pública, tal como aparece no livro de Leavell e Clark, mas não apenas nele, compreendia um âmbito distinto do que compreende hoje. Originalmente, o termo referia-se ao entorno e aos fatores que comprometem as condições de saúde. Nessa acepção, as áreas de interesse desse subcampo de conhecimento e de práticas eram o saneamento e as contaminações (água, esgoto, poluição do ar, lixo, ambiente laboral, acidentes e contaminações de solo e água), predominantemente interessadas nas áreas urbanas e ambientes laborais. Também incorporava certa dimensão ecológica das doenças no controle de vetores animais. Predominava a ideia, portanto, de que a ação sobre esses “fatores do meio” evitaria o adoecimento. Não havia, ainda, emergido a questão ambiental como questão socioeconômica e histórica, tal como veio a se configurar a partir dos anos de 1970 e 1980, convertendo-se na questão ambiental contemporânea.

médico; bem como à própria concepção de adoecimento que, por ser “determinado socialmente”, segundo os termos do pensamento crítico da Saúde Coletiva, pode e deve libertar-se da nosografia e da clínica médica, podendo ser pensada como um processo em saúde-doença, não necessariamente medicalizável.

Por que tais deslocamentos críticos, fortemente ancorados na dimensão social da saúde, foram importantes?

Porque, como prática técnica, a medicina é atravessada pela incorporação tecnológica (do estetoscópio aos procedimentos cirúrgicos computadorizados, do exame laboratorial mais banal ao sequenciamento genético), o que, considerados os marcos do preventivismo, deixava a medicina, em larga medida, “livre” de maiores vínculos com um social historicamente constituído, propiciando mais e mais que a prática médica fosse propulsora da realização de mercadorias através da incorporação tecnológica mediada pelo cuidado médico.

E também porque, ao ganhar força expansiva sobre o “social”, ancorada nas ideias de “meio” e na história clínico-biográfica dos indivíduos e comunidades, a medicina produzia uma socialização do seu saber-poder através da naturalização da história da doença.

Plasmou-se, desta forma, a crítica – que se tornou recorrente no campo – à medicalização do social, a crítica ao saber-poder médico e ao potencial de objetificação do cuidado em saúde em decorrência da lógica naturalizada do corpo biológico e da doença e do potencial de mercantilização da assistência à saúde, considerados os marcos do modelo da medicina preventiva.

Essa crítica tornou-se muito cara ao campo, na medida em que, à época, já havia suficientes evidências sobre a crescente incorporação tecnológica à assistência à saúde, com o seu constrangimento, como o encarceramento expressivo, e por decorrência a acentuada exclusão social de vastos segmentos da população. Sob o véu naturalizado da melhoria da assistência e do acesso à saúde, realizava-se mais e mais a incorporação tecnológica, aumentando a estratificação social e a desigualdade.

Em síntese, as questões relativas à exclusão do acesso aos serviços de saúde e às desigualdades sociais, e em saúde, eram centrais e articulavam-se nesse pensamento. E decorriam do diagnóstico de que a oferta dos serviços de saúde no Brasil à época acentuava a fragmentação e a seletividade do acesso, e de que o modelo (bio)médico sob o qual se ancorava a assistência avançava sobre o social numa lógica naturalizada, a-histórica, medicalizadora, desconsiderando as condições objetivas de vida da população e os determinantes envolvidos na produção social da saúde-doença.

Problematizando os marcos da saúde coletiva no contexto das mudanças contemporâneas

A questão que se coloca é sobre quais conotações assumem as dimensões da inclusão e da desigualdade social no Brasil contemporâneo. E em que medida aquele pensamento crítico formulado pelo campo da Saúde Coletiva é ainda pertinente, e/ou em que medida ele precisa ser reconfigurado. Ainda, se tal reconfiguração pode-se realizar dentro dos marcos originais ou se, mediante as mudanças contemporâneas, requer outro olhar.

Sem sombra de dúvida, o Brasil, país da periferia do capitalismo, carrega não apenas múltiplas contradições, como realizou, e realiza, modernizações dos seus modos de produção de vida, de consumo, de produção econômica, de trabalho, de incorporação tecnológica etc. de forma bastante complexa, mantendo dinâmicas e processos muito diferenciados quanto à inclusão e às desigualdades sociais. Há permanência de processos tradicionais e a incorporação de novos, há destruição de antigos processos e a instauração de novos, mesmo quando ancorados em formas tradicionais. É uma sociedade que convive com dinâmicas e processos múltiplos. Nesse sentido, torna-se especialmente importante problematizar e rediscutir as dimensões da inclusão e da desigualdade em saúde estabelecidas pelo pensamento do movimento sanitário.

No que se refere à dimensão da inclusão na agenda da saúde, ela foi, como procuramos esclarecer, atravessada pelo mundo do trabalho, segundo a configuração do país à época. Essa agenda persiste, mas se ampliou e dissolveu em decorrência da desestruturação do sistema fordista de produção, um dos pilares do Estado de Bem-Estar Social. A partir dos anos de 1970, mais especialmente a partir dos anos de 1980, houve o crescente desmembramento das plantas produtivas em âmbito global, acentuando o processo da globalização econômica e, com ele, a crescente flexibilização das jornadas e dos contratos de trabalho. Em termos de Brasil, e quanto às condições objetivas de vida da sua população, esse fenômeno se sobrepõe ao de um país de desenvolvimento capitalista tardio, que sempre teve altas taxas de desemprego que alimentavam o então denominado exército industrial de reserva, bem como grandes contingentes de trabalhadores informais então reconhecidos como subempregados. A partir dos anos de 1980, entretanto, desencadearam-se profundas mudanças que produziram novas formas sociais do trabalho; simultaneamente ao processo de redemocratização do país, o projeto sanitário era configurado e ganhava força.

O paradoxo atual é que esse fenômeno da transformação contemporânea do mundo do trabalho poderia ser fortalecedor da dimensão da saúde como direito social, visto que o projeto sanitário já trabalhara com o horizonte dos trabalhadores não inseridos formalmente no mercado de

trabalho, entendendo a saúde como direito de acesso universal. O atual cenário, de expressivos contingentes de pessoas trabalhando em condições temporária, flexibilizada, pontual, parcial etc., que configuram um mundo do trabalho de subemprego, desemprego, temporários de jornadas e contratos flexíveis e parciais, de autônomos, empreendedores individuais etc., poderia ser, mais do que nunca, consoante aos pressupostos do projeto e do pensamento da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva, visto que em suas origens propunha ampliar o acesso para a população em geral, com a máxima da universalidade do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS. Paradoxalmente, entretanto, o que se verifica não é a adesão da população a esse projeto universalista da saúde como direito social, sustentado pelos princípios da cidadania e da contribuição distributiva (recursos públicos que sustentam o sistema), mas a ênfase – e a expectativa crescente – no acesso privado aos serviços de saúde, mediante pagamento, precificação e outras formas decorrentes. A literatura do campo já reconhece este fenômeno como uma das faces da inclusão pelo consumo (FLEURY, 1994; COHN, 2003).

Com relação ao acesso ao sistema e aos serviços de saúde, consolidam-se entre a população estratégias mistas de articulação do público e do particular (a compra de serviços privados), produzindo outras e novas fragmentações e estratificações na assistência, tendendo a estratégias individualizantes e individualizadoras do consumidor autônomo (JURCA, 2018). Desestrutura-se, assim, como processo social, um dos pilares do direito social no Brasil, o da saúde, pensado em suas origens com base num determinado mundo do trabalho e numa determinada relação Estado–sociedade, segundo aquele contexto histórico-social.

Com relação às questões da inclusão e da desigualdade, é importante retroceder à década de 1960, quando emergiram os emblemáticos movimentos libertários e identitários, com suas agendas de autonomia e inclusão. Os movimentos feminista, gay e negro, mas também os movimentos estudantis como o Maio de 1968 francês, que repercutiu fortemente na América Latina – no México e no Brasil, por exemplo –, fizeram aflorar a questão do jovem, da juventude e sua força antitradição (RIDENTI, 2006). Os princípios desses movimentos desdobraram-se ao longo do século XX e ressoam na atual agenda identitária e geracional no âmbito da saúde. Deslocaram e complexificaram, em larga medida, o significado basilar da inclusão e da desigualdade, considerados os marcos iniciais do movimento da reforma sanitária e do campo da Saúde Coletiva.

Aqui se estabelece outro paradoxo. O de continuar pensando balizados por conceitos, terminologias e, sobretudo, por uma estrutura de política social – a de saúde – estabelecida em contexto socio-histórico outro, diante

do contemporâneo, que é bastante, se não radicalmente, diferente. Não se quer dizer que num país como o Brasil de modernidade inconclusa e da periferia do capitalismo não persistam aquelas desigualdades e exclusões originalmente presentes no pensamento sanitário. O uso crescente, pelo campo, do termo “interseccionalidade”, de matriz norte-americana e com base nas questões feministas e raciais, ganha amplitude e ressonância, articulando crescentemente outras dimensões identitárias das pessoas e populações brasileiras.

Entretanto, essa incorporação implica novas e outras formas de produção social da saúde. A expansão dessas pautas – identitárias e geracionais –, por exemplo, ancoradas no marco da universalidade da inclusão social na saúde pré-existente a elas traz outros e novos desafios. Como estabelecer, por exemplo, a dimensão exata da exclusão na saúde tendo em vista que o sistema, e o acesso a ele, já é lavrado na Constituição Federal, segundo os três princípios norteadores do direito à saúde no Brasil, como universal, integral e equitativo?. Como ajustar, na atualidade, as questões de reconhecimento (FRAZER, 2006) no âmbito do sistema de saúde às questões de inclusão social promulgadas pelo pensamento da reforma sanitária, considerados os respectivos marcos socio-históricos e teórico-conceituais diferentes, não necessariamente divergentes.

As pautas de reconhecimento articuladas às de desigualdade do atual mundo do trabalho, e sobrepostas às profundas desigualdades pré-existent consideradas a formação social brasileira e a configuração populacional sob as quais se estabeleceu o projeto sanitário dos anos de 1970-1980, têm produzido uma crescente diversificação das demandas sociais e, por decorrência, a diversificação da agenda das políticas públicas, em específico a do sistema de saúde e da prestação de serviços, produzindo outras e novas demandas – com fragmentações e estratificações – dentro da agenda original da universalidade, da integralidade e da equidade da atenção à saúde. Essa diversificação acaba por se traduzir em novas demandas que tensionam o sistema de saúde como um todo e o intrassistema, entre políticas públicas sociais outras e a da saúde, entre governos e sociedade sobre, por exemplo, a direcionalidade dos serviços e programas de saúde, as prioridades estratégicas e programáticas, a alocação de recursos, a longitudinalidade do cuidado, as ações e estratégias de gestão, a capacitação e alocação de recursos humanos etc., atingindo, inclusive, o âmbito da participação e do controle social no SUS. Nessa esfera crescem, por exemplo, as demandas e vocalizações mais caracteristicamente tidas como identitárias, como em saúde da mulher, geracional – do jovem e do idoso –, de LGBTQ+, de portadores de patologias etc. Um fato que desencadeia outras e novas fragmentações e estratificações autoproduzidas, não só externamente à política de saúde como dentro desta, alterando em muito a

natureza e a compreensão do que vem a ser a saúde no contexto do Brasil contemporâneo e as condições da sua produção social.

No que se refere ao papel da medicina e da prática médica na agenda da inclusão e das desigualdades em saúde, outro desafio também está posto.

Se a proposição inicial de uma medicina social – no caso brasileiro, sua similar, a Saúde Coletiva – baseou-se nos contextos histórico-sociais, político-econômicos e culturais do Brasil dos anos de 1970–1980, presumindo tais contextos como determinantes da configuração do processo saúde-doença, ou seja, aquele contexto como determinante para a produção social da saúde, contrapondo-se ao modelo preventivista que então se implantava nas escolas médicas, de fato e concretamente, hoje, pode-se dizer que o projeto sanitário e da Saúde Coletiva acabou por ser suplantado pelo preventivismo. Em outras palavras: na luta pela hegemonia da concepção socio-sanitária sobre a saúde e sua produção social, foi o preventivismo que perdurou e atravessou mais ou menos estrangido, aqui ou ali, o próprio campo da Saúde Coletiva, e da saúde como um todo, no Brasil. Em certa medida, o pensamento sanitário crítico foi suplantado pelo preventivismo que o instigou e o provocou, conformando-se um híbrido.

Em certa medida, pode-se dizer que a Saúde Coletiva sofreu uma derrota desde sua gênese, que pode ser atribuída a diferentes causas e motivos, dentre os quais alguns relevantes que serão aqui brevemente discutidos, especialmente a articulação virtuosa entre a nosografia e a clínica médica, o ideário da *saúde* e a mediação tecnológica no setor. Essa articulação virtuosa não permitiu que a concepção de saúde-doença formulada pelo campo da Saúde Coletiva deslocasse suficientemente o conceito nosográfico de saúde-doença da biomedicina, no qual o indivíduo, objeto da clínica, constitui o foco central. O conceito de *determinação social do processo saúde-doença*, formulado pela Saúde Coletiva (IANNI, 2018), ainda que científica e epistemologicamente muito consistente, não ganhou força no campo da saúde como um todo e na sociedade em geral. O cuidado clínico, individual, focado no corpo biológico em torno da sua “normalidade” permaneceu e subsumiu a dimensão coletiva do conceito do processo em saúde-doença.

A biomedicina ancorada na multiplicação das especialidades e terapêuticas médicas e de demais especialidades e profissionais da saúde continuou subsumida e hegemonizada pelo saber e ato médicos. O indivíduo, usuário dos serviços de saúde, por sua vez, sentindo-se livre, autônomo e o centro do ato clínico (quando na realidade é de fato o objeto), ao poder escolher médicos, especialidades, terapêuticas, percursos terapêuticos etc., foi sendo cada vez mais capturado pelo vasto campo da biomedicina e sua lógica nosográfica. Aqui, a cadeia sistêmica da prevenção

dos períodos pré-patogênico, patogênico e reabilitação e morte se articula à da integralidade do sistema de saúde no curso biográfico dos indivíduos e na sua expansão para o social. O ideário de uma saúde perfeita, inatingível porque a-histórica, a-social, a-biológica etc. ocupa, por meio do preventivismo, todo o percurso biográfico dos indivíduos e das coletividades – indo do sequenciamento genético à boa morte, do meio (o “social”) ao gene, do hábito particular ao estilo de vida, tendo sempre a doença como eixo traçador.

A mediação tecnológica tem aí um papel fundamental. Não apenas por possibilitar essa proliferação e multiplicidade de cuidados assistenciais como, e sobretudo, por se consistir no elemento simbólico que expressaria a qualidade dessa assistência, da atenção à saúde. Explica-se. A tecnologia porta a dimensão simbólica da solução ótima: mais incorporação tecnológica, mais e melhor qualidade assistencial e, em consequência, mais e melhor saúde, uma lógica pela qual se reforça o crescente processo de medicalização dos corpos e do social, lógica na qual a máxima da saúde é espelhada na doença a ser prevenida. Saúde não para além da doença, mas por referência e sob o domínio desta.

Entretanto, o cenário completamente aberto, quase infindo e inalcançável da saúde perfeita permanece ancorado no preventivismo. Sendo assim, resta aos indivíduos, às pessoas, a multiplicação das escolhas entre as inúmeras e crescentes oportunidades para atingir uma boa saúde. Que especialidade médica procurar? Dentre elas, qual o melhor serviço, profissional? Qual a melhor terapêutica? Qual é e onde está o melhor hospital, a melhor clínica etc.? Quantos recursos dispor para eventuais pagamentos? Quanto pagar e em que condições? O que será melhor? Qual o tempo de espera para o acesso a este ou àquele serviço, procedimento, exame clínico etc.?...

O exemplo do direito à cesárea, que se tornou projeto de lei a ser votado na Câmara Federal, responde a essa lógica, neste caso, a da escolha completa sobre o parto e o nascimento tidos por séculos como “naturais”; pode-se agora escolher a forma do nascer, o lugar do nascer, a data do nascer etc. Também a saúde reprodutiva – e suas manipulações biotecnológicas – oferece inúmeros exemplos dessa multiplicação de escolhas sobre a saúde e a higidez (tipo de doadores, sexo dos bebês etc.). Tais fragmentações e estratificações assim produzidas chegam em muitos dos casos e circunstâncias a ser necessárias, em inúmeras outras, porém, largamente eletivas, livremente decididas e escolhidas. É outra produção social da saúde, ancorada na ideia da autonomia das pessoas e mediada pela incorporação tecnológica.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje o tecido social brasileiro é muito diferente daquele no qual se originou o campo da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva. É também uma sociedade muito diferente daquela sobre a qual foram postos os desafios para esse pensamento crítico sobre o qual se erigiu o projeto político-científico do campo.

O desafio presente é enfrentar o paradoxo de políticas e estruturas institucionais de saúde moldadas segundo aquela conformação social que, entretanto, sobrevive atravessada, entremeada, recortada e moldada por uma nova, e outra, configuração. Um processo que vem produzindo uma sub-política (BECK, 1998), uma sub-politização social em outras bases. Uma sub-política com restritas características no que tange à sua homogeneidade interna. Numa reafirmação paradoxal de identidades, autonomias, agendas específicas e próprias etc. que simultaneamente desencadeiam novas e outras diferenciações e fragmentações no que se refere às políticas e aos programas de saúde. Até que ponto tais diferenciações e fragmentações produzem, ou não, novas estratificações? Em que medida esse processo re-estratifica a política de saúde e, por decorrência, a configuração e a compreensão do que vem a ser a saúde como direito social?

A dimensão da autonomia também é reposta. O êxito e a extensão do marco preventivista sobre todo o escopo da assistência à saúde – e que se expande, inclusive, para campos não estritamente médicos – conforma terapêuticas, diagnósticos, estética, nutrição, estilos e modos de vida etc., num contexto de dominância do saber e das técnicas biomédicas. O paradoxo aqui é o da autonomia com certa hipossuficiência desse sujeito que é o usuário, o paciente. Cresce a impressão do controle e da autonomia sobre si, refém, entretanto, da capilaridade do marco preventivista até mesmo no mais íntimo e banal nível da vida cotidiana, colonizando-a. Este fenômeno se aproxima do que Beck e Beck-Gernsheim (2002) denominam “liberdade precária”, expansão com constrangimento, autonomia sob pressão e exigência das escolhas.

Sociologicamente, algumas questões podem ser postas. Como pensar a saúde num contexto em que o direito social se realiza sob a égide de um indivíduo que se afasta, ou até mesmo recusa, a derivar do geral, do coletivo, por meio da crescente reafirmação da própria identidade biográfica (étnica, cultural, geracional, de “estilo de vida”, gênero, nível educacional etc., etc.). É possível, por conseguinte, formular a questão de uma (re)estratificação como direito social? Nesse contexto, o que pode vir a ser a saúde como “questão social” no século XXI? Seria possível vislumbrar em que direção esta questão social se desdobrará? Que lugar, ou papel, a saúde – e não a doença – pode vir a desempenhar na vida contemporânea?

Essas são questões que desafiam pensar e ver com outros olhos, formular novas bases de análise, outras categorias, e talvez até mesmo novos objetos de/sobre a saúde e sua produção social. Se o intento for o da consonância com o tempo presente, mantendo, porém, a tradição original da crítica.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp / Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BECK, Ulrich. *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona–Buenos Aires–México: Paidós, 1998.
- _____; BECK-GERNSHEIM, Elisabeth. *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. Londres–Thousand Oaks–Nova Delhi: SAGE Publications., 2002.
- BOURDIEU, Pierre. “El campo científico”. *Redes*, Quilmes, v. 1, n. 2, pp. 129-60, 1994. Trad. Alfonso Buch. [Pub. original: “Le champ scientifique”. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Paris, v. 2, n. 2-3, jun. 1976, pp. 88-104.]
- COHN, Amélia. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1980.
- _____. “A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios”. In: _____. ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez/Cedec, 1996, pp. 11-55.
- _____. “Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, pp. 09-18, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100002>>.
- SCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FLEURY, Sonia. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Disponível em: <<https://bit.ly/34MKEG7>>.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 1993.
- FRASER, Nancy. “Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era ‘pós-socialista’”. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 15, n. 14-15, pp. 231-39, 2006.
- GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- IANNI, Aurea M. Zöllner. *Mudanças contemporâneas e saúde: estudo sobre teoria social e saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018.
- _____. et al. “As Ciências Sociais e Humanas em saúde na Abrasco: a construção de um pensamento social em saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, pp. 2.298-2.308, nov. 2014.

- JURCA, Ricardo de Lima. *Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2z63MDi>>.
- LAURENTI, Ruy. “Transição demográfica e transição epidemiológica”. In: *Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia – Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século*. Campinas: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1990, pp. 143-65.
- LAVALLE, Adrián G.; HOUTZAGER, Peter P.; CASTELLO, Graziela. “Democracia, pluralização da representação e sociedade civil”. *Lua Nova*, São Paulo, n. 67, pp. 49-103, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452006000200004>>.
- LEAVELL, Hugh R.; CLARK, Edwin G. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community: An Epidemiologic Approach*. Nova York: McGraw-Hill, 1958.
- NUNES, Everaldo D. *Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- RIDENTI, Marcelo. “1968: rebeliões e utopias”. In: REIS FILHO, D. A.; FERREIRA, J.; ZENHA, C. (org.). *O Século XX*. (v. 3) – *O tempo das dúvidas: do declínio das utopias às globalizações*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, pp. 133-59.
- ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.