

## CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

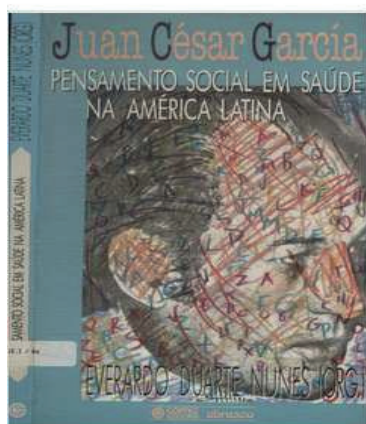
Data de aceite: 02/05/2023

“O estudo da história não é um luxo. A história determina nossa vida”  
(Sigerist, 1939 *apud* Nunes, 2019)

### PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

**Juan César García:** argentino, médico e sociólogo, consultor da OPAS em 1966. Na década de 1970, analisa “a medicina social e as ciências sociais relacionando-as não somente ao contexto

histórico, social, econômico e político latino-americano, mas dentro do enfoque do materialismo histórico. Destaco os seguintes pontos: vinculação da medicina à estrutura social; influência da estrutura social na produção e distribuição da doença; análise interna da produção de serviços médicos; relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico” (Nunes, 2013, p. 1755-1756).



#### CLÁSICOS EN MEDICINA SOCIAL

### Juan César García entrevista a Juan César García

Juan César García

¿Existe en salud un campo del conocimiento científico que se ocupe de los aspectos sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad y con los servicios de salud?

Si, y ha recibido diferentes denominaciones, entre otras, Medicina Social, Ciencias Sociales Aplicadas a Salud, Ciencias Sociales en Salud. La primera que “aparece” históricamente es Medicina Social y se refiere, en forma general, al objeto de estudio en ese campo del conocimiento. Los otros nombres designan las disciplinas incluidas en el mencionado campo del conocimiento y en algunas circunstancias se especifican las disciplinas particulares. Así, desde las ciencias sociales, la sociología médica, la economía médica, la economía política de la salud, etc., y desde las ciencias médicas, la epidemiología social, la higiene social

salud”. Es a partir de estos temas fundamentales que se produciría un cierto consenso sobre el ámbito de un campo de conocimiento que se considera como interdisciplinario. Es por esto que algunos autores insisten en el uso de términos generales como Medicina Social o Salud Colectiva, en lugar de expresiones que definen disciplinas o grupos de disciplinas específicas como sería el caso de Ciencias Sociales en Salud o Sociología Médica, en esa formas, y teniendo un cuerpo teórico común, podría darse la contribución de disciplinas sociales y de disciplinas “médicas” tales como epidemiología, higiene y saneamiento

¿Cuáles es la historia y el significado del término “Medicina Social”?

Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de Medicina Social. Es

Figura 7: Juan César García entrevista a Juan César García<sup>1</sup>

Fonte: Medicina Social

1. Este texto foi publicado originalmente em: NUNES, E. (ed.). **Ciências sociais y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas.** Organización Panamericana de la Salud, 1986. Disponível em: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/132/269>. Acesso em: 10 mar. 2024.

## MEDICINA SOCIAL

“O que denominamos de ‘Medicina Social’ apresenta uma evolução desde o século XIX [...] enquanto campo de estudo das relações entre a doença e a estrutura social [...] [as] ideias de reformadores [Rudolf Virchow um deles] apontavam para a medicina como uma ciência social [cujo] objeto [...] bem como as ideias e as práticas desse campo [...] estão ligados às condições concretas de cada formação social e à manifestação das diversas forças sociais em cada sociedade” (Marsiglia, 1984, p. 3-5).

Três princípios deveriam orientar as práticas de saúde e as pesquisas em medicina social:

- 1º - “a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social – a sociedade tem obrigação de proteger e assegurar a saúde a seus membros”;
- 2º - “as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica”;
- 3º - “devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença, e as medidas devem ser tanto sociais como médicas” (Marsiglia, 1984, p. 3-5).

Figura 8: Regina Maria Giffoni Marsiglia



Fonte: Associação Brasileira de Educação Médica

“No entanto, com a derrota dos movimentos sociais de 1848, essas ideias e propostas foram afastadas. A nível do conhecimento, o desenvolvimento da bacteriologia nas décadas posteriores apontará para o estudo das doenças infecciosas centrando o conceito de causa da doença no agente, sem buscar relações com a situação social”.

Com a Revolução Russa de 1917 resgata-se “o social como determinante fundamental da doença, [mas] nas várias formações sociais capitalistas [predominou] até por volta da década de 40 [...] o conhecimento originado da bacteriologia e dos programas das classes trabalhadoras, baseados no seguro social [...]” (Marsiglia, 1984, p. 6).

Na década de 1930, desencadeou-se nos Estados Unidos da América o Movimento de Medicina Preventiva e Integral/Movimento Preventivista que “procurava enfrentar as questões da assistência através de uma redefinição das responsabilidades do profissional”. Nascia ali a Medicina Preventiva para a qual “os indivíduos são unidades bio-psico-sociais” e, com ela, o modelo da História Natural das Doenças no qual “o social participa como fator causal”. Essa perspectiva, argumenta Marques (1979 *apud* Marsiglia, 1984, p. 7), “não permite o reconhecimento da articulação existente entre a saúde e a estrutura social, levando a uma concepção estática dos problemas médicos, que se resume à descrição formal das relações entre tais problemas e outras esferas da estrutura social”.

“Doença e estrutura social não devem ser vistas como dois elementos ou dois fenômenos distintos, mas como partes de uma mesma totalidade que é histórica e socialmente condicionada” (Marsiglia, 1984, p. 8).

Projeto da medicina Social na constituição da Saúde Coletiva na perspectiva de Everardo Nunes (1994). Artigo “Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito”<sup>2</sup>

O artigo resgata o percurso histórico e conceitual da Saúde Coletiva, destacando a participação de dois projetos em sua construção:

- Projeto preventivista
- Projeto da medicina social

Figura 9: Everardo Nunes

## A importância da história para a formação médica



Fonte: Boletim da FCM Unicamp

2. NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5–21, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bTHWsnDCM3h9Fpj73YGSGLgn/#>. Acesso em: 18 maio 2024.

Três momentos marcam a sua trajetória de conformação:

- I. Criação do Projeto preventivista: 1955-1965;
- II. Projeto preventivista + instauração do Projeto da medicina social: 1965 - finais dos anos 70;
- III. Saúde Coletiva: finais dos anos 70 até hoje (Nunes, 1994).

Figura 10: Momentos antecessores da Saúde Coletiva



Fonte: Elaborado pelos autores

“[...] mesmo sendo abordagens diferentes, que não podem ser confundidas, é possível encontrar no período mais recente aspectos das etapas anteriores” (Nunes, 1994, p. 6).

### **Período I - Projeto Preventivista (1955-1965)**

Inicia-se em reuniões no México e no Chile, na segunda metade dos anos 50, quando “[...] o que já se diagnosticava era a crise de uma determinada medicina, tanto em sua teoria, como em sua prática” (Nunes, 1994, p. 6).

Objeto das reuniões: projeto pedagógico de educação médica

a) No plano do conhecimento:

DE

“[...] biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centradas no hospital [...]”

PARA

“[...] disciplinas e temas associados à epidemiologia [...] administração de serviços de saúde, bioestatística [...] dar espaço a alguns conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, epidemiológicos e ecológicos [...]”;

b) No plano político-ideológico:

“Medicina Comunitária e seu desenvolvimento nos programas extramuros” (Nunes, 1994, p. 7).

O contexto era de grandes transformações advindas do final da 2ª Guerra Mundial:

- Expansão econômica e aumento da produção industrial manufatureira, especialmente Argentina, Brasil, Chile e México;
- Com o aumento da produtividade da força de trabalho, maior participação estatal no processo de acumulação;
- Instauração da seguridade social;
- Progressivo uso dos antibióticos e técnicas cirúrgicas e consolidação da confiança na atenção médica individualizada;
- Destaque às teorias desenvolvimentistas; ganha vulto a ideia do círculo vicioso pobreza-doença;
- Fim de governos populistas Peron, Vargas (Nunes, 1991 apud Nunes, 1994).

A partir deste projeto tenta-se implantar “[...] a ideia de um campo de saber e práticas denominado de Medicina Preventiva e Social [...]” (Nunes, 1994, p. 8).

No entanto, no “final dos anos 60 e início dos 70, inclusive sob o impacto da Reforma Universitária (1968), [começa-se a discutir na América Latina] as diferenças entre medicina preventiva, medicina social e saúde pública” (García, 1972; Arouca, 1975 apud Nunes, 1994, p. 8).

“A própria Organização Pan Americana da Saúde, que havia estimulado a difusão de um pensamento preventivista, assume [...] que as reformas preconizadas não haviam 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 comunidade” (Nunes, 1994, p. 9).

## **Período II - Projeto da medicina social (1965 - finais dos anos 70)**

Inicia-se em reuniões latino-americanas, na segunda metade dos anos 60, da constatação de que as reformas não resultaram em integração comunitária e a dimensão social fora ofuscada pela dimensão preventiva (Nunes, 1994).

Objeto das reuniões: projeto pedagógico de educação médica

a) No plano do conhecimento:

Escolas médicas devem “[...] integrar em seus currículos a dimensão do social” [e devem incluir em seus currículos] “a economia e a sociologia da medicina (Nunes, 1994, p. 10).

Quadro conceitual da medicina social:

“[...] considerar que em cada formação social concreta a educação cumpre um papel fundamental na reprodução da organização dos serviços de saúde” (Nunes, 1994, p. 11).

“[...] alguns departamentos de Medicina Preventiva passaram a adotar, tendencialmente uma posição potencialmente mais inovadora, uma posição de crítica

construtiva da realidade médico-social e da prática da medicina, fundamentada bem mais no modelo de Medicina Social do que no modelo original de Medicina Preventiva” (Silva, 1973 *apud* Nunes, 1994, p. 11).

“[...] assistia-se, já no final dos anos 60, ao início da crise do que se pode chamar do modelo de Saúde Pública desenvolvimentista, que havia postulado que um dos efeitos do crescimento econômico seria a melhoria das condições de saúde” (Laurell, 1986 *apud* Nunes, 1994, p. 12).

Abria-se o caminho da pesquisa na área: primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu*

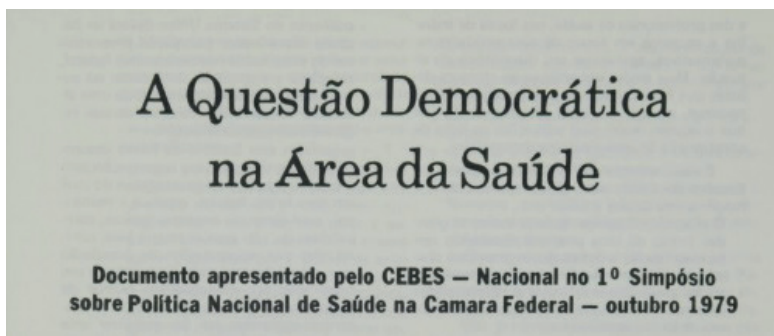
“Formar mestres e doutores em medicina preventiva, saúde pública e medicina social” (Nunes, 1994, p. 10).

Em 1974, inicia-se o mestrado em Medicina Social do Instituto de Medicina Social na UERJ que “visava a formar um médico com conhecimentos nas áreas de epidemiologia, planejamento e ciências sociais de tal modo entrelaçados que lhe permitissem uma ação polivalente, crítica e transformadora” (Bezerra Jr.; Sayd, 1993 *apud* Nunes, 1994, p. 14).

### Período III - Saúde Coletiva<sup>3</sup>

Finais dos anos 70 até hoje (Nunes, 1994).

Figura 11: Primeira proposta de um sistema universal de saúde



Fonte: Cebes (1979)

Foi no “Instituto de Medicina Social que nasceu em 1975 a primeira proposta intelectual sistemática [...] de um sistema universal de saúde” (Fiori, 2021).

3. Sugestão de leitura: Nunes, E. D. A importância da história para a formação médica. **Boletim Ciências Médicas**, Unicamp, v. 12, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/entre-vista/importancia-da-historia-para-formacao-medica>. Acesso em: 18 maio 2024.

Figura 12: A questão democrática na área da saúde



Documento apresentado pelo CEBES – Nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal – Outubro 1979.

Fonte: Cebes (2015)

Em meados dos anos 70, a expressão Medicina Social passa a ser usada como sinônimo de Medicina de Família e Medicina Geral. Na nossa perspectiva, essa mudança representa uma derrota da Medicina Social (Rita Gabrielli).

“Sendo uma especialidade nova, a Medicina Geral Comunitária depara-se com problemas teóricos de ordem conceitual e problemas práticos relativos a mercado de trabalho e às condições de formação do profissional [...]” (Abath, 1984, p. 166).

“Cuidados primários de saúde constituem o núcleo básico do perfil ocupacional do médico geral comunitário que deve atuar como membro de equipe multiprofissional, no contexto mais amplo de sistemas regionalizados e hierarquizados de serviços de saúde” (Abath, 1984, p. 166).

“Vários nomes são dados aos médicos que exercem a Medicina Geral Comunitária (sem adjetivos) médicos gerais, clínicos gerais, médicos generalistas, médicos de assistência primária, médicos de primeira linha, médicos polivalentes, médicos de família, médicos comunitários, médicos familiares comunitários, médicos gerais familiares e médicos gerais comunitários” (Abath, 1984, p. 166).

## PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL<sup>4</sup>

Que medicina para o Brasil?

Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983).

“A professora Cecília Donnangelo foi um gênio da Saúde Coletiva” (Campos, 2011 *apud* Donnangelo, 2011, p. 9).

Figura 13: Maria Cecília Ferro Donnangelo



Fonte: Universidade de São Paulo

Com base na leitura do artigo de Everardo Nunes, intitulado “Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde” (Nunes, 2008), foi possível compreender a importância de Donnangelo para a nossa formação.

Desde já, registra-se que essa professora, natural de Araraquara (SP), pedagoga, é responsável por muito mais coisas do que imaginamos na criação da Saúde Coletiva e na luta por uma medicina para o Brasil. Vejamos alguns de seus feitos:

- Sua deslumbrante obra “Saúde e Sociedade” inaugurou o pensamento social em saúde quando as ciências sociais davam seus primeiros passos em direção ao campo da saúde;
- Ingressou, em 1969, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde permaneceu até a sua morte em 1983;
- Pioneira na forma humanista de enxergar o mundo e analisá-lo no exercício da docência;

---

4. Neste tópico constam reflexões e uma síntese ao final dos alunos que “leram Donnangelo” (grifo nosso).



- Contribuiu na criação do Programa de Ciências Sociais para o Curso de Graduação em Medicina da Universidade de São Paulo por meio de palestras na cadeira de Medicina Legal e Social da instituição;
- Pioneira no ideal de unir diferentes áreas à medicina, principalmente a ciência básica, a clínica e a medicina social;
- Ciências médicas são ciências sociais, eis uma síntese de seu legado.
- Conceitos ampliados de saúde, com base na sociedade de classe, foram propostos por ela.

Uma das principais bases do estudo da autora é a previdência social, o que nos levou a refletir sobre a importância de estudos sobre a institucionalidade da previdência, na nossa formação, já que no século passado essa pauta já servia como base para o caminho do pensamento de uma medicina para o Brasil.

Em sua tese de doutorado “Medicina e Sociedade”, defendida, em 1973, na Faculdade de Medicina da USP, publicada em formato de livro em 1975 e em segunda edição em 2011, com o título “Medicina & Sociedade”, Donnangelo expressou que: (a) o médico se havia tornado uma mercadoria em circulação e isso passaria a prejudicar o sistema de saúde pública; (b) caminhava-se para uma realidade em que o beneficiado, ao fim e ao cabo, seriam as empresas e não a sociedade de pacientes que anseiam por uma cura; (c) a estruturação do modelo que articula a medicina e o mercado de trabalho, analisada por um viés de materialismo histórico, arquiteta muito bem a medicina como prática teórica, tornando-a objeto de estudo para as próximas gerações.

O crescimento do capitalismo neoliberal gera o afastamento da relação médico-paciente: eis outra síntese de seu legado.

E, agora, quatro de suas qualidades acadêmicas:

- a. Senso crítico, ao denunciar que as disciplinas do curso médico eram totalmente artificiais porque cresceram além dos limites delas e ao compartilhar que as profissões são analisadas a partir de atributos;
- b. Rigor analítico (sua análise tem como ponto de partida a atuação do Estado e do avanço do capitalismo no Brasil);
- c. Potência reflexiva;
- d. Densidade literária.;

Frases da professora Cecília Donnangelo (2011) que nos chamaram atenção, extraídas de sua tese de doutorado “Medicina & Sociedade”.

“Difícilmente se poderia sustentar que o estado, na sociedade brasileira, desenvolveu qualquer política deliberada de implantação e controle de programas de assistência médica” (Donnangelo, 2011, p. 44-45).

“A hierarquização dos médicos em termos de critérios, como renda, prestígio, qualificação profissional, não constitui, obviamente, fenômeno recente. Nesse sentido, não é apenas sua ocorrência, mas o fato de que novos fatores diretamente relacionados à reorganização do mercado passem a interferir com ela, que torna significativo seu registro” (Donnangelo, 2011, p. 152).

“Atendo-se, todavia, aos dados obtidos, parece possível admitir que a 'ideologia liberal' não corresponde, de imediato, às expectativas de grande parte dos produtores, ao menos na medida em que não encontra possibilidades significativas de efetivação no mercado” (Donnangelo, 2011, p. 196).

Frases da professora Cecília Donnangelo que nos chamaram atenção, extraídas do livro “Saúde e Sociedade” editado em 1979, que corresponde à reprodução do texto original de sua tese de livre-docência intitulada “Medicina e Estrutura Social (O Campo de Emergência da Medicina Comunitária)”, defendida em agosto de 1976 junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP:

“A medicina deve abrir-se para o espaço social e assumir, ao final, a tarefa de suprimir a doença. Mas deve fazê-lo no interior de um projeto que implica também a reestruturação da sociedade, com a depuração de todos os seus males [...] e a reestruturação de seus instrumentos e objeto – pois eleger-se como campo de seu exercício os limites amplos da vida coletiva – a realização de uma tarefa política” (Donnangelo; Pereira, 1979, p. 19).

“A percepção da desigualdade no plano da distribuição e do consumo de bens, mesmo quando implica o deslocamento das relações de produção do centro do processo político-ideológico, não corresponde, todavia, à superação dos antagonismos” (Donnangelo; Pereira, 1979, p. 45).

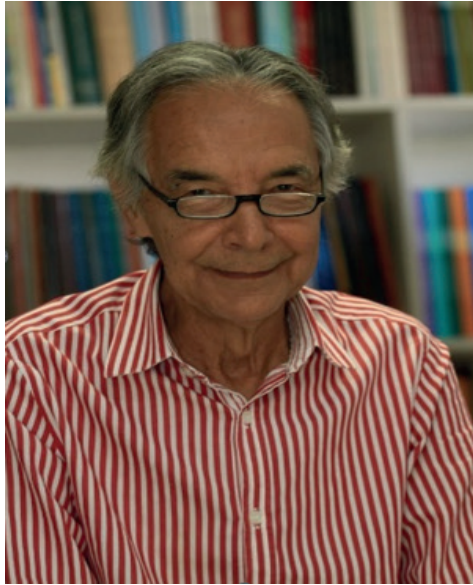
“Sanitarismo de uma parte, assistência ao pobre – em grande parte através da caridade pública – constituirão os principais elementos do processo de medicalização até o século seguinte” (Donnangelo; Pereira, 1979, p. 61).

## **MOVIMENTOS SOCIAIS**

### **Sobre CEBES**

“Na segunda metade da década de setenta, enquanto se aprofundam as contradições no âmbito do setor saúde (Paim, 2007, p. 75), [surge] um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, culminando com a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) em 1976” (Fleury, 1997 *apud* Paim, 2007, p. 21-22).

Figura 14: Jairnilson Paim



Fonte: Jornal Correio

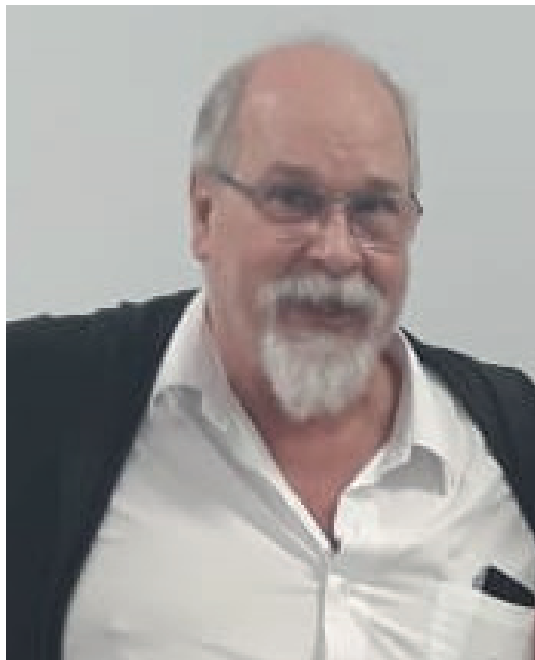
Com o Cebes “emerge [...] o movimento da democratização da saúde, ‘movimento sanitário’ ou ‘movimento da Reforma Sanitária’, enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental” (Paim, 2007, p. 150).

O “movimento da democratização da saúde teve o Cebes como seu intelectual coletivo, passando por vários momentos: denúncia e resistência contra a ditadura e suas políticas antissociais e privatizantes; articulação com outros movimentos sociais; apoio crítico às políticas racionalizadoras do Estado autoritário; e formulação de propostas alternativas parcialmente absorvidas pelos governos estaduais e municipais a partir das eleições diretas de 1982 e pelo Governo da Transição, depois de 1985” (Paim, 2007, p. 153).

“O trabalho de divulgação do Cebes, ao longo do ano de 1977, estendeu-se por vários estados e, para proporcionar a participação de todos, foram criados os núcleos regionais do Cebes inicialmente nos estados de Pernambuco, Paraíba, Bahia, Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo. Destacam-se os estados de Minas Gerais - com a presença de núcleos em Ponte Nova, Montes Claros e Belo Horizonte - e São Paulo - com a presença de um núcleo na cidade de Campinas. Em 1978, núcleos foram criados e consolidados no Distrito Federal, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Com isso, após dois anos de funcionamento, o Cebes possuía 14 núcleos regionais espalhados por quase todos os estados brasileiros, incluindo-se o núcleo de Niterói, no Rio de Janeiro” (Sophia, 2012). O núcleo do Cebes de Florianópolis

foi organizado por Marcão! (Rita Gabrielli).

Figura 15: Marco Aurelio Da Ros (Marcão)



Fonte: Acervo MPSGT/UNIVALI

“No período anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988, artigos publicados no periódico do CEBES, [Saúde em Debate], sinalizaram que a política econômica reinava como responsável pela restrição do acesso da população a bens essenciais, afetando, então, as condições de saúde do povo brasileiro. Nesse âmbito, cabe citar fragmentos de duas produções: [...] saúde [...] não escapou a deterioração observada, [...] as mudanças no setor devem estar compatibilizadas com uma política econômica e social que permita um desenvolvimento, com justa distribuição de renda, voltado para os reais interesses da Nação e que vise ao objetivo último da justiça social” (CONASS, 1985 *apud* Alves; Lima, 2018, p. 345).

“[...] a melhoria das condições de saúde da população só pode advir de uma política econômica socialmente justa que permita condições de vida mais adequadas à maioria da população (CONASS, 1985 *apud* Alves; Lima, 2018, p. 345).

Ao considerar a saúde como “resultante das formas de organização social de produção” e de suas condições (Brasil, 1986, p. 4), essas formas e, conseqüentemente, “as escolhas econômicas passaram a ser entendidas como corresponsáveis pela conjuntura decadente delineada no campo da saúde, no período da luta pela redemocratização” (Alves; Lima, 2018, p. 346).

## Sobre Abrasco

“Criada em 27 de setembro de 1979, exatamente um mês após a assinatura da lei de anistia, que representava o início de um novo período da vida política brasileira, a Abrasco reflete ao longo de sua trajetória uma íntima relação com as transformações que ocorreram não só no âmbito da Saúde Pública, mas também no contexto político institucional brasileiro, resultando da ativa participação de um conjunto de atores nesse cenário” (Fonseca, 2006, p. 21).

“Apesar de sua criação ter-se dado no final da década de 1970, o surgimento da Abrasco deve ser observado como um dos frutos das transformações que já vinham ocorrendo em particular a partir da segunda metade dos anos 1970. Esta é uma década que se inicia com o país ainda sob o comando militar, marcada pelo ápice da repressão política, principalmente em seus primeiros anos até 1974, quando tem início um lento processo de liberalização do sistema de governo, que nessa década culmina com a decretação da anistia em 1979. Neste ano foi extinto o bipartidarismo forçado instituído pelos militares entre Arena e MDB, entrando na cena política seis novos partidos<sup>5</sup>. Esse é, portanto, um momento de redefinição de alianças, de rearranjo no quadro político nacional, em que as forças políticas organizadas procuravam se fortalecer para constituir, defender e assegurar um regime democrático no país, que teria início em 1985 com a eleição indireta de Tancredo Neves, marcando o fim dos governos militares” (Fonseca, 2006, p. 23).

Além das “dimensões políticas [da] trajetória [e do] processo de constituição e desenvolvimento institucional [...], a Abrasco apresentou uma importante dimensão acadêmica. Na realidade, o próprio surgimento da instituição é também reflexo das transformações no processo de formação e especialização em Saúde Pública que se desencadeou principalmente a partir dos anos 1970” (Fonseca, 2006, p. 34).

## Sobre Alames

A Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) é uma organização política sem fins lucrativos, formalmente constituída em 1984 durante o III Seminário Latino-Americano de Medicina Social, realizado em Ouro Preto, Brasil.

Fazem parte da Alames pessoas vinculadas a diferentes campos da teoria e prática da Medicina Social/Saúde Coletiva, que se organizam em núcleos em cada país do continente. Quando já existem organizações que expressem o pensamento da Medicina Social/Saúde Coletiva, se assume que estes são os núcleos de Alames nestes países, como o caso do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que representa a Alames no Brasil.

Os objetivos da Alames são orientados para disseminar o pensamento da Medicina

---

5. Os novos partidos foram: PT, PMDB, PDT, PTB, PDS e PP (Carvalho, 2005 *apud* Fonseca, 2006, p. 23).

Social/Saúde Coletiva no continente; defender a saúde como direito humano fundamental, parte do direito à vida; se contrapor à visão da saúde como mercadoria e ao neoliberalismo como uma ordem global que deteriora o planeta e a dignidade humana; produzir, sistematizar e publicar os avanços do conhecimento, do fazer e do sentir da Medicina Social/Saúde Coletiva; solidarizar-se com os/as lutadores/as em defesa da saúde, do direito a uma vida digna e do planeta terra; defender os princípios da dignidade, soberania e respeito aos povos; incorporar os saberes tradicionais nos debates do campo da Medicina Social/Saúde Coletiva (Cebes, 1984).

### **Sobre Movimento de Reforma Sanitária**

Movimento de luta em prol de um sistema público universal, gestado nos anos de 1970, “a partir da iniciativa de David Capistrano Filho, médico sanitarista e militante político, que conseguiu aglutinar um conjunto de acadêmicos, estudantes, profissionais e movimentos sociais em um efervescente debate sobre a saúde pública em um difícil momento histórico brasileiro que foi o período da ditadura militar (1964-1984)” (Costa *et al.*, 2020, p. 135).

Capistrano foi “líder estudantil, médico, jornalista militante, autor e editor de livros, articulador político, conferencista, secretário municipal de saúde, prefeito de Santos, consultor do Ministério da Saúde. Esteve na linha de frente das discussões sobre a reforma sanitária. Sua atuação na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que serviu de base ao capítulo de saúde da Constituição, é reconhecida por todos. Lutou como poucos pela formulação e pela implementação do SUS” (Wagner, 2003).

Figura 16: David Capistrano Filho



Fonte: Cebes

David Capistrano “[...] foi um desbravador, passou a vida aventurando caminhos diferentes do habitual. Desejava transformar a Terra em um lugar em que o homem e a mulher não estivessem submetidos à exploração e a dominação. David foi um gênio da luta popular: acreditava na vida, na alegria e no prazer; e, como é peculiar aos criadores, não media os limites com a mesma régua que a do bom senso. Foi um especialista em tomar o céu de assalto” (Wagner, 2003).

“Os ‘anos Geisel’, cenário em que se desenvolveu o movimento sanitário, caracterizaram-se como um momento de crescimento dos movimentos sociais. A articulação de um grupo de pessoas em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde, o movimento sanitário, foi parte desses movimentos da sociedade civil brasileira com uma atuação bem definida e bem visível para outros setores” (Escorel, 1999, p. 63).

Figura 17: Sarah Escorel



Fonte: Memória ENSP

O movimento sanitário “é um movimento social [...] com as características e configurações próprias dessa categoria. Apresenta uma trajetória diferenciada da defesa de interesses particulares característica dos *lobbies* e se revelou mais permanente do que uma movimentação passageira ou pontual. Vê-se a formação do movimento sanitário como uma articulação de pessoas e grupos que, no momento da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, apresentava tendências crescentes em números de integrantes como

no campo de atuação” (Escorel, 1999, p. 63).

O Movimento Sanitário emerge como um “conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto” (Escorel, 1999), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais)” (Carvalho, 1995, p. 48).

Figura 18: Antônio Ivo de Carvalho (*in memoriam*)

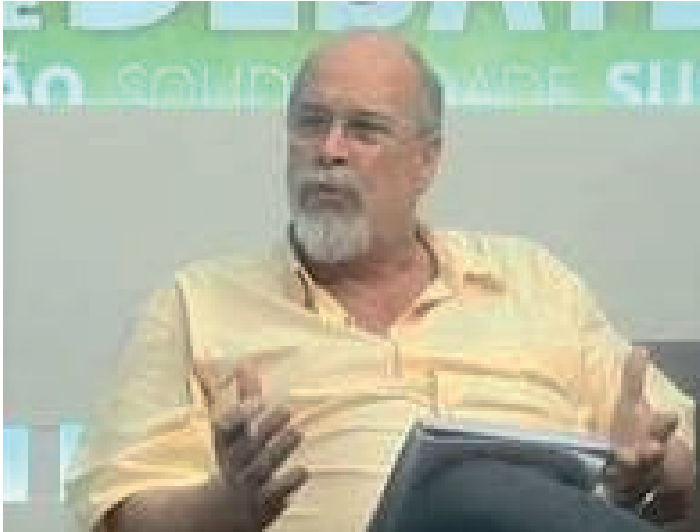


Fonte: Abrasco

“Movimento Sanitário é a denominação dada para o ator social coletivo que propugna uma Reforma Sanitária, com a bandeira principal da criação de um sistema de saúde, como direito para todos e dever do Estado, que se constitui a partir da década de 70, no Brasil” (Da Ros, 2000, p. 12).



Figura 19: Marco Aurélio Da Ros



Fonte: Associação Catarinense de Medicina

A Reforma Sanitária brasileira foi analisada por Paim (2007, p. 32) como “*ideia-proposta-projeto-movimento-processo* [...] enquanto fenômeno histórico e social [...] *Ideia*: Percepção, representação, pensamento inicial; *Proposta*: Conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *Projeto*: Conjunto de políticas articuladas; *Movimento*: Conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais; *Processo*: Conjunto de atos, em distintos movimentos e espaços, que realizam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas”.

Pilares do Movimento de Reforma Sanitária (Cohn, 1989; Escorel, 1999; Costa *et al.*, 2020; Fiori, 2021):

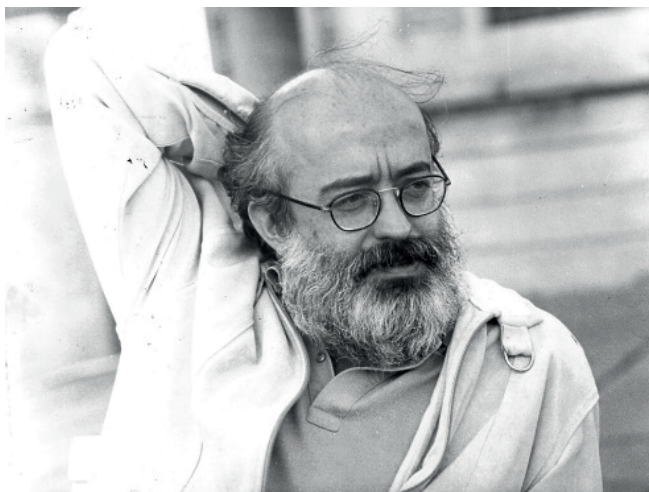
- a. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes);
- b. Instituto de Medicina Social da UERJ;
- c. Departamentos de Medicina Preventiva e Social das universidades públicas;
- d. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco);
- e. Escolas de Saúde Pública;
- f. Programas de Pós-Graduação em Saúde Comunitária;
- g. Movimento Estudantil;
- h. Movimento dos Médicos Residentes;
- i. Movimento de Renovação Médica;

- j. Projeto Montes Claros;
- k. Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass);
- l. Movimentos Sociais: comunidades eclesiais de base, pastorais, movimentos de favelas;
- m. Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde “[...] espaço institucional do Estado permeável à ação da esquerda [...]” (Paiva; Teixeira, 2014, p. 28).

Em uma de suas entrevistas ao PASQUIM, Arouca fez o seguinte depoimento:

“Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração deste modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano das vidas das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável” (Sergio Arouca, O Pasquim 21, nova versão, nº 28, 20 de agosto de 2002).

Figura 20: Sergio Arouca



Fonte: Flickr

Em 2003, Arouca comenta em uma entrevista: “A discussão substantiva que o campo do pensamento crítico da oposição deve assumir é a mudança do modelo assistencial, retomando a Reforma Sanitária e reformando o SUS [...]. A possibilidade de repensar o SUS como Reforma Sanitária pode ser nossa grande unidade” (RADIS, 2003, p. 358).

## A Defesa do SUS depende do avanço da Reforma Sanitária

Figura 21: Gastão Wagner



Fonte: Abrasco

“Com o passar dos anos, vem se reforçando minha impressão de que o Sistema Único de Saúde (SUS), aquele previsto na Constituição, é melhor e mais generoso do que o Brasil. Sem dúvida, trata-se de uma dedução paradoxal, já que o SUS foi idealizado e vem sendo implementado nesse mesmo contraditório, velho e eterno país do futuro e que, aparentemente, nunca se atualiza. Tanto é assim que o SUS concreto – aquele realmente existente – está ainda distante de garantir o direito universal à saúde e a atenção integral conforme as necessidades de saúde individuais e coletivas, mesmo considerando que muito tenha sido realizado e que o impacto do SUS sobre a saúde e esperança de vida do povo brasileiro é positivo. [...] A defesa do SUS passa pela luta contra a desigualdade, por alterarmos a política econômica e social vigente, impondo intervenções públicas voltadas para a promoção da igualdade e do bem-estar. A frase que venho empregando ‘A esperança somos nós... e os outros’ é uma metáfora para expressar a certeza de que a defesa do SUS, da democracia e dos direitos sociais, nesse momento em particular, depende da sociedade civil mais do que do Estado e dos políticos profissionais. Depende da revitalização do movimento sanitário e de sua articulação com amplos setores da sociedade [...]” (Campos, 2018, p. 5).

## ESTUDOS CLÁSSICOS SOBRE A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE COLETIVA E AMBIENTE

Os estudos aqui descritos compõem o arcabouço teórico-conceitual e metodológico da Saúde Coletiva:

**1. Bernardino Ramazzini (1633-1714):** “médico e escritor, elaborou o primeiro tratado na história da medicina sobre doenças profissionais (*De morbis artificum diatriba/ As doenças dos trabalhadores*), considerado o primeiro estudo sobre medicina do trabalho. Ao examinar o contexto das condições de trabalho de cerca de cinquenta profissões e das doenças derivadas de tais condições e integrando essas informações com as condições climáticas que os trabalhadores enfrentavam, individualizou [a relação doença/trabalho em cada tipo de ofício] e as curas possíveis” (Berlinguer, 2011, p. 109).

Figura 22: Busto de Ramazzini no Teatro Comunale de Carpi



Fonte: Acervo pessoal de Rita Gabrielli

“[...] é evidente que em uma só cidade, em uma só região, não se exercitam todas as artes, e, de acordo com os diferentes lugares, são também diversos os ofícios que podem ocasionar várias doenças. Das oficinas dos artífices, portanto, que são antes escolas de onde saí mais instruído, tudo fiz para descobrir o que melhor poderia satisfazer o paladar dos curiosos, mas, sobretudo, o que é mais importante, saber aquilo que se pode sugerir [...] contra as doenças dos operários (Ramazzini, 2016, p. 21).

“Suprimidas ambas as condições de existência, quem quereria forjar metais? Quem construiria barcos? Quem coseria e faria rodas? Quem cortaria couros, construiria paredes,

lavaria ou tingiria as peles? Quem araria os campos mediria os frutos de Ceres se nos fosse permitido viver ociosamente e desprezar todas essas coisas?” (Ramazzini, 2016, p. 219).

“[...] depois de haverem trabalhado durante todo o dia e de terem saído das oficinas, sentem de noite esses caracteres impressos na sua mente, por muitas horas, até que as imagens de outras coisas os afastem. Além das doenças dos olhos, outras calamidades sobrevêm...” (Ramazzini, 2016, p. 234).

“Para delícia das mesas e outros usos, costuma-se cobrir com açúcar as sementes de diversas plantas, como: amêndoas, pistache, pinhas, erva-doce, coriandros, absinto, também frutas secas, coisas sumamente agradáveis para quem se destinam, mas não para os seus fabricantes, cujo trabalho os leva a não poucos males” (Ramazzini 2016, p. 241).

“Admira-se que, por vez, ao surgirem graves epidemias de febres malignas, pleurises e outras doenças populares, os médicos fiquem imunes, talvez por privilégio de sua arte; isso não se atribuiria tanto às precauções tomadas pelos médicos, quanto ao exercício que fazem e alegria do espírito quando retornam a seus lares, bem remunerados” (Ramazzini, 2016, p. 224).

**2. Louis René Villermé (1782-1863): “médico militar e economista francês”** (Berlinguer, 2011, p. 170).

Figura 23: Louis René Villermé



Fonte: Editions la Bibliothèque Digitale

“Seu estudo foi sobre o estado físico e moral dos trabalhadores das indústrias do algodão, lã e seda com o objetivo de analisar a mortalidade nos diferentes bairros de Paris. No início, examinou fatores ambientais tais como a altitude, os ventos, as condições meteorológicas e não encontrou nenhuma correlação entre esses fatores e os níveis de mortalidade. Em seguida, fez investigações precisas sobre a renda e as condições de

vida dos habitantes rua por rua. Encontrou, por exemplo, que na *rue de la Mortellerie*, onde residiam os mais pobres entre os parisienses, a mortalidade era de 30,6% enquanto a uma curta distância, na *Ile-Saint Louis*, área mais espaçosa e confortável, habitada por ricos, a mortalidade era de 19,6% (Villermé, 1817; 1818; 1819; 1820; 1821, Paris, 1826)” (Berlinguer, 2011, p. 171-172 - tradução nossa).

Em 1826, publicou o relatório *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*/Tabela do estado físico e moral dos trabalhadores, concluindo que a mortalidade era condicionada sobretudo pelo nível de renda: “Homens de 20 a 21 anos que pertencem à classe pobre [...] que trabalha nas fábricas são, na maior parte das vezes, inadequados para as forças armadas devido ao seu tamanho, constituição e estado de saúde. Para encontrar 100 homens aptos para o serviço militar, é necessário contratar 193 da classe rica e até 343 da classe pobre” (Villermé, 1840 *apud* Buck *et al.*, 1988, p. 37).

**3. Friedrich Engels** (1820-1895): “economista, filósofo e político alemão, elaborou com Karl Marx a teoria do Materialismo Histórico e do Materialismo Dialético [...]” (Berlinguer, 2011, p. 244).

*The Situation of the Working Class in England* (1844/45). Um clássico, no âmbito da sociologia urbana. “Engels enxergava na cidade um laboratório de investigação do desenvolvimento do capitalismo, das condições de vida do proletariado, e da transformação revolucionária da sociedade” (Ribeiro, 2018, p. 132).

Figura 24: Friedrich Engels



Fonte: Universal History Archive/Universal Images

“Cabe-me demonstrar que na Inglaterra a sociedade comete, a cada dia e a cada hora, o que a imprensa operária designa, a justo título, como assassinato social; que ela pôs os operários numa situação tal que não podem conservar a saúde nem viver muito tempo; que ela, pouco a pouco, debilita a vida desses operários, levando-os ao túmulo prematuramente. Terei de demonstrar ainda que a sociedade sabe o quanto essa situação é prejudicial à saúde e à vida dos operários e que, apesar disso, nada faz para amenizá-la. Para demonstrar que ela conhece as consequências de seu sistema e que, portanto, seu modo de agir não constitui um simples homicídio, mas um assassinato qualificado, bastar-me-á, para atestá-lo, citar documentos oficiais, relatórios parlamentares ou administrativos” (Engels, 2010, p. 136).

“Nas áreas úmidas e sujas dos bairros do leste, do norte e do sul de Londres, o tifo espalhou-se violentamente. Grande número de doentes eram trabalhadores vindos do campo que, durante a viagem e logo ao chegar, passaram por graves privações, dormindo meio nus e meio mortos de fome pelas ruas e sem encontrar trabalho - e assim contraíram o tifo” (Engels, 2010, p. 139).

“Se, em geral, a população das cidades já é demasiado densa, são os pobres os mais amontoados em espaços exíguos. Não contente com a atmosfera envenenada das ruas, encerra-os às dezenas em habitações de um único cômodo, de tal modo que o ar que respiram à noite é ainda mais sufocante. Oferece-lhes alojamentos úmidos, porções onde a água mina do chão ou mansardas de cujo teto ela goteja. Constrói-lhes casas que não permitem que o ar viciado circule. Fornece-lhes roupas de má qualidade ou farrapos e alimentos adulterados ou indigestos. Submete-os às mais violentas emoções, às mais bruscas oscilações entre medo e esperança e persegue-os como a uma caça, não lhes concedendo nunca um pouco de paz e de tranquilidade. Priva-os de todos os prazeres, exceto do sexo e da bebida - mas porque diariamente os faz trabalhar até o esgotamento de suas forças físicas e morais, esses dois únicos prazeres permitidos são degradados pelos piores excessos. E se os pobres resistirem a tudo isso, sobrevém uma crise que os transforma em desempregados e lhes retira o mínimo que até então a sociedade lhes destinara” (Engels, 2010, p. 137).

“Dadas tais condições, como esperar que a classe mais pobre possa ser sadia e viva mais tempo? Que mais esperar, senão uma enorme mortalidade, epidemias permanentes e um progressivo enfraquecimento físico da população operária?” (Engels, 2010, p. 138).

**4. Rudolf Ludwig Karl Virchow<sup>6</sup>** (1821-1902): “cientista, político e antropólogo alemão, considerado o médico patologista mais importante do século XIX. Pioneiro nos conceitos modernos de patologia celular, destacou que as doenças não se desenvolvem a partir de órgãos e tecidos, mas nas células. Com ele, a Medicina Social alcançou o desenvolvimento atual. Na qualidade de vereador na cidade de Berlim, realizou uma longa

---

6. Ídolo do Marcão! (Rita Gabrielli)

campanha de sensibilização para as reformas sociais e higiene pública, contribuindo para o desenvolvimento da antropologia em sentido moderno. Faleceu pouco depois de ser candidato ao Prêmio Nobel de 1902, não o recebeu porque o estatuto proíbe prêmios póstumos” (Berlinguer, 2011, p. 202 - tradução nossa).

Em 1848, o governo prussiano o convidou para combater uma epidemia de tifo que acometia a população polonesa da Silésia. Ele percebeu imediatamente que a doença era devida às péssimas condições de higiene e de pobreza, e da presença de um Estado autoritário e repressivo. A partir de então, defendeu a exigência de uma *epidemiologia sociológica* e sugeriu como receita preventiva, a instrução, acompanhada de suas filhas: a liberdade e a prosperidade. Por fim, formulou uma previsão clara sobre a relação entre a medicina e a política: “Se a medicina quer alcançar realmente os próprios fins, ela deve entrar na vida política do seu tempo, e deve indicar todos os obstáculos que impedem a conclusão normal do ciclo de vida” (Berlinguer, 2011, p. 202 - tradução nossa).

Figura 25: Rudolf Ludwig Karl Virchow



Fonte: Salud Comunitaria

“Em artigos como ‘As epidemias de 1848’ e ‘Doenças do povo’ que Virchow publicou em 1849, encontramos uma das mais ricas reflexões produzidas naquele período sobre a natureza histórica e social da doença (Czeresnia, 1997, p. 78): ‘Quando alguém se torna mental ou corporalmente doente, o que não difere essencialmente, temos diante de nós



sempre a mesma vida, com as mesmas leis, só que ela se torna manifesta sob outras condições” (Virchow, 1848; Virchow, 1849 *apud* Czeresnia, 1997, p. 85).

Ainda nesse sentido Virchow diz “comparemos vida com vida e veremos onde há maior densidade de mortes, se entre os trabalhadores ou entre os privilegiados [...]” (Rosen, 1980, p. 88).

“A doença, mental ou física, enquanto fenômeno coletivo, constituía um indicador de que a vida da população se encontrava em condições anormais, cabendo ao estadista reconhecer por esse sinal, que algo não ia bem no desenvolvimento de seu povo” (Czeresnia, 1997, p. 85).