



Cadernos IHU Idéias

**Medicina Social – Um
Instrumento para Denúncia**

Stela Nazareth Meneghel

ano 2 - nº 15 - 2004 - 1679-0316

 UNISINOS

INSTITUTO
HUMANITAS
UNISINOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

Reitor

Aloysio Bohnen, SJ

Vice-reitor

Marcelo Fernandes de Aquino, SJ

Instituto Humanitas Unisinos

Coordenador

Inácio Neutzling, SJ

Cadernos IHU Idéias

Ano 2 – Nº 15 – 2004

ISSN 1679-0316

Editor

Inácio Neutzling, SJ

Conselho editorial

Dárnis Corbellini

Laurício Neumann

Rosa Maria Serra Bavaresco

Vera Regina Schmitz

Responsável técnico

Telmo Adams

Editoração eletrônica

Rafael Tarcísio Forneck

Revisão – Língua Portuguesa

Mardilê Friedrich Fabre

Revisão digital

Maria Aparecida de Jesus Valadão

Impressão

Impressos Portão

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Instituto Humanitas Unisinos
Av. Unisinos, 950, 93022-000 São Leopoldo RS Brasil
Tel.: 51.5908223 – Fax: 51.5908467
humanitas@poa.unisinos.br
www.ihu.unisinos.br

MEDICINA SOCIAL – UM INSTRUMENTO PARA DENÚNCIA¹

Stela Nazareth Meneghel²

Todas as disciplinas têm seus fundadores porque eles são parte de seus mitos de origem (Giddens, apud Nunes, 1999).

A medicina social originou-se no século XVIII, na Europa, em um amplo processo de rearticulação social da prática médica que Foucault denominou “nascimento da medicina social”, indicando que o capitalismo socializou o corpo como força de produção e de trabalho, e este fato iria se consolidar por meio da medicina. A medicina, como estratégia biopolítica, tomaria, daí por diante, o espaço da sociedade como seu objeto de trabalho. “A medicina não-social, individualista, clínica não existe, mas foi um mito pelo qual certa forma de prática associada de medicina – a prática privada – se defendeu e se justificou”.

A medicina social estuda a dinâmica do processo saúde/doença, a relação com a estrutura de atenção médica e com a sociedade, visando à obtenção de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar. Na Europa do século XVIII, a medicina social emergiu, diferenciando-se em três vertentes principais: o sanitarismo inglês, centrado na medicina da força de trabalho; o urbanismo francês, preocupado com a salubridade das cidades; e a polícia médica, que se estruturou na Alemanha, marcada por forte preocupação com o controle sanitário. O movimento da

1 Optei por dar a este texto a denominação de Medicina Social, em retorno aos pressupostos dos médicos sociais do século XVIII – Wirchow, Neumann, Villermè – precursores do entendimento do caráter social da saúde/doença e da denúncia das injustiças e da opressão como determinantes do adoecimento humano.

2 Graduada em Medicina, com mestrado e doutorado em Clínica Médica pela UFRGS. O título de sua tese de doutorado é *Famílias em pedaços – um estudo sobre violência doméstica e agressividade na adolescência*. É co-autora de **Avaliação de prioridades – magnitude, transcendência e vulnerabilidade do dano**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, 1982 e organizadora da obra **Caderno de Exercícios de Epidemiologia**. Canoas: Ulbra, 2002.

medicina social postulava que a participação política é a principal estratégia de transformação da realidade de saúde, na expectativa de que as revoluções populares assegurassem justiça, igualdade e cidadania.

Na América Latina, o período compreendido entre o fim do século XIX até 1930, caracterizou-se pelas investigações no campo da higiene, patrocinadas pelo Estado e desenvolvidas por institutos de pesquisa nos moldes europeus. A chamada “revolução científica”, proporcionada pelas descobertas da bacteriologia, fazia com que o foco causal se deslocasse das condições sociais para os microorganismos. Assim, o ideal preconizado era o de encontrar uma vacina para cada tipo de agente infeccioso e implementar medidas de controle das doenças sem questionar o ambiente socioeconômico e cultural. Parece-nos que o retorno às explicações causais de cunho biológico em detrimento das determinações sociais das doenças acontece periodicamente. No momento atual, esta concepção impregna os estudos e pesquisas sobre vários agravos, podendo-se apontar mais diretamente a frenética busca por uma vacina para a AIDS, que permitiria controlar a doença sem problematizar questões que envolvem gênero, sexualidade e drogadições.

O início do século XX correspondeu à criação dos institutos de medicina tropical, às campanhas contra doenças específicas, ao saneamento dos portos, à revolta contra a vacina obrigatória, às pesquisas baseadas na parasitologia e aos levantamentos entomológicos, embora, no pensamento de alguns dos sanitaristas da época, já se encontrasse o embrião do pensamento ecológico, em especial na obra de Samuel Pessoa, que formulou interessantes teorias acerca dos nichos ecológicos de doenças transmissíveis.

Um aspecto a salientar é que a redução nos índices das doenças transmissíveis na Europa foi atribuída aos feitos da medicina bacteriana. Porém, mais tarde foi evidenciado que tal fato deveu-se, na realidade, à Revolução Vital, ou seja, à melhoria da qualidade de vida, e não aos atos médicos propriamente ditos. As expectativas em relação à medicina bacteriana diminuíram nos anos 1930, no momento da crise ocasionada pelos crescentes custos da medicina científica sem reduzir os níveis das doenças. A morbidade e a mortalidade, que eram ocasionadas por doenças infecciosas e parasitárias, mudaram para um cenário onde os agravos crônico-degenerativos ocuparam maiores proporções, acrescidos do aumento da expectativa de vida, padrão denominado de transição epidemiológica.

O novo modelo de explicação para a saúde/doença, elaborado em 1930, nos Estados Unidos, procurava racionalizar os elevados custos da assistência médica. Estava inaugurada a medicina preventiva, fundamentada na história natural da doença e nos pressupostos de prevenção à saúde. A origem das doen-

ças localizava-se em um período de pré-patogênese, constituído pela famosa tríade de agentes e hospedeiros equilibrados em uma balança, cujo fiel é o ambiente.

Estudiosos (Arouca, 1975) produziram ferrenhas críticas ao modelo preventivista, principalmente no que tange à superficialidade da proposta e à homogeneização dos fatores determinantes da saúde/doença. Carvalheiro (1986) ironizou a medicina preventiva, denominando-a de “modelo que interpreta o social como um simples fator atuando em nível individual e sendo mero componente da complexa trama de causalidade em que o social e o biológico aparecem de cambulhada numa verdadeira salada mista”.

Nos anos 1970, várias propostas de extensão de cobertura de serviços de saúde e de cuidados básicos em saúde foram colocadas em pauta. A medicina social acompanhou essas propostas, embora, ao mesmo tempo, ela tenha se constituído em um marco de contestação ao pensamento dominante da saúde pública – reducionista e biologicista. E a saúde coletiva, segundo Nunes (1994), só iria emergir nos anos 1980,

fundamentando-se na interdisciplinaridade como possibilitadora de um conhecimento ampliado de saúde e na multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias. A saúde coletiva – constituída nos limites do biológico e do social – continua a ter pela frente a tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde, tanto no plano diacrônico quanto no sincrônico da história. A saúde coletiva, ao introduzir as ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas deste campo, trazendo para seu interior as dimensões simbólica, ética e política.

A epidemiologia como uma das ferramentas da medicina social

A medicina é uma ciência social, e a política nada mais é do que a medicina em grande escala (Wirchow).

A epidemiologia – entendida como o estudo da distribuição e dos determinantes do adoecer humano nas populações – é um dos pilares da medicina social. Construída como uma ferramenta de caráter prático, ela surgiu no século XVIII, tendo como objetivo fornecer subsídios para as ações de saúde pública, principalmente em relação às doenças epidêmicas. Era o momento da epidemia de cólera que assolava a Europa, e, em Londres, cujas condições de aglomeração, ausência de saneamento e miserabilidade assustavam as Juntas de Higiene e

Saúde Pública, as condições para a ocorrência da epidemia estavam lançadas.

Salienta-se que o paradigma epidemiológico atual ainda é o empregado por Snow³ ao inaugurar o método epidemiológico, e que, na realidade, é a aplicação da lógica de Stuart Mill ao estudo dos determinantes da ocorrência das doenças. Silva (1985) explicita:

Não constitui nenhuma novidade a constatação de que o referencial teórico da epidemiologia é o positivismo. As condições históricas de seu aparecimento explicam isso facilmente. MacMahon & Pugh, no seu texto clássico, apenas repetiram o que Durkheim havia feito em relação à sociologia, muitos anos antes, sistematizando uma metodologia. A semelhança entre os dois textos é interessante de observar, ainda que não surpreenda, uma vez que ambos beberam da mesma fonte. Surpreendentemente, no entanto, é que a epidemiologia tenha se restringido a um único referencial teórico transformado em quase-dogma.

No avanço da disciplina⁴, há um deslocamento da explicação causal de um paradigma determinado pelo biológico, que corresponde, em termos históricos, ao apogeu da teoria bacteriana da doença para o denominado modelo multicausal da enfermidade, consolidado no pós-guerra. Na realidade, a teoria da multicausalidade, expressa pela “rede causal”⁵, permanece colocando, em um mesmo nível de determinação, fatores hierarquicamente distintos. Segundo Gonçalves (1986), a epidemiologia obteve a legitimação da causalidade das doenças como decorrência da distribuição de atributos individuais e a legitimação do social, como unidimensional, homogêneo em substância, desprovido de historicidade, em suma, natural.

A epidemiologia social, que surgiu nos países latino-americanos nos anos 1970, representou uma proposta alternativa ao modelo da multicausalidade. Ela reconheceu a determinação social do processo saúde/doença e buscou criar categorias que permitissem estudar a doença socialmente dimensionada. Com os perfis de reprodução social e seus correspondentes perfis epidemiológicos sustentava-se que

3 John Snow – médico e anestesista inglês – é considerado o pai da epidemiologia pelo uso do método epidemiológico na investigação da epidemia de cólera que ocorreu em Londres, em 1848.

4 Em vários momentos, os epidemiologistas discutiram se a epidemiologia seria uma ciência, uma disciplina científica ou um método de investigação, não chegando a um consenso sobre essa questão. Gonçalves (1986) afirma que a epidemiologia, ao renunciar a elaboração de um conceito próprio de doença, recai na categoria de mera disciplina auxiliar.

5 A proposta de causalidade de MacMahon considera fatores determinantes aqueles que estão associados a um aumento na frequência da doença. No caso das doenças crônico-degenerativas, vários fatores causais ou de risco encontram-se interligados, constituindo a denominada “rede causal”.

a epidemiologia devia despojar-se de seu caráter homogeneizador, com o qual havia pretendido igualar os homens frente à doença e à morte. A cada classe social corresponderiam formas e condições específicas de trabalhar e recuperar as energias, que se impõem a todos os seus membros. O trabalho e a quantidade de bens que possam conseguir por sua condição econômico-social, definem o perfil pessoal e familiar de saúde-doença (Campaña, 1985).

A epidemiologia social buscou fugir do mundo da pseudo-concreção estatística, em que as relações causais entre saúde e doença aparecem como esquemas formais de associações empíricas entre variáveis. Breilh e Granda (1985) afirmaram: “o resgate contemporâneo da linha social da epidemiologia não pode constituir em assimilação acrítica da epidemiologia convencional, na incorporação não seletiva de seus conceitos e métodos, na simples justaposição da mesma com os preceitos do materialismo histórico.” Ao selecionar a categoria “reprodução social” como elemento chave na explicação dos perfis de saúde/doença das diferentes classes sociais, Breilh e Granda estavam adentrando na questão das desigualdades em saúde que se tornariam temas centrais da disciplina alguns anos mais tarde.

Outro grupo de pensadores importantes na vertente da epidemiologia social é o dos pesquisadores da Universidade Autónoma do México. Eles desenvolveram a hipótese de que o social não é externo ao biológico humano, mas que o biológico está imerso no social e, portanto, assume formas históricas específicas e diversas. Delinear o problema desta forma significa pensá-lo não mais a partir da doença, mas sim, no processo de desgaste-reprodução humano, que, em alguns momentos, se expressa como doença.

Em 1984, a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) organizou um seminário sobre usos e perspectivas da epidemiologia, cujo debate interno propiciou a formulação de duras críticas ao uso da epidemiologia restrito aos programas de vigilância epidemiológica⁶ focalizados nas doenças transmissíveis, burocratizados e rígidos, descolados das complexas realidades sanitárias da região. A OPS comprometeu-se a apoiar investigações epidemiológicas e sociais, focalizadas no processo saúde/doença, entendido como resultante, e ao mesmo tempo, determinante do nível de bem-estar e das condições de vida a que estão expostos os grupos humanos na sociedade.

Nos anos 1980, em diferentes fóruns e discussões sobre a epidemiologia, assumiu-se que ela é a disciplina que estuda as relações entre as condições de vida e a situação de saúde dos

6 Vigilância epidemiológica é o uso de sistemas de informação para o monitoramento de doenças na população. Compreende a coleta sistemática, análise de dados e divulgação da informação. Conceito emitido pela OPS em 1955.

grupos populacionais e tem como uma das metas assegurar a saúde em função da transformação das condições básicas de existência. “Uma ciência do social construída ao modo das ciências naturais” (Gonçalves, 1986). Castellanos (1987) reafirmou “precisamos assumir a complexidade como fato conceitual, metodológico e técnico para a epidemiologia, sem abandonar a intenção de contribuir para que os serviços possam transformar as condições de vida e saúde”. O autor denunciou o imenso aporte de investigações epidemiológicas, baseadas em fatores de risco que estabelecem associações causais as quais explicam aspectos cada vez mais reduzidos do conjunto da situação de saúde e uma menor fração de impacto potencial na população, aspecto discutido por Rose (1985) que mostrou que muitas pessoas com baixo risco podem produzir mais doença que poucas pessoas de elevado risco e que o enfoque de alto risco estimula modelos assistenciais com baixo impacto na redução das enfermidades.

Há um compromisso de fazer investigação epidemiológica para diminuir as desigualdades sociais na saúde e fazer ciência para todos, inclusive para os grupos excluídos. Os serviços são apontados como *locus* importante para a realização de investigações que possibilitem a transformação social, salientando o papel das avaliações sobre as desigualdades, como o Black Report⁷, que alertou sobre a importância da habitação, salário, alimentação, educação, ocupação, condições de trabalho e cultura como elementos essenciais na abordagem dos problemas de saúde. O relatório partiu da definição de equidade, um dos princípios do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra; avaliou os serviços, utilizando a estratificação da população em cinco grupos ligados às atividades profissionais (estrato I a V); e mostrou que a desigualdade acentuou-se na Inglaterra, devido a iniquidades sociais que afetam a saúde, inclusive as ocasionadas por gênero e raça.

Laurell (1983) analisou os dados do Sistema Nacional de Saúde inglês no enfoque da epidemiologia social e demonstrou o caráter social da saúde/doença na medida em que a distribuição da doença e da morte varia de acordo com a inserção ocupacional dos grupos na sociedade – a população que pertence ao estrato mais pobre morre mais por todas as causas. Laurell mostrou que, na sociedade capitalista, o conceito de doença está centrado na biologia individual. Além disso, o caráter social da saúde/doença manifesta-se empiricamente mais na da coletividade do que no indivíduo. De um lado se expressa em indica-

7 O Relatório Black, publicado em 1980, ficou conhecido por este nome devido ao seu coordenador Douglas Black. É considerado um dos primeiros documentos que avalia e elabora propostas concretas para a redução das desigualdades na Inglaterra.

dores como a expectativa de vida, as condições nutricionais e somáticas e de outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo. A autora prosseguiu, expondo que a saúde/doença possui uma dimensão biológica e outra social, e os modelos de causalidade, quer o monocausal, quer o multicausal, formulado por MacMahon, apresentavam sérias limitações para fornecer uma explicação abrangente da saúde/doença.

Esta epidemiologia crítica, gestada nas universidades e nos serviços de saúde latino-americanos, criticou veementemente a epidemiologia clássica – numérica e classificatória – questionando-a através de indicadores político-econômicos e do referencial teórico fundamentado no materialismo histórico. Porém, nos anos 1990, a produção científica relacionada com este movimento decresceu. Barreto (1990) afirmou que, embora as razões para tal não sejam claras, podem ser imputadas de um lado, a problemas conceituais e metodológicos não solucionados, que dificultam o teste de seus modelos teóricos em situações empíricas e de outro lado, a fatores externos à disciplina, relacionados a mudanças no balanço político na América Latina, incluindo restrições ao financiamento de pesquisas com este referencial. Talvez se possa acrescentar o fato de que, no Brasil, muitos dos epidemiologistas sociais engajaram-se no movimento da Reforma Sanitária e assumiram cargos executivos na implementação e gestão do Sistema Único de Saúde.

Eqüidade em saúde

La aparición de sociedades duales, en las que la extrema riqueza convive con la pobreza mas abyeta parece ser en todo el mundo una de las consecuencias más espetaculares de las mutaciones de los años ochenta (Sophie Bessis, 1995).

A reforma no sistema de saúde, introduzida na agenda política de inúmeros países nos anos 1980/1990, colocou em pauta a avaliação dos serviços, com ênfase no impacto sobre as desigualdades, utilizando as ferramentas da epidemiologia para mensurar estas condições. Na Constituição de 1988, a eqüidade foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, uma vez que garantiu universalidade de cobertura e atendimento, objetivando oferecer igual oportunidade para sujeitos com as mesmas necessidades.

O conceito de eqüidade ou sua falta – a iniquidade – tem sido usado em análises sobre as desigualdades sociais em saúde para qualificar aquelas consideradas inaceitáveis, por sua magnitude elevada ou pela existência de meios factíveis para combatê-las. Desigualdade indica diferença na chance dos indivíduos obterem acesso a bens materiais, explicando, em grande

parte, as diferenças sociais, enquanto a iniquidade decorre das diferenças ocasionadas pela injustiça social. As análises econômicas se preocupam com as desigualdades na distribuição de medidas de bem-estar individual, como *renda per capita*. A discussão sobre bem-estar, porém, tem sido ampliada, incluindo educação, saúde, segurança, acesso a serviços essenciais, incluindo participação em relação às possibilidades de escolha ou à liberdade que uma pessoa dispõe para conseguir bem-estar.

Iniquidades em saúde podem ser consideradas manifestações mensuráveis de injustiça social – geralmente representadas pelos diferenciais no risco de adoecer e de morrer, os quais, por sua vez, se originam de condições heterogêneas de acesso a bens e serviços, inclusive, os de saúde. Os melhores níveis de saúde atingidos por certos grupos dentro da sociedade passam a ser o patamar a ser atingido via universalização das condições favoráveis que o determinam. A desigualdade pode ser um fator tanto de produção quanto de superação de iniquidades, na medida em que uma discriminação positiva operaria no sentido de diminuir as distâncias sociais (Silva e Barros, 2002). As diferenças são consideradas iníquas se elas ocorrerem porque as pessoas têm escolhas limitadas, acesso restrito a recursos de saúde e exposição a fatores prejudiciais por conta de injustiças.

Estudos recentes indicam cinco campos de atuação em termos de políticas sociais para a redução das iniquidades em saúde: políticas públicas (previdência, educação, habitação, ambiente, nutrição); emprego e condições de trabalho; consumo e vida saudável; cuidado com a saúde; e atuação em relação a grupos vulneráveis (MACKENBACH & BARKKET, 2003).

No campo da saúde, é importante distinguir o conceito de equidade em saúde do conceito de equidade no uso de serviços de saúde. No Brasil, a relação entre doença e acesso aos serviços tem se mostrado, historicamente, inversamente relacionada. Não basta apenas denunciar a existência das desigualdades, é necessário demonstrar objetivamente sua existência e procurar meios de dirimi-las.

Agudelo (1997) aproximou o conceito de excluído ao debate acerca das desigualdades em saúde.

Excluído é categoria de mercado, identifica os produtos que podem e devem ser descartados – vidas sem valor. Nas cidades do Brasil são as crianças de rua e os adolescentes pobres, negros, do sexo masculino, habitantes das ruas ou das favelas (...) São os mendigos, os drogados, as prostitutas, os travestis, os homossexuais, os oponentes políticos, os loucos que perambulam pelas ruas. Mais recentemente, em alguns países europeus, onde a xenofobia vem ressurgindo, o estrangeiro está também na categoria de excluído.

A exclusão em saúde pode ser entendida como a falta de acesso de grupos ou pessoas a bens, serviços e oportunidades

que melhoram ou preservam o estado de saúde e que outras pessoas na sociedade desfrutam. Embora relacionados, os três conceitos – pobreza, exclusão e iniquidade – possuem significados específicos. A exclusão remete ao conceito de inserção social, enquanto a pobreza está relacionada com a insuficiência de recursos. A pobreza tem a ver com privação, e a exclusão tem a ver com pertencimento a uma rede social. Iniquidade, por sua vez, como apontado anteriormente, significa a existência de diferenças injustas e evitáveis.

Porém, no desvendamento destas condições – pobreza, exclusão e iniquidade – cabe à epidemiologia reforçar o desvendamento das iniquidades e acentuar a importância do retorno ao papel político social da medicina *wirchowiana*⁸, papel de apontar e denunciar as injustiças que acontecem em relação à saúde. A epidemiologia é uma das áreas que mais tem produzido conhecimento neste campo, atuando como suporte para o planejamento, a administração e a avaliação de políticas, programas, ações e serviços de saúde.

Os estudos sobre as desigualdades

*No Piauí,
de cada 100 crianças que nascem
78 morrem
antes
de completar
8 anos de idade
antes de completar 8 anos de idade
antes de completar 8 anos de idade
antes de completar 8 anos de idade
antes de completar 8 anos de idade*

Ferreira Gullar

A epidemiologia, desde seu início, inauguração apresenta caráter prático e um dos objetivos principais é comparar a distribuição das doenças entre grupos ou populações, identificando desigualdades nos padrões de adoecer e de morrer. Os sentidos atribuídos à desigualdade constituíram, pelo menos, duas vertentes: uma delas, mais neutra e despolitizada, trabalha com os diferenciais em saúde destituídos de suas conotações político-sociais, a outra mais politizada, utiliza o conceito de desigualdade, mesclado à definição de injustiça produzida pela estrutura social.

O referencial adotado para classificar a inserção socioeconômica dos sujeitos diferencia os dois grupos. O primeiro deles utiliza critérios de estratificação social, baseados na renda, ocu-

8 Denominação referente aos pressupostos da medicina social propostos por Rudolf Virchow.

pação, escolaridade, local de residência, escalas de prestígio ou, ainda, índices compostos. O segundo grupo optou pela categoria classe social, analítica e histórica, baseada em critérios relativos à posição que os grupos ocupam na organização social. A discussão acerca de classe social mobilizou intensamente os epidemiologistas, que buscaram operacionalizar o conceito marxista de classe social em uma categoria mensurável.

Em relação ao uso acrítico das chamadas variáveis socioeconômicas pela epidemiologia, Goldberg (1990) chamou a atenção para muitos vieses que ocorrem na prática epidemiológica. Um deles é a utilização de um sem número de variáveis em modelos não hierarquizados nos quais a inserção socioeconômica e quaisquer outras características têm o mesmo peso na determinação causal. Mesmo quando existe um modelo hierarquizado, há uma série de problemas teóricos ou metodológicos que podem persistir. Os epidemiologistas têm utilizado técnicas estatísticas cada vez mais sofisticadas que consideram o indivíduo como unidade de análise – como se fosse uma bola numa gôndola – e aí incorrem em problemas estruturais tanto na concepção quanto na análise destes dados, posto que as doenças, na população, não dependem apenas do somatório dos indivíduos. A este propósito, o autor diz: “a análise estatística pode dar a ilusão e uma identidade de comportamento entre membros de duas classes diferentes, porque fixa o momento no qual duas evoluções em sentido inverso se encontram antes de divergirem novamente”. Assim, explicar a saúde das populações a partir de resultados de estudos realizados com análise centrada nos indivíduos equivaleria a aceitar o reverso da falácia ecológica⁹.

Nos anos 1970/1980, muitos dos epidemiologistas latino-americanos militavam em serviços de saúde, na vigilância epidemiológica e no controle de doenças transmissíveis. Ali se produziram muitos trabalhos sobre desigualdades, em especial, no que tange às distribuições de doenças transmissíveis e epidemias. Neste período, pode-se destacar os trabalhos de Barata (1988) sobre a epidemia de meningite meningocócica em São Paulo e sua distribuição nos cinturões concêntricos da cidade, mostrando que, quanto mais periférica, pobre e desprovida de equipamentos sociais vive a população, maior a incidência da meningite. No Rio Grande do Sul, em um estudo ecológico que objetivava verificar se existia relação entre a epidemia de meningite meningocócica e indicadores socioeconômicos, observou-se

9 Falácia ecológica é considerada um tipo de viés possível de ocorrer em estudos ecológicos, que consiste em atribuir um efeito a um grupo populacional, quando, na realidade, foi outro grupo o responsável pelo desfecho. Cita-se, como exemplo, o estudo de Durkheim que observou altas taxas de suicídio em províncias em que a maior parte da população era luterana, porém poderiam ser pessoas pertencentes a outros grupos religiosos as que mais se suicidavam.

uma associação entre as cifras elevadas da doença e as regiões de atração de migrantes. Identificaram-se características que diferenciavam a meningite epidêmica da endêmica: “a epidemia atinge preponderantemente os grupos mais vulneráveis dentro da sociedade – os migrantes pobres, enquanto a endemia atinge os mais frágeis dentro dos grupos – os lactentes, os velhos e os debilitados” (MENEGHEL, 1989).

Silva (1986) mostrou que a endemia chagásica em São Paulo diminuiu às custas da expulsão do trabalhador rural para a cidade; Ruffino Netto & Pereira (1981) trabalharam a história social da tuberculose, imbricando os diversos momentos da doença com acontecimentos político-sociais em um modelo que denominaram estudos de síntese-interpretativa. Agudelo (1984) traçou um painel da epidemiologia social da malária, revelando os interesses dos países centrais nas matérias-primas dos países latino-americanos e as políticas de controle ligadas aos interesses econômicos de exportação de produtos – a *United Fruit* nos países da América Central e a Fundação Rockefeller no Brasil. Podem-se agregar os inumeráveis estudos sobre os diferenciais na mortalidade, incluindo a infantil, e os múltiplos aportes à epidemiologia da desigualdade de Victora.

A epidemiologia tem envidado esforços para elaborar indicadores fidedignos, sensíveis e abrangentes com o objetivo de mensurar as desigualdades em saúde. Inúmeras propostas foram delineadas, desde as mais tradicionais, utilizando registros de óbito, até outras mais engenhosas, agregando dados demográficos, econômicos e sociais. Enumeram-se alguns destes indicadores, discutindo-se suas vantagens e limitações.

O Centro de Controle de Doenças (CDC), nos anos 1980, lançou o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), na realidade uma proposta de ponderação da mortalidade, agregando um peso maior aos grupos mais jovens que representam maior vulnerabilidade.

Entre os índices que agregam dados de mortalidade, morbidade e incapacidade, salienta-se o Quality Adjusted Life Year (QALY) e o Disability Adjusted Life Year (DALY), este último traduzido como carga global de doença. A composição do DALY é realizada, agregando dados de mortalidade e de agravos que produzem incapacidade.

Dentre os indicadores compostos, pode-se citar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizado para descrever o grau de desenvolvimento de um país. O índice é composto pela média aritmética de três outros indicadores: expectativa de vida, níveis educacionais e indicador de riqueza, medido pelo PIB *per capita*, ajustado pela paridade do poder aquisitivo. Na confecção do indicador, o componente nível educacional é o mais vulnerável a distorções e superestimativas.

Recentemente, no Rio Grande do Sul, foram construídas algumas propostas para mensurar qualidade de vida, como o Índice Social Municipal Ampliado (ISMA). Para compor o índice, levou-se em consideração a situação do município em relação a quatro blocos de indicadores: condições de domicílio e saneamento, educação, saúde e renda.

Na avaliação das desigualdades no Rio Grande do Sul, Drashler e Cortes (2003) pesquisaram indicadores para avaliar a participação e o empoderamento de grupos sociais tradicionalmente excluídos dos processos decisórios, tais como mulheres e usuários de serviços.

Frente a estes *constructos*, alguns autores, como Najera, criticaram as propostas empíricas de averiguar as desigualdades, utilizando classificações de agravos ou óbitos em uma população. A própria busca de um indicador único, que seja síntese da saúde/doença de um local – pedra filosofal que seduziu os epidemiologistas por gerações – pode representar uma simplificação excessiva, a construção de um artefato que não dá conta de delinear a complexidade do real.

Esses estudos enfatizam o papel da epidemiologia e da medicina social ao agregar múltiplas contribuições ao estudo das desigualdades. Embora muitas dessas pesquisas utilizem as categorias sociais e econômicas de forma descontextualizada, o seu conjunto constitui, segundo Barreto (1998), “um imenso patrimônio para o conhecimento das desigualdades sociais em saúde”.

A epidemiologia (e a medicina social) que queremos fazer

Eu também quero plantar um coração no peito da epidemiologia – Gil Sevalho, anos 90

Nos últimos anos, tem havido consenso entre os pensadores latino-americanos em relação à insuficiência da epidemiologia para resolver problemas relacionados à saúde das populações. Barreto (1998) apontou que a epidemiologia atualmente passa por uma crise em relação ao paradigma dominante, à capacidade de formulação teórica e à ruptura dos compromissos históricos com a saúde da população.

Por sua vez, a saúde coletiva está se movimentando em direção a um novo paradigma que inclui como elementos-chave:

a transdisciplinaridade – percebida como capacidade de construir pontes entre campos disciplinares distintos; a complexidade – desafio de obter um conhecimento efetivo a partir de realidades complexas, sem recorrer a reduções simplificadoras; a pluralidade – uma atitude de abertura que rechaça as proposições monolíticas, os monopólios de pensamento e as aproximações controladas; e finalmente,

a práxis – necessidade de que os achados da ciência cristalizem na prática e que as explicações identifiquem pontos sensíveis onde as intervenções tenham maior impacto (PELLEGRINI FILHO, 1999).

Dentre as propostas que têm emergido no campo da saúde coletiva, pode-se apontar a inclusão de outros olhares e de outras transversalidades em relação à disciplina, como as reflexões sobre as metáforas da saúde/doença.

Tarride (1998) assinalou a compreensão da saúde coletiva como complexidade.

Assumir uma saúde pública complexa é acentuar que ela precisa ser compreendida e que a reflexão interdisciplinar é o instrumento para tanto. A saúde pública constitui um âmbito de reflexão permanente (mais do que uma disciplina) a partir do qual podem surgir discursos que iluminem as decisões orientadas ao melhoramento da qualidade de vida das pessoas.

Paim e Almeida Filho (1998) indicaram que a saúde coletiva, mais do que qualquer outro movimento ideológico, “absorve a produção de conhecimentos inter/transdisciplinares com grande capacidade de interfertilização”.

Almeida Filho (1992) recomendou o método etnográfico como ferramenta capaz de superar os dilemas de questões inexploradas e de objetos “rebeldes” ao raciocínio indutivo convencional da epidemiologia. A etno-epidemiologia começaria com a auto-reflexão, reconhecendo o caráter sócio-histórico da epidemiologia, continua Almeida Filho,

em síntese, a etno-epidemiologia se realizará a partir do pressuposto de que os fenômenos da saúde/doença são sociais, históricos, complexos, fragmentados, conflitantes, dependentes, ambíguos e incertos. (...) Desta forma, a etno-epidemiologia poderá provocar importantes demandas ao arsenal conceitual e instrumental de uma epistemologia da complexidade e da incerteza e representar uma abertura para a exploração de novos caminhos numa atitude transdisciplinar.

Granda (2000) propôs o pressuposto teórico da saúde e da vida; o uso de um método que integre diversas metáforas e variadas hermenêuticas (inclusive a científica positivista), porém com peso importante das metáforas do poder da vida; e a partilha de diversos poderes, incluindo vários atores.

Este novo tripé estabelece uma ênfase em dois aspectos: no poder da vida e da ética com o objetivo de gerar conhecimentos e ações de defesa da saúde, da vida e da democracia, convencidos de que o ético viabiliza o humano. (...) Considero que a solidariedade deva fortificar-se através deste nosso movimento [o da medicina social] para que

possamos elaborar metáforas de saúde e de vida que nos permitam ser locais e nacionais e apoiar a criação de poderes e políticas que possibilitem uma 'globalização' mais humana.

Breilh (1997) conclamou a importância de fazermos uma “oficina pela vida” em contraposição ao paradigma dominante – empresarial, monocultural e patriarcal. O autor afirmou que “a solidariedade, o amor, a esperança de paz, as promessas de justiça, bem-estar e saúde têm sido obrigados a refugiar-se nos espaços da canção do povo, da atemorizada cotidianidade familiar e da religião popular”. Além disso, cabe à medicina social:

ser testemunha dos processos destrutivos da vida impostos a nossa gente; consolidar-se como ferramenta de monitorização crítica permanente da qualidade de vida e dos determinantes da saúde; afirmar-se como instrumento de construção de poder democrático popular e respaldar a formação de uma nova subjetividade popular.

Paim (2003) sugeriu que uma das tarefas da epidemiologia, nos “tortuosos caminhos do SUS” é a de aproximar a ciência da sociedade e de seus problemas, ampliando a capacidade de produzir conhecimento crítico e propositivo. Conhecimento ético, emancipador, democrático e solidário.

Uma epidemiologia que contribua na construção de sujeitos sociais comprometidos com uma prática sanitária voltada para a generosidade, a solidariedade e a ética na luta pela saúde e qualidade de vida, representa uma aposta na planificação e gestão de um sistema de saúde que se pretenda efetivo, democrático, humanizado e equânime.

O papel atribuído à medicina social como instrumento de denúncia das desigualdades e das iniquidades em saúde foi apontado com unanimidade pelos autores estudados. É extremamente reconfortante¹⁰ observar que as diferentes propostas são confluentes em relação ao entendimento da medicina social como um campo de conhecimento complexo, ao resgate da solidariedade e da ética, à inclusão das metáforas da vida e à importância de incluir a subjetividade/subjetivações na busca da utopia da saúde coletiva (BARRETO, 1999; PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998; GRANDA, 2000).

10 A construção deste texto possibilitou um retorno às leituras dos anos 80/90 quando iniciei e consolidei a militância no campo da saúde coletiva. Ao me embrenhar na história da medicina social não pude deixar de relembrar velhas histórias, investigações epidemiológicas, “as lutas que ganhei e as que perdi”, episódios anedóticos, mutirões da saúde pública, reafirmar as antigas e as novas alianças, divisar possibilidades, realimentar a alma com os mitos fundantes. “Aproveitar tudo”, parafraseando Umberto Eco, e como apontou Schramm (1998) utilizar “todas as explicações, todas as metáforas e todas as parábolas”.

Referências bibliográficas

AGUDELO, SF. *Saúde e imperialismo – a ação antimalárica na América Latina e a Fundação Rockefeller*. Textos de Apoio Ciências Sociais 2. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1984.

_____. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARATA, R.C.B. e cols. (org.) *Eqüidade e saúde – contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. (Série Epidemiológica 1).

ALMEIDA FILHO, N. Por una epidemiologia (esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico). *Cuadernos Médico Sociales*, Rosário, n. 61, p. 43-7, 1992.

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Campinas: UNICAMP, 1975. Tese (Doutorado), apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1975.

BARATA, R.C.B. *Meningite: uma doença sob censura?* São Paulo: Cortez, 1988.

BARRETO, M.L. A epidemiologia – sua história e crises – notas para pensar o futuro. In: Costa D (org.) *Epidemiologia – teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1990.

_____. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasil. Epidemiologia 1* v. 2, p. 104-130, 1998.

BREILH J; & GRANDA, E. Os novos rumos da epidemiologia. In: NUNES, E.D. (org.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Brasília: OPAS, 1985.

BREILH, J. A Epidemiologia na Humanização da Vida: convergências e desencontros das correntes. In: BARATA R.C.B. e cols (org.) *Eqüidade e saúde – contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. (Série Epidemiológica 1).

CARVALHEIRO, J.R. *Editorial*. Textos de Apoio Epidemiologia 1. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.

CASTELLANOS, P.L. *La epidemiologia y la reorganización de los servicios de salud*. In: XIV Conferencia da Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Publica (ALAESP). Taxco: OPS, 1987.

DRASHLER, M.L; CORTÊS, S; CASTRO J.D; LEITE, J.C.C. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde, visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* v. 8, n. 2, p. 461-79, 2003.

GOLDBERG, M. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: COSTA, D (org.) *Epidemiologia – teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1990.

GONÇALVES, R.B.M. *Reflexão sobre a articulação entre investigação epidemiológica e a prática médica: a propósito das doenças crônico-degenerativas*. Textos de Apoio Epidemiologia 1. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.

GRANDA, E. Salud: Globalización de la vida e de la solidariedad. *Saúde em Debate*, v. 24, n. 56, p. 83-101, 2000.

LAURELL, A.C. A saúde/doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org.) *Medicina Social – aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

- MACKENBACH, J.P.; & BAKKER, M.J. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet*, n. 362, p. 1409-14, 2003.
- MENEGHEL, S.N. *Meningite meningocócica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 1989, Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) Faculdade de Medicina Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1989.
- NAJERA, E. *Investigación y desarrollo profesional*. In: XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en salud Pública (ALAESP). Taxco: OPS, 1987.
- NUNES, E. D. Tendências e perspectivas das pesquisas em Ciências Sociais em Saúde na América Latina: uma visão geral. In: _____. (org.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Brasília: OPAS, 1985.
- _____. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.
- _____. *Sociologia da Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- PELEGRINI FILHO, A. La violencia y la salud publica. *Pan-americana de Salud Publica*, v. 5, n. 4/5, p. 219-22, 1999.
- PAIM, J. S; & ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- _____. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: ISC-UFBA, 2000.
- PAIM, J. P Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência e saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 557-67, 2003.
- ROSE, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *Bol. Epidemiológico OPS*, v. 6, n. 3, 1985.
- RUFFINO NETO, A; PEREIRA, J. C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida. *Saúde em Debate*, n. 12, 27-34, 1981.
- SILVA, L. J. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, n. 19, p. 377-83, 1985.
- _____. Desbravamento, cultura e doença: a doenças de Chagas em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n. 2, p. 124-40, 1986.
- SILVA, J. B. & BARROS, M. B. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Revista Pan-americana de Salud Publica*, v. 12, n. 6, 2002.
- SHRAMM, R. F. Prefácio. In: TARRIDE, M. I. *Saúde pública – uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- TARRIDE, M. I. *Saúde pública – uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DEBATE, APÓS APRESENTAÇÃO DO TEMA NO
IHU IDÉIAS, DIA 27 DE NOVEMBRO DE 2003.

Pe. Roque José Junges – *Como é que a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) se coloca em toda esta história da medicina social?*

Profa. Stela Nazareth Meneghel – Eu não conheço toda a história, desde o surgimento da Organização Pan-americana de Saúde. Mas, às vezes, parece que há alguma coisa contraditória. Por exemplo, Juan César Garcia, que é considerado um dos próceres, um dos pioneiros da medicina social na América Latina, foi um médico que trabalhou na Organização Pan-americana de Saúde e dentro da instituição produziu documentos, propondo uma medicina socializada e questionando os modelos assistenciais privatizantes. Atualmente, vários pesquisadores e epidemiologistas sociais estão trabalhando na Organização Pan-americana de Saúde. Existem contradições dentro dela, ou seja, interesses ligados às classes dominantes, mas há igualmente movimentos de grupos mais progressistas que, às vezes, se fazem hegemônicos e conseguem impor políticas voltadas aos interesses da população. É necessário fazer um estudo mais aprofundado da organização a fim de melhor compreender a questão.

Pe. Roque José Junges – *A que se deve o fato de a OPAS ter surgido antes da Organização Mundial da Saúde (OMS)? E no início não havia um interesse (não expresso) dos Estados Unidos, para que nós não levássemos doenças como a febre amarela para eles?*

Profa. Stela Nazareth Meneghel – No início do século XX, a América Latina era vista apenas como porto exportador de matérias-primas, e a ação da vigilância compreendia somente a regulamentação sanitária dos portos e fronteiras, para não exportar doenças junto com as matérias-primas. Então, a OPAS teve um papel importantíssimo, inclusive elaborando o primeiro Regulamento Sanitário Internacional, com o intuito de impedir a disseminação de doenças entre os países. Porém, não interessava o fato de haver no interior, pessoas morrendo de leishmaniose, de boubas, de tuberculose... Interessava não exportar doenças para os países centrais. Na realidade, a entrada de doenças nos países centrais, ocorreu, em grande parte, devido ao modelo mercantilista. Um exemplo disso foi a epidemia de cólera que percorreu a Europa, no século XVIII, levada das Índias para a Inglaterra pelos próprios ingleses.

Pe. Inácio Neutzling – *Quais são os elementos particulares que vocês estudam na medicina social? Há algumas experiências interessantes em Cuba?*

Profa. Stela Nazareth Meneghel – Os epidemiologistas sociais não estão em Cuba; pelo menos não os mais conhecidos. Alguns dos grupos conhecidos estão no Brasil: Ribeirão Preto, Campinas, Rio de Janeiro e Bahia, onde foram desenvolvidos trabalhos de pesquisa muito interessantes e voltados para o social; no México, no Equador, na Colômbia, que produziram pesquisadores, como Asa Laurell, Jaime Breilh e Saul Franco; na Argentina, com Najera. A epidemiologia social possui este matiz latino-americano e, de início, foi um movimento completamente negado pelos países centrais. Atualmente eles estão incorporando nosso discurso. Observou-se, nos últimos congressos de saúde coletiva, a incorporação da determinação social do processo saúde/doença. Este referencial gerou muita polêmica, muita briga, principalmente no período 1970-80, quando voltaram, aos países latino-americanos, pessoas que tinham se formado nos Estados Unidos e na Europa, ligadas à epidemiologia clínica, e começaram a monopolizar as verbas de pesquisa. E os epidemiologistas sociais, que eram tupiniquins e pobres, muitos deles trabalhando em serviços de saúde, ficaram “a ver navios”. Esse fato gerou uma disputa acirrada com discussões acaloradas. Havia um grupo que defendia uma única epidemiologia, afirmando que não se podiam dividir as epidemiologias; que falar em epidemiologia social era uma redundância, porque o social estaria inscrito na própria raiz da palavra epidemiologia. Eu estou vinculada ao grupo dos epidemiologistas sociais que, no momento, está ressurgindo com a denominação de epidemiologia crítica.

Pe. Inácio Neutzling – *Quando a senhora se converteu? diga-mos assim. A senhora sempre foi uma epidemiologista social crítica ou houve um momento em que pertenceu a uma tradição mais ortodoxa?*

Profa. Stela Nazareth Meneghel – Quando eu fiz o curso de Medicina, foi uma experiência muito dura, porque era o momento do apogeu da tecnocracia. Eu brinco dizendo que era um curso “humanismo zero, solidariedade 15 pontos negativos”. Era uma coisa terrível transitar pela universidade abafada pela tecnocracia dos anos 1970, da ditadura, da neutralidade máxima, e que, em medicina, se expressava pela idéia onipotente de que os médicos eram os heróis de guardapó branco. Naqueles anos, eu não encontrei modelos de identificação. Somente, mais tarde, no trabalho de saúde pública, realizado na Secretária da Saúde, em contato com medicina comunitária, vigilância epidemiológica e educação em saúde, eu pude dizer: “Que bom! agora achei a minha turma”. Não sei se foi uma conversão, ou se foi

um encontro com uma forma de atuar, de fazer saúde. É como um *insight*, depois que a gente o tem, não adianta mais fazer de conta que não se sabe daquilo.

Pe. Inácio Neutzling – *No seu tempo de estudante havia alguém de referência nesta área?*

Profa. Stela Nazareth Meneghel – No Rio Grande do Sul, aconteceu uma situação peculiar em termos de vigilância epidemiológica, sendo uma das que primeiro se estruturou no Brasil, talvez junto com São Paulo. Afirmava-se haver uma *intelligentia* ligada à vigilância no Rio Grande do Sul. Formou-se um grupo com características ímpares, um grupo que atualmente está na OPS. A primeira tarefa deste grupo foi a erradicação da varíola, que foi alcançada graças a um convênio com a Organização Pan-americana de Saúde, o qual possibilitou suplementar economicamente este grupo de médicos, na realidade eram médicos mesmo. Não havia mulheres, fui a primeira médica. Por incrível que pareça, era neste grupo que mais se discutia epidemiologia e medicina social no Rio Grande do Sul. Apreendi muito no trabalho com esta equipe, embora nós discutíssemos muito. Por exemplo, os métodos utilizados na campanha de erradicação da varíola eram muito autoritários. Fazia-se uma barricada na estrada onde passavam os ônibus, os vacinadores entravam nos ônibus com pistolas próprias para vacinação e começavam a vacinar. Às vezes, as pessoas fugiam para o mato, e os agentes de saúde corriam atrás, seguravam as pessoas e as vacinavam à força. Certamente eles exageravam ao contar essas histórias, porque eu ficava muito brava com isso. Acreditava, e acredito ainda, que se a vacina é benéfica para a saúde da população, podemos mostrar para as pessoas para que elas possam utilizar o produto e até brigar para obtê-lo e não precisamos correr atrás delas como se fossem gansos e galinhas, agarrá-las e vaciná-las contra a vontade.

Prof. Laurício Neumann – *As estatísticas mostram que o maior número de cidades com menor índice de analfabetos está no Rio Grande do Sul, e os prefeitos destas cidades afirmam que não é um trabalho isolado, que isso faz parte de políticas públicas. Políticas públicas também compreendem a medicina social?*

Profa. Stela Nazareth Meneghel – Certamente. Os pressupostos da medicina social se expressam pelas políticas públicas. Mas isso nem sempre acontece. Acredito que uma das nossas tarefas seja auxiliar a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive realizando estudos sobre equidade em saúde, averiguando o impacto social de ações e programas. Portanto, a medicina social tem um lado eminentemente prático que acontece por meio das políticas públicas de saúde.

Pe. Roque José Junges – *Não sei se poderíamos dizer que a própria constituição do SUS tenha acontecido em consequência de todo esse trabalho de medicina social. Por exemplo, os princípios da equidade, universalidade, controle popular, eles não constituem também a medicina social?*

Profª Stela Nazareth Meneghel – Sim. Nos anos 1960, começam a se esboçar as primeiras propostas de Atenção Primária em Saúde (APS), de medicina generalizada, holística, com algum tipo de hierarquização da atenção. Ou seja, não é todo mundo que vai ser atendido em todos os lugares. Existe uma porta de entrada, um serviço básico, onde as pessoas são atendidas em primeiro lugar e existe uma retaguarda de maior complexidade, para onde as pessoas vão sendo encaminhadas. Assim, foram surgindo inúmeras propostas de extensão de cobertura, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) as Ações Integradas de Saúde (AIS) o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS). O próprio movimento da saúde comunitária, que aconteceu nos Estados Unidos com o objetivo de aliviar a tensão social, influenciou a emergência da Reforma Sanitária Brasileira. Embora, no Brasil, a medicina comunitária tenha assumido outras características, ela é mais progressista, porque incorpora Paulo Freire e a educação popular, entram em cena outros atores e reconfiguram esta proposta. De qualquer forma, todos esses movimentos foram precursores da Reforma Sanitária Brasileira. A Reforma foi conduzida por grandes contingentes da população organizada em sindicatos, partidos políticos, corporações, representantes de serviços, associações, e do movimento popular. A Reforma marcou a elaboração de um novo conceito de saúde: saúde como resultante das condições de habitação, nutrição, qualidade de vida de uma população.

Pe. Roque José Junges – *O que o PSF tem a ver com a proposta da medicina social?*

Profª Stela Nazareth Meneghel – O PSF é um programa de atenção integral, mas também apresenta contradições, avanços e retrocessos. Como proposta política, ele é bastante importante, ele muda, é uma proposta de atenção integral, baseada em uma equipe, não apenas na figura do médico. Agora, como qualquer política pública, é preciso ver como a proposta vai ser viabilizada e implementada. Daí a importância do controle popular que ainda é muito incipiente no Brasil. Somente com a população monitorando as políticas públicas é que se vai garantir a implementação das mesmas e a diminuição das desigualdades em saúde.

O tema deste caderno foi apresentado no
IHU Idéias, dia 27/11/03.

TEMAS DOS ÚLTIMOS CADERNOS IHU IDÉIAS

- N. 01 – *A teoria da justiça de John Rawls* – Dr. José Nedel.
- N. 02 – *O feminismo ou os feminismos: Uma leitura das produções teóricas* – Dra. Edla Eggert.
O Serviço Social junto ao Fórum de Mulheres em São Leopoldo – MS Clair Ribeiro Ziebell e Acadêmicas Anemarie Kirsch Deutrich e Magali Beatriz Strauss.
- N. 03 – *O programa Linha Direta: a sociedade segundo a TV Globo* – Jornalista Sonia Montañó.
- N. 04 – *Ernani M. Fiori – Uma Filosofia da Educação Popular* – Prof. Dr. Luiz Gilberto Kronbauer.
- N. 05 – *O ruído de guerra e o silêncio de Deus* – Dr. Manfred Zeuch.
- N. 06 – *BRASIL: Entre a Identidade Vazia e a Construção do Novo* – Prof. Dr. Renato Janine Ribeiro.
- N. 07 – *Mundos televisivos e sentidos identitários na TV* – Profa. Dra. Suzana Kilpp.
- N. 08 – *Simões Lopes Neto e a Invenção do Gaúcho* – Profa. Dra. Márcia Lopes Duarte.
- N. 09 – *Oligopólios midiáticos: a televisão contemporânea e as barreiras à entrada* – Prof. Dr. Valério Cruz Brittos.
- N. 10 – *Futebol, mídia e sociedade no Brasil: reflexões a partir de um jogo* – Prof. Dr. Édison Luis Gastaldo.
- N. 11 – *Os 100 anos de Theodor Adorno e a Filosofia depois de Auschwitz* – Profa. Dra. Márcia Tiburi.
- N. 12 – *A domesticação do exótico* – Profa. Dra. Paula Caleffi.
- N. 13 – *Pomeranas parceiras no caminho da roça: um jeito de fazer Igreja, Teologia e Educação Popular* – Profa. Dra. Edla Eggert.
- N. 14 *Júlio de Castilhos e Borges de Medeiros: a prática política no RS* – Prof. Dr. Gunter Axt