

COES

em movimento

Revista da Coordenação de Educação em Saúde - DENEM

*Determinação social do
processo saúde-doença:
conceito para uma nova
prática em saúde*



COES

em movimento

Revista da Coordenação de Educação em Saúde - DENEM

Determinação social do processo saúde-doença: conceito para uma nova prática em saúde

por Jota Bastos

**Direção Executiva dos Estudantes de Medicina
Coordenação de Educação em Saúde**

Thiago Cherem Morelli

Maianne Fernandes

Jota Bastos

Copyright © 2013 pela humanidade.

Nenhum direito reservado, qualquer parte desta revista pode ser produzida ou transcrita, sob qualquer forma ou por qualquer meio - eletrônico, mecânico, por fotocópia, por gravação - sem necessidade de prévia autorização, para fins não comerciais, desde que o autor e a fonte sejam citados e esta nota seja incluída.

Revista COES em movimento N° 1 produzida pela
Coordenação de Educação em Saúde do ano de 2013
composta por: Thiago Cherem Morelli, Maianne
Fernandes e Jota Bastos.

Introdução

Vivemos um momento dentro da *Direção Executiva dos Estudantes de Medicina* (DENEM) complexo acerca do debate da educação médica brasileira. Depois do fim da CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) que ocupou a vida dos militantes da executiva por mais de uma década, pouco se avançou, discutiu ou formulou sobre nosso modelo de educação. Depois do fim desse projeto, a DENEM viveu uma verdadeira crise sobre o que fazer; o que pautar; o que ser; dentro desse processo foram realizados diversos debates, em espaços como os *Seminários do Centro de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde* (Seminário do CENEPES), tratando de temas como “A DENEM no Divã” e “DENEM: Pra Onde Vai Esse Trem?”. A questão é que de certo modo até hoje estamos no “Divã” no debate de Educação Médica e precisamos sair desse estado.

Existe hoje uma disputa clara pelo controle da formação médica, quando os defensores do modelo de medicina pautados nos interesses do mercado se organizam com o objetivo de retroceder os poucos avanços que existiram nesse campo. Na base da prática médica está o conceito de saúde e a forma que com que ele determina a prática médica em si. Por conta disso a *Coordenação de Educação em Saúde* (COES), apresenta esse texto de forma a estimular o debate desses conceitos e trazer a perspectiva que a Executiva entende como o melhor caminho para a prática de atenção a saúde.

Iremos abordar inicialmente os conceitos de saúde e depois os principais conceitos do processo saúde-doença e sob qual perspectiva cada um deles surge. Durante o debate, serão abordados diversos fatos históricos que influenciaram o contexto que temos hoje, apontando também os atores de cada processo, para entendermos qual lógica está sendo defendida.

Precisamos entrar nessa disputa e defender com clareza o nosso horizonte, com embasamento teórico e prático. Os atores que estão se movimentando, muitos deles não defendem os interesses do povo, de um Sistema de Saúde universal e integral. A defesa de uma formação centrada na determinação social do processo-saúde doença se torna importante, pois de todos os conceitos existente, esse nos permite entender os impactos que nosso modelo de sociedade tem sobre o modo com que as pessoas adoecem. O que iremos abordar são conceitos que não se distanciam da prática. O povo precisa de profissionais de saúde socialmente referenciados e isso não deve parecer impossível de alcançarmos!

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada. Nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.

Bertold Brecht

O que é Saúde?

A humanidade desde a época da pré-ciência, no berço da medicina na Grécia, vem tentando responder a essa pergunta. Durante esse processo histórico, a explicação se deu intrinsecamente relacionada com a doença, e a enfermidade sempre foi explicada a partir de dois modelos: um que entendia que a doença entrava e saía do corpo, ou seja, em determinado momento o indivíduo estaria doente e em outro não (esse modelo era chamado de *visão ontológica*), o outro modelo entendia a doença como estado de equilíbrio de forças, como se fosse um pêndulo, que hora estava mais para o lado da doença e hora estava mais para a ausência da enfermidade (esse modelo era chamado de *concepção dinâmica*).

Existem diversos exemplos dos dois modelos, e até mesmo de propostas de junção deles, sendo que a visão ontológica trás desde a explicação sobrenatural da doença, até o modelo unicausal. A explicação que contempla os dois modelos é a de LEAVELL e CLARK. A concepção dinâmica foi protagonizada principalmente pela medicina grega e suas referências.

Dentro desse processo histórico, passou-se a tentar explicar também o estado de saúde. A partir desse momento, surgiram diversas conceituações que divergiam em vários aspectos. Um exemplo de conceito era que *saúde é um estado relativo e dinâmico de equilíbrio, e doença um processo de interação do homem frente aos estímulos patogênicos*. Nesse dilema a tese que se seguiu hegemônica no mundo foi a que considerava saúde e doença idênticos e diversos entre si. TOBAR explica:

“Dada a complexidade e o número de variáveis envolvidas no assunto, não nos foi possível encontrar definição clara e precisa sobre saúde. Consequentemente, tivemos que optar por uma conceituação operacional e pragmática. Através da ausência da doença, cogitamos na possível existência da saúde.”

Nesse sentido, pensa-se a doença separada da saúde e ao mesmo tempo ligada a ela, propondo que elas ocorram em momentos diferentes, mas que uma se dá a partir da ausência da outra. A respeito disso AROUCA escreve:

“As conclusões do autor... afirma a diferença entre os dois estados para, logo em seguida, afirmar a presença da saúde pela ausência da doença, dada a impossibilidade instrumental e conceitual de trabalhar sobre a saúde em si... Uma das tarefas atuais é a transformação da saúde em um objeto positivo de investigação.”

Existem diversos problemas dentro desse conceito. O primeiro deles é o fato de se identificar o estado de saúde pela ausência de doença. O outro problema é o próprio conceito de doença, que se dá a partir de uma redução do próprio corpo humano, onde a explicação para tal calamidade se encontra apenas em estudos morfofisiológicos. Ou seja, a doença é dotada de realidade própria, não tendo nenhum tipo de relação com outros fatores vivenciados pelo indivíduo. É a ciência que desvincula o ser humano do seu corpo, compartimentando em órgãos e funções, esquecendo que a medicina lida com indivíduos e coletivos e não com máquinas. Um terceiro ponto é que o conceito de saúde direciona a forma como é feita a prática médica e as políticas de saúde pública. Esse ponto é melhor explicado por CZERESNIA:

“A saúde pública se definiu como responsável pela promoção da saúde enquanto suas práticas se organizam em torno de conceitos de doença. Outra questão é que suas práticas tendem a não levar em conta a distância entre conceito de doença - construção mental - e o adoecer - experiência da vida -, produzindo-se a 'substituição' de um pelo outro. O conceito de doença não somente é empregado como se pudesse falar em nome do adoecer concreto, mas, principalmente, efetivar práticas concretas que se representam como capazes de responder à sua totalidade.”

Existem diversos problemas dentro desse conceito. O primeiro deles é o fato de se identificar o estado de saúde pela ausência de doença. O outro problema é o próprio conceito de doença, que se dá a partir de uma redução do próprio corpo humano, onde a explicação para tal calamidade se encontra apenas em estudos morfofisiológicos. Ou seja, a doença é dotada de realidade própria, não tendo nenhum tipo de relação com outros fatores vivenciados pelo indivíduo. É a ciência que desvincula o ser humano do seu corpo, compartimentando em órgãos e funções, esquecendo que a medicina lida com indivíduos e coletivos e não com máquinas. Um terceiro ponto é que o conceito de saúde direciona a forma como é feita a prática médica e as políticas de saúde pública. Esse ponto é melhor explicado por CZERESNIA:

“A saúde pública se defini como responsável pela promoção da saúde enquanto suas práticas se organizam em torno de conceitos de doença. Outra questão é que suas práticas tendem a não levar em conta a distância entre conceito de doença - construção mental - e o adoecer - experiência da vida -, produzindo-se a 'substituição' de um pelo outro. O conceito de doença não somente é empregado como se pudesse falar em nome do adoecer concreto, mas, principalmente, efetivar práticas concretas que se representam como capazes de responder à sua totalidade.”

Por último, esse conceito de saúde é essencialmente um pensamento – fechado e científico, e apenas por isso sua teoria é carregada de muitas limitações e contradições. O pensamento humano sempre se deu em uma dualidade, ou esse pensamento se desenvolve pela profundidade, redução e estreitamento, ou pela amplitude, abrangência e a abertura de fronteiras. O pensamento científico moderno se desenvolveu a partir da redução, e na tentativa incessante de ser o mais preciso e específico possível, acabou classificando o que não conseguia explicar ou alcançar de erro, anomalia ou até mesmo de matematicamente desprezível, transformando a medicina, que antes se entendia enquanto arte, para uma ciência exata. Quando se exclui as singularidades, é impossível alcançar a totalidade, e a ciência por si só nunca chegará ao todo.

Não é possível delimitar a saúde, definir o que ela é e o que não é, e muito menos o sofrimento que caracteriza o adoecer, porque por mais que o conceito científico tenha o potencial explicativo e seja operativo, não é possível que esse conceito represente a realidade, quando não se consegue expressar toda a integridade da questão. Quando se formula um sistema lógico e explicativo, automaticamente está substituindo essa criação pela realidade, perdendo tudo que não esteja englobado nesse quadrado e traduzindo a realidade em algo reduzido e fechado. A partir de um conceito, nunca se consegue englobar todas as variáveis.

O grande problema é que entramos em uma terrível contradição, ao mesmo tempo que entendemos que qualquer conceito de saúde não traduz o real, sabemos que ele é necessário para o direcionamento das práticas. É dentro dessa perspectiva que entendemos que a crítica aqui não é conceituar ou não saúde, e sim a forma como isso foi feito. Dentro desse processo de definição da saúde se utilizou a ciência como verdade absoluta, como um dogma, a religião da era moderna. O que precisa ser feito é entender saúde da forma mais abrangente possível e delimitar as fronteiras das suas limitações. Fazendo isso, entendemos que é necessário unir a ciência a outras formas diferentes de explicar a mesma coisa, como a filosofia, a arte, e a política. Essa contradição é explicada por CZERESNIA:

“A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente. É na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde, que ocorre a tensão remetida à questão que se destaca aqui. Esta situa-se entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõem intervenções para lidar com semelhante vivência.”

Podemos definir então que saúde é algo subjetivo e individual de cada um (saúde para mim não é necessariamente saúde para você). Uma forma de vivenciar esse dilema é perguntar as pessoas o que é saúde para ela, quando iremos escutar diversos tipos de explicação, e que não necessariamente elas estarão erradas. Mas como precisamos definir um conceito para direcionar nossa prática (lembrar-se de não engessar esse conceito), iremos admitir como o mais ampliado o proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS).

“Em seu entendimento mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais, podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida... Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.”

Processo Saúde-Doença

Essa é outra questão que vem sendo explicada há muito tempo e por várias visões que divergem em vários aspectos entre si. Em resumo, de acordo com a teoria da causalidade, o processo saúde-doença é o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, sendo que essa determinação se modifica de acordo com o processo histórico da humanidade e o desenvolvimento científico.

O mundo passou pela teoria mística desse processo, onde eram forças sobrenaturais que determinavam o adoecimento. Logo em seguida, essa teoria foi superada pela explicação que a doença era um fato decorrente das alterações ambientais no meio físico e concreto em que ele vivia. Após esse momento, surge a teoria da unicausalidade com a descoberta dos micro-organismos como agente etiológico. Depois de muitos debates e dados demonstrando a ineficácia desse modelo para explicar diversos agravos de saúde, a partir da epidemiologia clássica, chegamos a uma atualização que foi chamada de multicausalidade, onde não apenas o biológico causava as doenças, mas também diversos fatores outros que vinha desde o social até o psicológico. Com o avanço da epidemiologia social, uma área da epidemiologia muito mais crítica do que a epidemiologia clássica, chegamos ao modelo da determinação social do processo saúde-doença. Esse modelo traz a perspectiva de que saúde e doença não são estados estanques, isolados, de causação aleatória – não se está com saúde ou doença por acaso. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma “produção social da saúde e/ou da doença”. Nessa perspectiva BREILH, o pioneiro neste modelo de explicação, afirma que:

“O processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social.”

Após essa contextualização inicial, no decorrer do texto, iremos abordar os principais modelos que surgiram ao longo da história, tentaremos aqui explicar os modelos da Unicausalidade, Multicausalidade (ou História Natural da Doença) e o da Determinação Social e fazer as devidas críticas que temos aos dois primeiros modelos.

Unicausalidade

Ao final do século XVIII e início do século XIX, o mundo estava mudando de uma forma nunca antes vista: a consolidação do modo de produção capitalista já era uma realidade e com ela, apareciam os diversos reflexos sociais que são inerentes a essa forma de organização social. Nesse período, é possível encontrar diversos relatos de como se dava a vida da grande maioria da população na Europa. Com o avanço da revolução industrial, surgiu um grande e rápido aumento da população urbana e com ela a mortalidade também eleva-se. **Engels** em seu livro *“A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra”* descreve como se dava o trabalho nas indústrias daquela época e como vivem esses trabalhadores. O autor aponta jornadas de trabalho de dezesseis horas/dia, grávidas tendo filhos na fábrica, crianças com menos de sete anos impulsionando teares em troca de comida, fábricas sem janelas ou vasos sanitários e os trabalhadores comiam no chão. Os donos das fábricas e comerciantes, chamados de classe burguesa, não se importavam com as condições dos seus empregados, visto que existia um grande exército de reserva de mão de obra barata. A lógica era explorar o trabalhador até a morte, pois o que não faltava era alguém para substituí-lo depois. Ao ponto que essa nova forma de vida se consolidava, as condições de saúde se deterioravam, epidemias surgiam, a mortalidade chegava a taxas que hoje são inimagináveis e se instalava assim uma grande crise sanitária por toda a Europa Ocidental.

Com tantas contradições acentuadas, chegando a um ponto insuportável na perspectiva social, eclodem diversos movimentos sociais nos países industrializados. E a partir do debate desses movimentos, os médicos da época desenvolvem um novo modelo de processo saúde-doença. Esse movimento foi chamado de medicina social, que teve força de 1830 até 1870. **WAITZKIN** descreve que **Virchow**, o pai da medicina social, em 1847, quando foi solicitado pelo governo da Prússia para uma investigação de epidemia de tifo em uma zona rural, notifica o governo com orientações profundas de mudança na própria estrutura social do local. **WAITZKIN** escreve:

«...Baseado neste estudo, Virchow recomendou uma série de profundas transformações econômicas, políticas e sociais que incluíam aumento da oferta de empregos, melhores salários, autonomia local de governo, criação de cooperativas agrícolas e uma estrutura progressiva de impostos. Virchow não pedia soluções estritamente médicas, como seriam mais clínicas ou hospitalares. Ao invés disso, ele via as origens de má saúde nos problemas sociais. O enfoque mais razoável sobre o problema das epidemias era, portanto, mudar as condições que permitiam que as mesmas ocorressem.»

Era possível ver que a medicina nesse período tinha um grande avanço na questão social e muito se foi produzido dentro dessa perspectiva, chegando ao ponto de **LEUBSCHER** afirmar que a medicina é uma atividade essencialmente social, sintetizando abaixo:

1. *“A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade da sociedade e do Estado.”*
2. *“As condições econômicas e sociais tem um efeito importante sobre a saúde e doença e que tais relações devem ser submetidas à investigação científica.”*
3. *“Se a sociedade tem a obrigação de proteger a saúde de seus membros e admitindo-se que as condições econômicas e sociais tem um efeito importante sobre a saúde e a doença, logicamente se conclui que devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e que as medidas concernentes em tal ação, devem ser tanto sociais quanto médicas.”*

Com a derrota dos movimentos sociais revolucionários do século XIX e com a ascensão da “teoria dos germes” de Pasteur associada a outros conhecimentos, como a patologia, fisiologia, anatomia, química, histologia e microbiologia, o pensamento da medicina social perde muita força entre o período de 1870 a 1900, chegando ao ponto de ser substituído totalmente pela nova formulação que estava se ascendo

nessa época: a teoria da unicausalidade. O processo de consolidação desse novo modelo demorou um pouco na Europa, mas nos EUA encontrou um terreno fértil e rapidamente se tornou hegemônico. No Brasil chegou tarde, quando nos EUA já se questionava o próprio modelo implantado. DA ROS ilustra a ruptura com o modelo da medicina social a partir de uma síntese feita por um médico alemão chamado **Behring**, que diz:

“Graças à descoberta das bactérias, a medicina não precisaria mais perder tempo com problemas sociais.”

A questão é que para a estrutura capitalista (que naquele momento estava mais que consolidada) e para o estado, era muito mais fácil, rentável e eficiente culpabilizar o próprio indivíduo da sua condição de saúde. Se a hegemonia da época adotasse para si a medicina social, eles teriam que aumentar os salários, diminuir drasticamente as jornadas de trabalho, dar condições de moradia e lazer, extinguir o trabalho infantil e por ai vai.

O modelo unicausal, também chamado de biomédico, tem como centralidade a intervenção na relação causa-efeito imediata, ou seja, identifica-se o agente etiológico (que só pode ser biológico, físico ou químico) e tenta-se combatê-lo. Sendo assim, podemos exemplificar que: *“A causa B e portanto a prática médica deve-se resumir em tomar medidas anti-A e corrigir as sequelas B”*. O biotecnicismo tem também como base o mecanicismo cartesiano, vendo o corpo humano como uma máquina complexa, que para ser entendida precisa ser dividida em partes para que posteriormente a soma das partes representasse o todo. Essa máquina não é vista de forma perfeita e por isso admite-se neste modelo que a doença tem origem natural, ou seja, inevitavelmente a máquina apresentará problemas e serão resolvidos apenas a partir de técnicas curativistas. Os pensadores desse modelo chegavam a afirmar que *“um indivíduo são é um paciente insuficientemente estudado”*. Visto que se divide o corpo humano em partes, a prática médica a partir daí passou a se organizar na forma de especialistas: cada médico centra em um pedaço do corpo e faz diagnóstico e tratamento apenas daquela parte que lhe é cabível, que lhe foi ensinado, que especializou-se. É necessário também um uso grande de tecnologias pesadas, como intervenção cirúrgica e exames complementares. O conhecimento é positivista, ou seja, o único conhecimento seguro é o de base científica. A prática médica se resumia em especialistas que estudavam incessantemente o corpo humano ou partes dele a procura de uma patologia. Essa atuação é feita apenas no âmbito do indivíduo de forma reducionista e curativista. O conceito de saúde, portanto, é ausência de doença.

O ensino médico seguia as mesmas bases do exercício da medicina. Esse modelo de ensino foi chamado de **“Flexneriano”**. O currículo flexneriano tem uma divisão bem clara em 2 momentos: um período básico realizado no laboratório e um ciclo clínico realizado no hospital. O período básico dura a maior parte do tempo total do curso para o estudante aprofundar-se nas matérias básicas (anatomia, histologia, fisiologia, patologia, imunologia e microbiologia) e o ciclo clínico dura o restante e deve ser feito exclusivamente no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças. O conhecimento tem base exclusivamente científica, havendo uma supervalorização da ciência dentro do ensino. Nas palavras do próprio Flexner: *“O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”*. E para finalizar DA ROS descreve:

“Flexner via a educação médica como destinada a pessoas da elite, com o aproveitamento dos mais capazes, inteligentes, aplicados e dignos. Daí, talvez, as acusações que lhe são feitas em relação a preconceitos quanto a pobres, negros e mulheres. Ilustra a sua visão discriminadora, a sua opinião sobre o acesso de cidadãos negros à educação médica por considerar que eles seriam as pessoas mais adequadas para servir às suas próprias e carentes comunidades.”

Como já foi afirmado antes, a implantação desse modelo tanto no ensino quanto na prática médica, sofreu um processo bem diferente entre os locais. Foi na Europa que nasceu o movimento pela reforma médica nas bases do biotecnicismo, onde processo iniciou na Alemanha, com um ensino médico centrado no laboratório, na hierarquia, na especialização, no hospital e na pesquisa experimental, mas enfrentou muitas resistências por conta do enfrentamento ao modelo de ensino Francês. Nos EUA o processo foi bem mais fácil, onde o modelo Francês foi absorvido bem parcialmente, o que facilitou muito a transformação do modelo biomédico em hegemonia por toda América do Norte.

No século XX nos EUA, o ensino médico era um verdadeiro “mangue” (bagunçado em baianês). Nesse período, existia uma livre abertura de escolas médicas, pois não havia necessidade de concessão estatal para que elas abrissem as portas. O resultado foi o caos instalado: o ensino tinha diversas abordagens diferentes que passavam do misticismo sem fundamentação teórico-científica nenhuma, até a fitoterapia e homeopatia com graduação bem estruturada e muitos médicos praticantes, com grande aceitação social. Boa parte das escolas eram abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização e sem equipamentos, a forma de entrada do aluno e o tempo do curso variavam de acordo com a escola e o modelo proposto de ensino. A margem desse período começa a surgir um crescimento da indústria farmacêutica, comprando, por exemplo, espaços para propaganda nas publicações da *American Medical Association*. Esse é o início da parceria entre a corporação médica e a indústria farmacêutica, resultando na época em pressões para uma reforma médica urgente.

É no meio dessa conjuntura que surge a figura de *Abraham Flexner*, que nasceu em Louisville, Kentucky, em 13 de novembro de 1866. Depois de concluir seus estudos de pós-graduação em 1906, Flexner muda-se para Berlim em 1907 e escreve sua primeira crítica ao sistema de educação dos EUA. Em 1908, quando volta ao seu país, os seus escritos resultam em um convite do presidente da *Carnegie Foudation, Henry S. Pritchett* para fazer um estudo sobre a educação médica nos EUA e no Canadá. Flexner visitou e avaliou 155 escolas em apenas 6 meses. Seu método de avaliação é totalmente questionável. Flexner teve em torno de um dia para avaliar cada escola e os relatos são de que esse processo foi feito de forma bem arbitrária, sem um instrumento de coleta de dados e avaliação padronizado, feito por apenas um pesquisador e com tempo limitado para uma análise mais profunda. O que ocorreu na verdade foi um “*passeio de mãos nos bolsos*” pelas escolas. O próprio FLEXNER afirmou:

“Uma volta pelos laboratórios revelava a presença ou ausência de aparelhos, espécimes de museu, biblioteca e alunos; o cheiro contava a história toda da forma pela qual a anatomia era estudada... Em umas poucas horas, uma estimativa confiável pôde ser feita a respeito das possibilidades de ensinar medicina moderna em quase todas as 155 escolas que visitei.”

Com base nessas avaliações, publicou em 1910, seu famoso relatório que até hoje é conhecido como “*Relatório Flexner*”. Nesse mesmo ano, Flexner retorna para Europa com o objetivo específico de estudar a educação médica. Depois de aprofundar o conhecimento sobre o ensino médico alemão, Flexner retorna aos EUA para fazer parte, em 1912, da *General Education Board* (fundação educacional dos EUA que pertencia a *Rockefeller Foundation*), para analisar as universidades da América do Norte. A questão é que Flexner tinha uma grande capacidade como administrador e uma habilidade incrível para manipular as instâncias de poder, além de saber se autopromover muito bem. Quando ele chega ao cargo permanente da General Education Board, com o apoio da Rockefeller Foundation e utilizando a filantropia como ferramenta para subsidiar instituições sem a necessidade de aprovação societária ou governamental, Flexner rapidamente consegue padronizar o ensino médico por toda América do Norte nos moldes da *Johns Hopkins University*. Com esse fim, a fundação Carnegie investiu U\$ 300 milhões entre 1910 a 1930 (uma quantia muito elevada para a época). A fundação Carnegie com certeza esperava um grande retorno, o processo de propagação do modelo flexneriano é descrito por DAROS:

“Flexner considerava a maioria das escolas médicas dos EUA e Canadá desnecessária e/ou inadequada. Fez planos e mapas pormenorizados, onde estabelecia o número, a alocação e a distribuição das escolas de Medicina no Canadá e nos EUA. Em sua opinião, das 155 escolas existentes, apenas 31 tinham condições de continuar funcionando. Nos EUA, o número de escolas de Medicina caiu de 131 para 81 nos 12 anos posteriores ao informe. O número de escolas médicas homeopáticas diminuiu de 20 para 4 entre 1910 e 1920. Muitas se converteram ao modelo biomédico. A última escola de fitoterapia foi fechada em 1911. Cinco das sete escolas para negros foram fechadas. A escola médica se elitizou e passou a ser frequentada pela classe média alta.”

Articulado com a American Medical Association, o Relatório Flexner teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas avaliadas. O modelo flexneriano definiu diretrizes que norteiam a educação médica dos EUA até hoje, mesmo já tendo passado mais de um século, e ainda proporcionou diversos impactos em várias outras partes do mundo, inclusive no Brasil. Em nosso país, a reforma flexneriana veio um pouco mais tarde protagonizada por *Silva Mello*, médico brasileiro que teve parte de seus estudos também na Alemanha. Esse modelo começa a ser implantado no Brasil a partir de 1950. No início, Silva Mello teve muitos entraves - ele não possuía a influência que Flexner tinha e a conjuntura brasileira nessa década era muito pouco favorável ao biotecnicismo. Com o investimento da Rockefeller Foundation na construção da Faculdade de Medicina – USP (para se tornar a escola referência no Brasil assim como a Johns Hopkins foi nos EUA) e o golpe militar em 64, as portas se abriram para esse projeto: saímos de 26 escolas médicas para 53 em 1973 e todas tinham conteúdo curricular determinado pelo governo militar, e obrigatoriamente, o método utilizado tinha que ser o flexneriano. Acompanhando a conquista da hegemonia do modelo flexneriano, alguns setores no Brasil crescem em velocidade absurda. DA ROS descreve:

“Os setores que se devolvem são a Federação Brasileira de Hospitais, a Abifarma (Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica), a medicina de grupo (Abrange - Associação Brasileira de Medicina de Grupo) e os produtores de equipamentos. Hipertrofiam-se as faculdades de medicina, onde não se ensina mais terapêutica. Fragmenta-se o curso em múltiplas disciplinas/especialidades, as aulas são ministradas pelo especialista mais atualizado (e não por quem entende de educação).”

São inegáveis as transformações que o Relatório Flexner proporcionou ao ensino médico, principalmente nos EUA. A partir desse trabalho foi possível regulamentar e regularizar o ensino médico na América do Norte, a partir da busca pela excelência no ensino. O grande avanço da ciência ocasionado pelo modelo biomédico melhorou os diagnósticos e processos terapêuticos, assim como tivemos avanços com as vacinas e as tecnologias imprescindíveis nos exames complementares e nos processos cirúrgicos. Portanto, não se trata aqui de negar o modelo unicausal, e sim apontar o quanto o mesmo errou gravemente ao centralizar e limitar a sua abordagem em algo biológico, reducionista, mecanicista, curativista e cartesiano.

Levando em conta o conceito de saúde da 8ª CNS, podemos perceber o quanto essa proposta limita e exclui tudo que está ao redor do indivíduo, onde ele se localiza dentro da sociedade, para explicar seu adoecimento apenas pelo agente etiológico. Que a sua presença dentro do organismo humano causa a doença e nada mais interessa nesse contexto. Estamos assim reduzindo o próprio indivíduo a um conjunto de órgãos e sistemas e esquecendo que o mesmo vive em uma comunidade, que vive em uma sociedade, que trabalha de tal forma, que vive de tal forma, que come de tal maneira. Enfim, estamos aí “tratando” uma “coisa” e não uma pessoa: é a prática da coisificação humana.

A influência do cartesianismo nesse processo é bem notável. Essa forma de pensar fragmenta a prática em saúde em especialidades, e por este modelo ser centrado nessa forma de pensamento, a prática é centrada nos especialistas, onde apenas eles podem resolver os problemas de saúde das pessoas (lembrando que não se trata aqui de negar as especialidade e sim a extrema especialização e a centralidade da prática desses profissionais). Dentro disto existem vários problemas. O primeiro ponto é a redução do humano a tal especialidade, onde o indivíduo não terá uma assistência integral, pois o especialista só vai até onde os limites de sua especialidade alcança. Ou seja, se a pessoa estiver com pneumonia e no local só tiver um neurocirurgião, o mesmo, apesar de ser médico, não conseguira cuidar do paciente pois se especializou tanto que acabou desaprendendo o geral. Outro ponto é que essa divisão está ligada a produção do conhecimento, ou seja, a ciência nessa proposta está referenciada na produtividade e não no social. Não importa se as pessoas ainda morrem de leishmaniose visceral, o que importa é qual retorno uma pesquisa dessas dará a tal especialidade e a quem lhe financia. Um último ponto é a dimensão econômica do trabalho. MENDES afirma que as especializações são divisões técnicas do trabalho, e descreve:

“A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene de seu próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho.”

A grande centralidade no positivismo acaba transformando o médico, por exemplo, em um “Deus” e o paciente em seu “vassalo”. Tem-se aí uma relação perigosa e destrutiva na prática médica. A relação médico-paciente é hierarquizada dentro desse contexto dando ao profissional um grade biopoder em relação ao paciente. Por exemplo, os livros acadêmicos instruem os médicos que deixem os pacientes se expressarem livremente durante a anamnese, mas ao mesmo tempo orienta que a anamnese deve ter sempre um sentido de intenção diagnóstica e terapêutica, ou seja, cientificamente comprovado. Na prática o paciente não falou livremente, pois o médico só absorveu dentro da sua perspectiva, o “dono do saber” nesse ponto ignora o “dono do corpo”. Dentro dessa prática, muitas vezes, utilizam os procedimentos cientificamente mais indicados, mas não existe a garantia que o método escolhido é o que garante mais anos de vida ou anos de vida felizes. Nessa lógica entra uma “doença” da prática médica: a clínica normativa, onde o indivíduo não tem autonomia sobre os procedimentos terapêuticos. Em nenhum momento o paciente tem compreensão do motivo daquela terapia ter sido escolhida. O indivíduo não faz parte da construção, sendo apenas um recipiente vazio que deve obedecer ao médico.

O uso excessivo de tecnologia causa mais danos ao paciente do que benefícios e os efeitos colaterais que podem resultar dessa prática errada são diversos. A substituição do exame físico pelos exames complementares é muito mais evidente do que pensamos. Hoje se utiliza a tecnologia de forma equivocada e quem paga o preço por esse mau uso é o povo. PORTO descreve:

“A incorporação tecnológica passou a produzir, em graus variáveis, efeitos colaterais, como interferência na relação médico-paciente, novos riscos; iatrogenia; níveis exagerados de especialização; institucionalização dos cuidados de saúde; aumento nos custos dos serviços; distorção na alocação de recursos no sistema de saúde etc.”

Um outro ponto muito contraditório dentro desse modelo é a limitação de uma prática apenas em indivíduos e de forma curativista. Quem fez a primeira grande crítica a esse modelo de intervenção foi **Ivan Illich** em seu livro **“A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina”**. Ele chega a comparar o papel social do ato médico nesses moldes com os sacerdotes que achavam que a doença era algo sobrenatural, e afirma que: *“as doenças não foram alteradas de maneira mais notável pelos rituais da clínica médica do que pelos costumeiros exorcismos ao pé dos altares religiosos”*. Essa é uma afirmação um tanto que perigosa, mas o que Illich queria dizer é que as doenças, muitas endêmicas, que existiram na humanidade e as recentes da época do seu trabalho (1975), não foram alteradas por causa da prática médica, e que uma pessoa que a medicina conseguia salvar, não alterava o quadro geral de mortalidade. O que identificamos em sua tese não é uma negação a prática médica individual e curativista e que ela tem seu papel, mas essa não é central na prática em saúde. Não podemos esperar as pessoas adoecerem para intervir nas questões, como o famoso ditado popular nos ensina que é melhor prevenir do que remediar. Além de ser mais caro apenas curar, é muito pior para a população está sujeita apenas a essa prática. O fato é que quando Illich traz em seu livro os dados, eles são espantosos. Realmente as grandes doenças que perturbaram a humanidade, responsáveis por grandes taxas de mortalidade, entraram em processo de extinção antes mesmo de se desenvolver os antibióticos e as vacinas. ILLICH descreve:

“A tuberculose, por exemplo, atingiu o apogeu em duas gerações. Em Nova York, a taxa de mortalidade era da ordem de 700 para 100.000 em 1812, e baixou para 370 por volta de 1882 — quando Koch estava ainda se preparando para cultivar e colorir o primeiro bacilo. Mesmo que a tuberculose mantivesse sempre o segundo lugar entre as causas de óbito, a sua taxa já havia caído para 180 quando foi aberto o primeiro sanatório (local especializado para tuberculoso), em 1904. Depois da Segunda Guerra Mundial, antes do emprego dos antibióticos, havia passado para

11º lugar, com taxa de 48 para 100.000. Cólera, disenteria e tifo conheceram seu máximo da mesma forma e em seguida desapareceram, independentemente da ação médica. Quando a etiologia dessas moléstias foi compreendida e lhes foi aplicada terapêutica específica, elas já tinham perdido muito de sua atualidade. Adicionando-lhes as taxas de mortalidade da escarlatina, da difteria, da coqueluche e da varíola de 1860 a 1965, em crianças com menos de 15 anos, mostrasse que quase 90% da diminuição total da mortalidade durante esse período ocorreu antes da introdução dos antibióticos e da imunização em grande escala... A análise das tendências da morbidade mostra que o meio (noção que inclui o modo de vida) é a primeira determinante do estado de saúde global de qualquer população. A alimentação, as condições de habitação e de trabalho, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que permitem estabilizar a população desempenham papel decisivo na determinação do estado de saúde dos adultos e da idade em que têm probabilidade de morrer.”

Ele ainda conclui:

“Maior parte da despesa médica é destinada a diagnósticos e tratamentos cujo benefício para o paciente é nulo ou duvidoso, porque o seu efeito, em caso de sucesso, é mudar a patologia, frequentemente prolongando e intensificando o sofrimento [...]. Quanto mais o ato exige a intervenção do especialista ou de uma infraestrutura dispendiosa, maiores são as probabilidades: a) de que a esperança de vida do paciente submetido ao tratamento não será modificada pelo ato; b) de que o período de invalidez do paciente aumentará, e c) de que o paciente terá necessidade de tratamentos adicionais para ajudá-lo a suportar os danos, mutilações, angústias e dores provocados pela intervenção médica.”

Ainda dentro desse ponto Illich afirma que a prática centrada no curativismo origina uma nova epidemia chamada de **Iatrogênese**, do grego *iatros* (médico) e *genesis* (origem). Em sentido mais amplo, a doença iatrogênica engloba manifestações clínicas, sociais e culturais nos quais os medicamentos, os médicos, e os hospitais são os agentes causadores. As três manifestações são sistematizadas a seguir.

1. Iatrogênese Clínica – causada pelos próprios cuidados de saúde, resultando em danos à saúde atribuíveis à falta de segurança e ao abuso das drogas e das tecnologias médicas mais avançadas.
2. Iatrogênese Social – decorrente de uma crescente dependência da população para com as drogas, os comportamentos e as medidas prescritas pela medicina em seus ramos, curativo, industrial e ambiental. Ou seja, é a medicalização social, pois anula-se o sentido da saúde enquanto responsabilidade coletiva e estatal e dissemina na sociedade o papel do doente, que é um comportamento apassivado e dependente da autoridade médica.
3. Iatrogênese Cultural – consiste na destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor e a morte. É a perda das tradições criadas ao longo dos séculos, feitos para enfrentar tais questões durante a vida (como a espiritualidade). Esses saberes populares vem sendo substituídos pela figura da autoridade do médico e suas técnicas milagrosas que criam uma promessa ilusória de estender indefinitivamente a existência do ser.

Por fim, o modelo biomédico é completamente incompatível com Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo do SUS preconiza uma atenção integral, equânime, universal e com participação social, exige antes de tudo ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação. CUTOLO sistematiza a incompatibilidade do modelo biomédico com o da reforma sanitária no quadro seguinte:

MODELO	BIOMÉDICO	REFORMA SANITÁRIA
Concepção Saúde e Doença	Biologicista	Biologicista, higienista, preventivista, social
Ação	Recuperação e reabilitação	Recuperação, reabilitação, proteção, promoção
Princípio	Fragmentação	Integralidade
Locus	Hospital, Policlínica	Hospital, Unidades Básicas de Saúde, Unidade Saúde da Família, comunidade, creches, asilos, associações
População	Objeto (não participa)	Sujeito (participação popular)
Usuário	Paciente	Paciente-cidadão
Decisões	Centralizadas	Localizadas
Acesso	Restrito	Universal
Profissional	Médico	Médico e equipe (interdisciplinar)
Responsabilidade	Cura do doente	Também, mas melhoria das condições sanitárias

Os elementos que introduziram esse modelo no mundo e que tenta mantê-lo até hoje, é a empresa médica ou complexo-médico-hospitalar. Essa empresa, como qualquer uma, visa o lucro incessantemente. É importante avaliar que se esse não fosse o objetivo, porquê fundações privadas como a Rockfeller (dona do aço no EUA) e Carnegie (dona do petróleo nos EUA) teriam investido tanto dinheiro? O direito a saúde enquanto universal é algo imprescindível, e a saúde das pessoas não pode se tornar uma mercadoria, onde quem não pode pagar simplesmente adoece e morre. A classe trabalhadora, por não ter como arcar com o custo, é a mais afetada por essa lógica. A empresa médica formada pela indústria farmacêutica, hospitais privados, planos e seguros de saúde e indústria de equipamentos é a maior beneficiada: quando introduzimos medicamentos de forma excessiva nas pessoas quem ganha é a indústria farmacêutica, quando utilizamos muita tecnologia sem necessidade quem ganha é a indústria de equipamentos, quanto mais o povo adoece quem ganha são os hospitais privados e quando a população só enxerga o curativismo como alternativa e ainda se ilude com a sua eficácia e necessidade, são os planos e seguros de saúde quem ganham. No fim, toda crítica feita as contradições do modelo unicausal, foram na verdade, feitas a empresa médica, pois ela criou as contradições e ela as mantém até hoje. A nossa crítica ao complexo-médico-hospitalar se resume na citação abaixo de ILLICH:

“A empresa médica ameaça à saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado. Uma estrutura social e política destruidora apresenta como alibi o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar [...]. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado.”

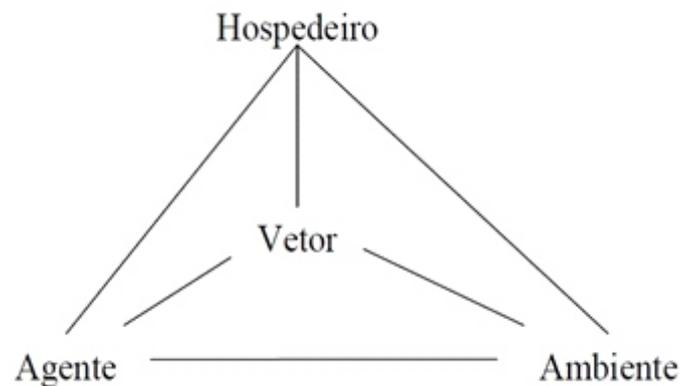
Multicausalidade

Depois de anos de sustentação, quase sem questionamentos do modelo biomédico, vê-se a imprescindível necessidade de se pensar em uma outra forma de explicar o processo saúde-doença dos indivíduos. Nesse contexto surge, não por acaso, o pensamento da *História Natural da Doença* (HND), formulada principalmente por *Leavell e Clark*. Seus formuladores definem a HND como:

“Nome dado ao conjunto de processos interativos compreendendo as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.”

A História Natural da Doença é sequenciada em dois períodos onde a passagem de um momento para o outro significa o fenômeno da enfermidade. Ou seja, no primeiro período há ausência de doença e no segundo momento há presença de patologia. O primeiro momento é a pré-patogênese e sequencialmente surge o período patogênico.

- **Pré-patogênese:** envolve as inter-relações entre o agente etiológico, o homem e o ambiente estimulante de enfermidade. Nesse período centra-se o estudo em fatores que podem condicionar patologias futuras aos indivíduos. A tríade epidemiológica mostra bem o que acontece nessa fase.



Gordis, L. 2000. Epidemiology

Hospedeiro: idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, características genéticas, história patológica pregressa, estado imunológico, estado emocional.

Agente: biológico (microrganismos), químicos (mercúrio, álcool, medicamentos), físicos (trauma, calor, radiação), nutricionais (carência, excesso).

Ambiente: determinantes físico-químicos (temperatura, umidade, poluição, acidentes), determinantes biológicos (acidentes, infecções), determinantes sociais (comportamentos, organização social).

- **Patogênese:** envolve a transição de não enfermo para enfermo, a evolução do processo saúde-doença visto por dentro do indivíduo. Analisa-se as modificações bioquímicas, fisiológicas, histológica e anatômicas provocadas pela enfermidade. LEAVELL e CLARCK dividem o período da patogênese em quatro estágios:
 - Período de patogênese precoce: é o período que ocorre o rompimento do equilíbrio da saúde, porém, não existem sinais clínicos que isto ocorreu.
 - Período de doença precoce discernível: quando é possível diagnosticar clinicamente a doença ou alterações das condições de saúde do indivíduo. Nesse momento caracteriza-se pelos primeiros sintomas da enfermidade.
 - Período da doença avançada: nessa fase a doença já apresenta sua forma clínica máxima, causando alterações marcantes no organismo.
 - Período de convalescência: neste período ocorre o desfecho da enfermidade, ou seja, pode ocorrer a recuperação, a invalidez, a cronificação ou a morte.

Com a identificação precisa dos marcos que separam a fase pré-patogênica da fase patogênica e dentro da fase patogênica as etapas de evolução da enfermidade, a HND aponta estratégias de ação para impedir a fase patogênica, recuperar o indivíduo ou diminuir o máximo possível às sequelas causadas pela enfermidade. Essas estratégias se dividem em três tipos de prevenção:

1. Prevenção primária

- 1.1. **Promoção da saúde:** são medidas gerais visando aumentar a saúde e o bem estar das pessoas. As ações incluem melhoramento na nutrição das pessoas, nos hábitos de vida, na formação psicológica dos jovens, etc. A educação em saúde é de extrema importância nessa ação, toda doença que leve o paciente ao médico oferece uma oportunidade para o aconselhamento das formas que o indivíduo tem para melhorar sua saúde.
- 1.2. **Proteção específica:** compreende medidas aplicáveis a uma doença ou grupo de doenças específicas, visando interceptar as causas das mesmas antes que atinjam o homem. O conhecimento das inter-relações que produzem o agente etiológico, proporciona subsídios para que essa relação seja interrompida em determinado ponto antes de afetar o homem, e essa interrupção evita que os indivíduos fiquem doente. Por exemplo, as vacinas x são formas específicas de evitar as doenças x, mas a mesma vacina x não terá efeito em doença y. Para doença y poderia ser implantado saneamento básico nas comunidades, pois a causa do contato do agente etiológico y com o homem é o esgoto exposto na rua e a ingestão de água não potável.

2. Prevenção secundária

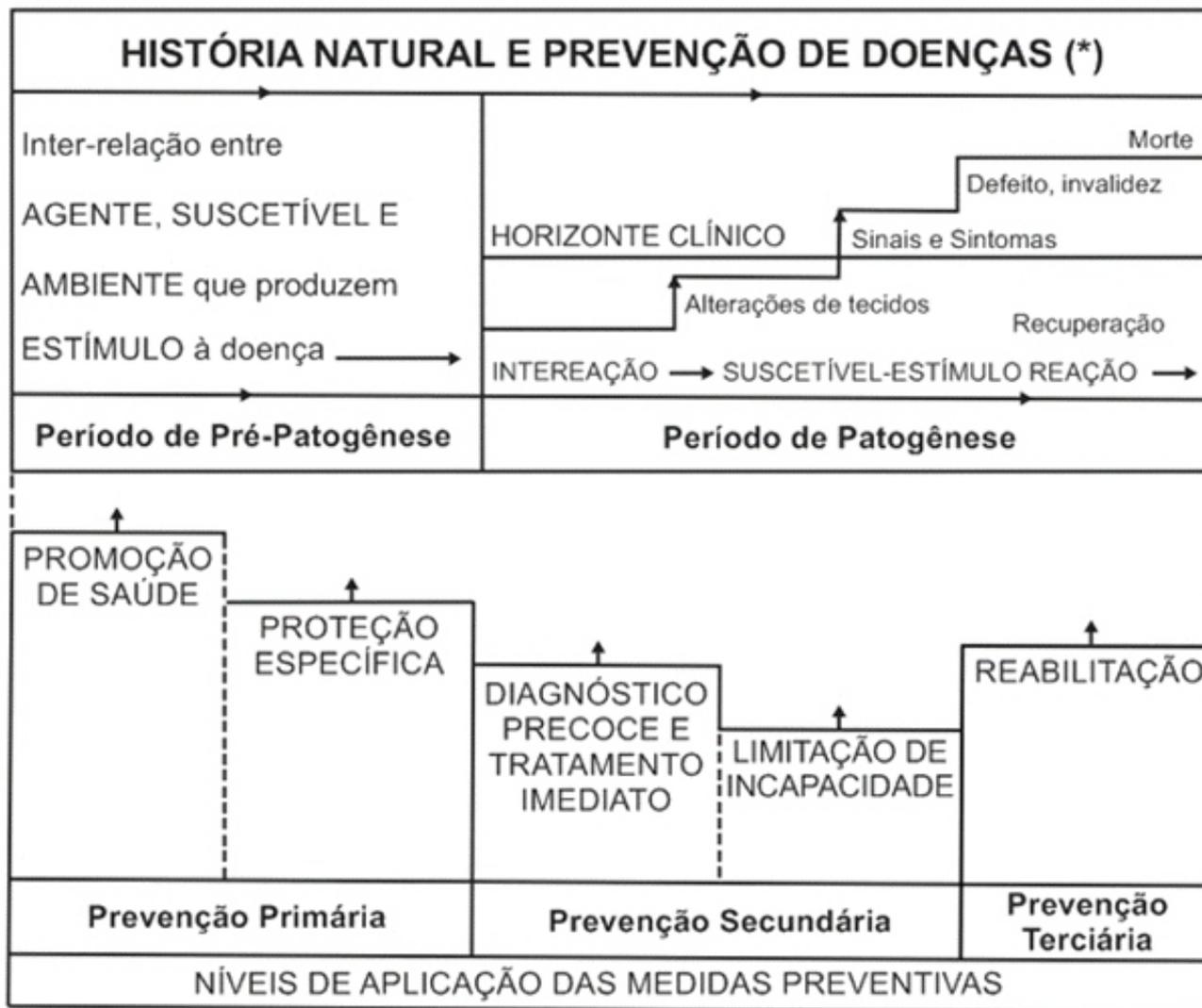
- 2.1. **Diagnóstico precoce:** o sucesso de um tratamento depende, em grande parte, da identificação dos casos em seus primeiros estágios. Daí a necessidade do diagnóstico no início do processo clínico. Acontecendo isso e entrando imediatamente com o tratamento é possível prevenir o indivíduo da progressão da doença ou prevenir outros indivíduos de contrair a doença por protegê-lo da exposição do agente infectante.
- 2.2. **Limitação da incapacidade:** este nível implica na prevenção ou no retardamento das consequências de moléstias clinicamente avançadas. É apenas o reconhecimento tardio, devido ao conhecimento incompleto dos processos patológicos, que separa este nível de prevenção do anterior.

3. Prevenção terciária

- 3.1. **Reabilitação:** é a prevenção da incapacidade total, depois que as alterações anatômicas e fisiológicas estão mais ou menos estabilizadas. Tem como principal objetivo o de recolocar o indivíduo afetado em uma posição útil na sociedade, com a máxima utilização de sua capacidade restante.

Hoje, já existe o debate da “prevenção quaternária”, entendida enquanto a capacidade do profissional de impedir que o paciente sofra de agravos produzidos pelo próprio sistema de saúde.

Em resumo, as formulações de LEAVELL e CLARCK são um processo dividido em duas fases (pré-patogênese e patogênese), e com o conhecimento inteiro desse processo pode-se usar três níveis diferentes de prevenção, chamadas de: primária (promoção da saúde e prevenção específica), secundária (diagnóstico precoce e limitação da incapacidade\ (reabilitação). O conceito de saúde desse pensamento é o mesmo adotado pela *Organização Mundial da Saúde* (OMS), onde: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.



(*) LEAVEL & CLARK, 1976

São inegáveis os avanços que esse pensamento trouxe ao campo da saúde. Depois de muito tempo, finalmente se admitia que a saúde não era efeito apenas de agentes etiológicos, mas de questões sociais também. Finalmente voltava-se a falar de prevenção e dava visibilidade ao conceito de promoção em saúde. Mas mesmo com esses avanços, não podemos deixar de fazer as devidas críticas a esse modelo. Em resumo, a HND proposta por LEAVELL e CLARK é uma atualização do modelo biomédico ou unicausal, a essência do modelo biológico permanece e suas práticas também.

Em primeira análise, observa-se o equívoco da explicação do processo saúde-doença quando o modelo se divide em 2 períodos, sendo um indicativo de saúde e outro de doença. Dentro desse sentido temos um indivíduo que apenas por conta do lugar onde se posiciona na descrição cronológica da tese é determinado enquanto saudável, mas se estivesse em um ponto onde ultrapasse a fronteira da saúde, este mesmo indivíduo estaria doente. Dentro da prática em saúde que acreditamos é um tanto contraditória essa explicação. Ser médico não nos dá a autorização para dizer quando o outro está doente ou quando está saudável e nem podemos compreender os fenômenos históricos do adoecimento (como propõe a HND). Este é um erro crônico que nos persegue há muito tempo. Esse esquema de “arrumação” proposto pelo HND, nada mais é que um esquema cartesiano com 2 pontos específicos e uma fronteira.

O primeiro período, o da pré-patogênese, coloca o ambiente como o grande fator determinante do desequilíbrio da relação agente – hospedeiro e explica este mesmo ambiente como um prato homogêneo de fatores, físicos, químicos, biológicos e sociais, sendo que todos esses fatores detêm papéis idênticos nessa determinação. O que temos na realidade é apenas uma citação do social, sendo que nesse modelo esse elemento não é explicativo das coisas: ele apenas participa com igual nível de influência, transformando o social em mito, produzindo nesse sentido uma alienação e despolitização. AROUCA e LAURELL afirmam respectivamente:

“População e comunidade utilizadas como mito servem para neutralizar o conceito de classes, de interesses conflitivos, ou seja, estão encarregadas de despolitizar a pluralidade dos grupos e das minorias, empurrando-os para uma coleção neutra, passiva. Da mesma maneira funciona o “contexto econômico e social”, como um mito na medida em que refere-se a eles sem colocá-los em um conjunto hierarquizado de determinações; ao igualá-los às categorias químicas, físicas e biológicas e fundamentalmente ao explicar o mecanismo de sua operação estamos retirando o seu conteúdo. Assim, a Medicina Preventiva liberta-se do unicausalismo para prender-se nas redes de causalidade.”

“Sem dúvida, o modelo multicausal tampouco consegue dar uma resposta satisfatória aos problemas colocados. As razões deste fracasso são de ordem distinta. A mais profunda, talvez, é dada por sua conceituação declaradamente agnóstica, que coloca um paradoxo: pretender explicar partindo da suposição da impossibilidade de conhecer a essência das coisas. A limitação mais imediata do modelo multicausal, sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a “fatores de risco”, que atuam de maneira igual.”

Outro ponto dúbio dessa teoria é a orientação para a prática, quando dentro da prevenção primária as orientações se restringem ao campo do individual. As proteções específicas são centradas em imunizações e a promoção em saúde nos hábitos de vida do indivíduo, utilizando como prática, a educação em saúde normativa e punitiva. O usuário nesse processo educativo não tem autonomia e o profissional é apenas um transferidor de normas de conduta que o paciente deve acatar sem compreender o motivo, sujeito a “morte” se não adequar essas normas em seu hábito de vida. Reproduz em sua prática a mesma culpabilização dos indivíduos do modelo unicausal, ignorando o social como explicativo dos fenômenos e centra nas atitudes individuais como grande determinante do processo saúde-doença. Diversos estudos mostram que a centralidade nos hábitos de vida (fumar, sedentarismo, uso de álcool) para explicar as situações de risco à saúde é equivocada. Esses hábitos, em comparação com a sua condição social não são tão significativos. Assim, segundo BUSS, *“As importantes diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois se controlamos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas.”* BUSS ainda acrescenta relatando um importante estudo da época que mostra algumas diferenças que só não são maiores porque a comparação acontece entre funcionários públicos dos níveis altos com os mais baixos. Se essa comparação fosse feita entre um recorte real de classe econômica a proporção seria ainda maior, vejamos:

“O clássico estudo de Rose e Marmot (1981) sobre a mortalidade por doença coronariana em funcionários públicos ingleses ilustra muito bem esta situação. Fixando como um o risco relativo de morrer por esta doença no grupo ocupacional de mais alto nível na hierarquia funcional, os funcionários de níveis hierárquicos inferiores, como profissional/executivo, atendentes e outros, teriam risco relativo aproximadamente duas, três e quatro vezes maiores, respectivamente. Os autores encontraram que os fatores de risco individuais, como colesterol, hábito de fumar, hipertensão arterial e outros explicavam apenas 35 a 40% da diferença, sendo que os restantes 60-65% estavam basicamente relacionados as diferenças entre os estratos sociais.”

No segundo período da HND, as práticas orientadas são as mesmas do modelo biomédico, sendo quase uma cópia de uma tese para a outra. O ponto mais gritante é o objetivo da reabilitação nessa perspectiva. Têm-se como horizonte de reabilitação a readequação do indivíduo em um papel útil a sociedade, uma completa distorção de qual é o real papel da medicina na recuperação e reabilitação do indivíduo. Nessa perspectiva, podemos realmente nos perguntar, o que seria um papel útil nessa sociedade?

O conceito de saúde é outra coisa muito complicada. Na perspectiva desse pensamento a saúde seria algo inalcançável, impossível de acontecer. Quando decidimos que o estado de saúde é um estado completo de bem-estar biopsicossocial, estamos afirmando que ninguém, absolutamente ninguém, irá alcançar esse estado. Na prática estamos afirmando que as pessoas sempre estarão doentes, reproduzindo a afirmação do modelo biomédico de que um indivíduo sadio é um ser deficientemente estudado, produzindo nesse sentido uma dependência gigantesca da medicina, já que nunca seremos sadios, com a reprodução da medicalização da sociedade. Para o sistema de saúde, esse pensamento é completamente inviável, sendo muito custoso e não resolve os reais problemas da população.

Por fim, a História Natural da Doença, em sua essência é equivocada, pois apesar de contar o processo saúde doença de forma cronológica, essa sequência temporal não se caracteriza pela historicidade. Os elementos utilizados nessa tese são cronológicos, mas são a-históricos porque na prática não tem relação com a história da humanidade, como se fosse natural as comunidades deterem determinados perfis de adoecimento. AROUCA afirma:

“O homem é colocado com seus atributos em um ponto, não é o homem como ser histórico em sua relação com a natureza através do trabalho, em que esta passa também a ser histórica, não é o homem constituído pelo conjunto de suas relações sociais, enfim não é o homem que fala, produz e vive, mas o conjunto de seus atributos que se transforma em fatores de morbidade. As técnicas (condutas) e os objetivos da Medicina, classificados em níveis de prevenção, ganham uma dimensão a-histórica no espaço da sua neutralidade, são cronológicos no sentido de que possuem um desenvolvimento no tempo, mas não são históricos, pois lhes falta a historicidade. Assim, ao tornar-se natural, o paradigma deixou de ser histórico e metamorfoseou-se em mito, na medida em que uma das funções do mito é exatamente fazer desaparecer a história do seu objeto, ao tornar-se mito o que desaparece é a articulação histórica da medicina com a sociedade da qual emergem os diferentes saberes, as taxonomias, as legitimações e as geometrizações deste espaço contraditório da saúde e da doença.”

Determinação Social

O entendimento do processo saúde-doença avança para uma direção cuja visão se posiciona contra a fatalidade do “natural”, dá-se ênfase ao estudo da estrutura socioeconômica a fim de explicar o processo saúde-doença de maneira histórica. Mas não podemos nos restringir apenas a determinação social, pois ela não se esgota nisso. Existe também o caráter biológico no processo saúde-doença, portanto este pensamento, diferente dos outros, não pensa de forma reduzida e sim de uma forma ampliada de conceito. O processo saúde-doença é social e biológico e não é contraditório esse caráter simultâneo. Essa afirmação é verdadeira se analisarmos que a própria normalidade biológica humana é social, pois não é possível explicar essa normalidade destoadada do processo histórico. Por exemplo, não é possível definir qual é a duração normal do ciclo da vida humana, pois a duração do mesmo sempre variou diversas vezes, sempre atrelado ao contexto social da época. Portanto, se podemos explicar a “normalidade” biológica em função do social, podemos também explicar a “anormalidade”.

Exemplificando esse caráter duplo, observamos que a forma como se trabalha hoje é de caráter social, só que ao mesmo tempo biológico, pois implica em determinada atividade neuromuscular, metabólica, fisiológica, etc. Quando comemos, o ato de comer em si é biológico, mas o que se come é um fato social. LAURELL nos ajuda a compreender melhor esse dilema:

“O fato e se haver definido que o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos [...]. Isto significa reconhecer a especificidade de cada um e, ao mesmo tempo, analisar a relação que conservam entre si, o que implica em conseguir as formulações teóricas e as categorias que nos permitam abordar seu estudo cientificamente [...]. Temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro. Na verdade, enfrentamos uma “caixa negra,” na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela [...]. Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde-doença aponta, por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. Esta conceituação nos faz compreender como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação a este respeito.”

Analisando o processo saúde-doença como caráter duplo (social e biológico), ao mesmo tempo classificando esse processo como único e admitindo uma hierarquia do social sobre o biológico, podemos afirmar que o processo saúde-doença é determinado pela forma como se produz riqueza, como é distribuída e as relações que surgem a partir dela, ou seja, o modelo econômico de nossa sociedade. Vamos deixar claro que essa determinação social sempre existiu e sempre existirá. Não podemos pensar de forma negativa essa determinação, mas analisarmos que social é esse que define o nosso estado de saúde.

Pois bem, o modelo econômico de hoje se chama Capitalismo. Genericamente esse modelo de produzir riqueza é pautado em alguns princípios que são: propriedade privada, exploração do homem sobre o homem, acúmulo de riqueza na mão de poucos e lei da procura e oferta. Quando analisamos esse sistema no espectro da saúde, percebemos os danos que esse modelo econômico pode causar ao estado de saúde do povo. A produção de riqueza é pautada em uma grande maioria que é a força de trabalho assalariada e uma pequena minoria que detêm e acumula a grande maioria da riqueza. É como você distribuir 90% da riqueza para 10% da população e 10% do restante da riqueza para 90% da população.

Nos princípios do sistema temos uma grande má distribuição do que se produz na sociedade, e as relações a partir dessa produção são de exploração de poucos sobre muitos e o objetivo da produção é pautado no lucro e não no bem social. Essas características causam uma grande desigualdade social entre pessoas e países e uma destruição gigantesca nos recursos naturais, que influencia de forma significativa na forma como as pessoas adoecem. Portanto, a grande questão não é evitar uma determinação social do processo-saúde doença, mas sim evitar uma determinação negativa. BREILH e LAURELL afirmam respectivamente:

“O modelo que temos agora não é simplesmente o capitalismo, mas o capitalismo acelerado, uma locomotora destrambelhada. Para poder acelerar a acumulação de capital nessa grande lógica da sociedade, estão-se pressionando os rendimentos dos trabalhadores, impondo condições mais graves de trabalho, utilizando tecnologias sem princípios de precaução suficientes. Então, esse processo de aceleração se faz inclusive sobre a base da pilhagem: ou seja, uma empresa, por meios fraudulentos, toma a terra, a água, os recursos vitais de um povo. Em toda a América Latina, as grandes corporações estão fazendo uma compra massiva de terra e água, estão também com processos transgênicos para definir um monopólio das sementes. Uma agricultura na qual a terra já não é sua, a água já não é sua, as sementes não são suas mostra a perda de soberania sobre a alimentação, e um povo que não tem soberania sobre a alimentação é absolutamente vulnerável. As pessoas estão condicionadas a viver dessa forma que não é boa para a sua saúde, com sistemas de trabalho cada vez mais perigosos, sistema de consumo baseado no desperdício, uma forma que não é protetora de um buen vivir, mas de um consumo comercial, despojada de recursos de defesa, de suportes de organizações protetoras coletivas e comunitárias. Você, como indivíduo, tem que se mover em uma margem muito restrita de condições, e estas condições estão produzindo doenças evidentes”

“Em termos muito gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Em nossa opinião, as categorias sociais adotadas do materialismo histórico, que nos permitem desenvolver esta proposição geral e aprofundar e enriquecer a compreensão da problemática da essência do processo saúde-doença e sua determinação, são a classe social, tal como propõe Breilh e o processo de trabalho como foi desenvolvido em outro trabalho.”

Para não ficar parecendo que estamos no campo do abstrato, precisamos exemplificar de forma mais concreta como o social interfere no biológico, ou seja, como o nosso modelo econômico determina o processo saúde-doença das populações. Para fazer tal exemplificação, iremos dividir em 3 espectros de influências no adoecimento das pessoas, apenas por motivos pedagógicos: o modo de vida das pessoas, o estilo de vida delas e o meio biológico.

Modo de Vida

Esse campo de determinação social é o meio onde o indivíduo está inserido em seu dia-a-dia, a sua casa, o seu trabalho, a sua renda, crença, classe social, alimentação, saneamento básico, assistência em saúde, etc. São elementos que a pessoa por si só não tem controle. É um erro pensarmos que as pessoas moram em favelas porque querem, ou porque trabalham 16 horas por 20 reais semanais porque querem, ou ficam sem assistência médica porque querem. O modo de vida é um espectro que as pessoas sozinhas não tem autonomia alguma, ela segue o que lhe é determinado e sozinha a mesma não tem como fazer nada. Vamos aos exemplos.

A política de produção de alimentos hoje é pautada no agronegócio. Ou seja, centrada em três elementos: latifúndio, agrotóxico e transgênicos. Esse três elementos produzem uma grande iniquidade social, que se reflete muito na saúde.

O latifúndio é a grande concentração de terras nas mãos de poucas pessoas. Essa política produz um grande êxodo rural que acaba por produzir uma aglomeração gigantesca na zona urbana, resultando em desemprego, violência urbana, amontoados de barracos sem as mínimas condições de sobrevivência, etc. Uma “simples” opção de se concentrar terras nas mãos de poucos gera diversos problemas de saúde pública. Isso desde os adoecimentos por doenças infecciosas, até problemas de trauma por conta da violência. As pessoas que poderiam ter um lugar para trabalhar, se sustentar e viver dignamente, são obrigadas a viver de um jeito desumano.

O agrotóxico originalmente era uma arma química de guerra, usado, por exemplo, pelos EUA na guerra do Vietnã para matar a população de fome. Como os americanos não conseguiam avançar na guerra, eles passaram a pulverizar veneno nas plantações e nas criações do povo vietnamita. Com o fim da guerra, e a derrota do EUA, esses produtos precisavam ir para algum lugar. A ideia foi que eles fossem utilizados na agricultura, surgindo assim o agrotóxico que conhecemos hoje. Desde 2008 o Brasil é o maior consumidor de agrotóxico do mundo inteiro, e o nosso país vem financiando o uso em larga escala de uma arma química de guerra. Além dos danos causados pela ingestão dos alimentos com agrotóxicos, temos também somado ao latifúndio, um grande investimento estatal em produção de monocultura de soja, cana, algodão e milho para simples exportação. São terras produtivas que são usadas para produzir ração para gado europeu. Com o governo Lula, o Brasil passou a investir anualmente em média 100 bilhões no agronegócio e apenas 16 bilhões na agricultura familiar, sendo que os pequenos produtores são obrigados a provar que estão utilizando agrotóxicos para receber os míseros 16 bilhões. Hoje a agricultura familiar produz 70% dos alimentos que chegam em nossa mesa, os latifúndios produzem apenas 30%: seu maior foco é a exportação de matéria prima para energia e ração, e não para alimentos que consumimos. Os agrotóxicos causam diversos problemas de saúde. Os próprios Ministérios da Saúde, da Agricultura e do Meio Ambiente fazem a regulação dos venenos que são comprados e os mesmos autorizam diversos agrotóxicos que são proibidos em todos os outros países. Esse modelo de produção causa diversos problemas à saúde tanto para quem está trabalhando diretamente, como para quem consome esses alimentos. Diz um ditado popular que “a gente é o que a gente come”, ou seja, a nossa alimentação define muito nossa saúde e a mesma foge de nosso controle. Hoje no Brasil os únicos produtos sem agrotóxicos são aqueles alimentos caríssimos com a marca de orgânicos, que a classe trabalhadora nunca terá como comprar, sendo que até os produtos industrializados têm em sua matéria prima os agrotóxicos. Esse veneno além de prejudicar dia-a-dia nossa alimentação, também destrói a natureza, destruindo assim, de forma descomunal, os recursos naturais que são limitados. Vemos aí uma contradição importante: nosso alimento e nosso ambiente sendo destruídos por conta de uma política de produção rural do capital. Ou seja, somos obrigados a comer alimentos não saudáveis e por conta de nossa posição econômica, não podemos evitar isso sozinho. Hoje não temos autonomia nem no que comemos.

Casado ao latifúndio e aos agrotóxicos, temos os transgênicos que nada mais são do que as sementes resistentes a determinados agrotóxicos. Portanto, planta-se o alimento com determinada semente transgênica para utilizar determinado agrotóxico. Esse veneno mata tudo que estiver ao redor, menos aquela plantação. O grande problema desse uso descontrolado de sementes artificiais é o desaparecimento das sementes naturais (as chamadas sementes crioulas). Quando uma planta transgênica cresce, ela não produz semente. Ou seja, toda vez que o produtor plantar, ele nunca terá novas sementes, criando assim uma grande dependência dos produtores, pois as mesmas são patenteadas. Com o desuso da semente natural em detrimento da artificial, chegaremos em um ponto que não mais teremos plantações que produzam suas sementes para a próxima safra, causando uma dependência direta das sementes dessas multinacionais. Mas as empresas não tem liberdade de venda? E se as sementes ficarem muito caras? E se em algum processo de atrito político as empresas se negarem a vender? Se isso acontecer, morreremos de fome, pois a intenção é justamente acabar com a soberania alimentar dos povos para que seja mais fácil sua dominação. Um povo sem autonomia no que come é um povo necessariamente doente.

O trabalho por si só é outro fator que podemos utilizar como exemplificação prática de como o modo de produção influencia no processo saúde-doença. Por exemplo, um cortador de cana não escolhe trabalhar 12 horas para ganhar 20 reais por semana, uma condição de escravidão. Com essa renda, não é possível viver dignamente. Como pode uma pessoa conseguir saúde nessa situação? Outra situação são os milhares de trabalhadores que hoje sofrem com limitações nítidas por conta de problemas de saúde

causadas pela sua ocupação, muitos por acidentes de trabalho, outros porque o trabalho em si produz essas patologias. O que vivenciamos é um modo de trabalho doente, que não cumpre o seu real dever social: o de produzir riqueza para o bem comum. Vivemos em um modelo de exploração da força de trabalho, onde poucos ganham muito, sem se preocupar se os trabalhadores estão bem ou não. Nesse modelo, o trabalho é um dos maiores fatores sociais que provocam essa determinação negativa do processo saúde-doença. BREILH faz uma exemplificação sobre esse tema:

“Imagine uma senhora que tem problema de obesidade, é trabalhadora de uma fábrica com um horário de trabalho das sete da manhã até a noite, com apenas quatro dias de descanso por mês. Aí você diz a ela: 'a senhora tem que fazer exercícios, andar de bicicleta'. Ela irá lhe responder: 'em primeiro lugar, nunca tenho tempo livre, em segundo lugar, não tenho bicicleta, em terceiro lugar, no meu pouco tempo livre, tenho que lavar roupas dos meus filhos, cuidar da casa, etc.’”

O último ponto que iremos destacar nesse sentido é a organização do sistema de saúde. Se analisarmos tudo que já foi escrito nesse texto, vamos perceber o quanto a organização da assistência em saúde interfere na saúde das pessoas. Se o sistema é privado e não universal já teremos um modelo onde a grande maioria da população, não terá acesso a assistência em saúde. Em nosso atual modelo econômico, o adoecimento das pessoas é sim uma mercadoria e é na lógica de um sistema privado que esse modo de produção se beneficia de forma gigantesca. Para perceber isso, basta analisar o complexo-médico-industrial, que é um dos setores que mais lucram em todo mundo, perdendo apenas para o setor bancário, energético e bélico. A forma de se produzir cuidado é um ponto organizacional do sistema que interfere muito. Se pautamos uma assistência completamente cartesiana, hospitalocêntrica, positivista, reducionista e centrada nas especialidades, estaremos propondo uma assistência completamente deslocada da realidade do povo brasileiro. Também esse modelo é sustentado porque gera bastante lucro e é interessante ao nosso modelo econômico. Analisando essa perspectiva, percebemos que um sistema universal e centrado na atenção básica é completamente diferente de um modelo privado centrado no hospital e essa diferença se reflete na determinação social do processo saúde-doença.

Estilo de Vida

O estilo de vida, em tese, deveria ser o campo onde a livre escolha do indivíduo interfere nesse processo saúde-doença. Mas não é bem assim. O que deveria ser livre, o campo que teoricamente poderíamos ter mais autonomia (já que estamos falando de nossas escolhas), na verdade temos muito pouca. Essa perda da autonomia das escolhas tem muito a ver ao modo de vida que essas pessoas têm. O exemplo de Breilh retrata bem isso, a senhora do exemplo sabe que é obesa, sabe que isso causa diversos problemas, mas não tem como se cuidar, não tem como fazer exercício ou fazer determinada dieta, não pode porque sua situação não permite, sua carga horária é longa, se perde muito tempo com a mobilidade urbana e no pouco tempo livre que ela tem, a mesma deve cumprir as obrigações do seu outro trabalho, o doméstico. Não podemos achar que essa mulher trabalhadora escolhe ser obesa. A sua dupla jornada de trabalho (como operária e dona de casa), não permite que a mesma resolva seu problema, e não considerar esses fatos é culpar as pessoas por um problema que é estrutural e não de escolha individual dela.

Um segundo ponto que nos leva a pensar que as escolhas das pessoas são determinadas socialmente, é o próprio processo de formação da consciência dos indivíduos, onde os valores sociais que nós absorvemos interferem muito em nossas escolhas. Mas como seria isso? Em resumo, o processo de formação da consciência começa desde pequenos, quando logo que nascemos nós não temos consciência ainda, e ela será formada a partir de um processo. Segundo Freud, os seres humanos nascem com um elemento chamado ID, esse elemento seria a fonte dos desejos dos humanos. Ele é dividido em dois tipos: a) o da alimentação (engloba tudo que entendemos como imprescindível para a sobrevivência; b) o do sexo (engloba tudo que entendemos como prescindível para a sobrevivência. Junto com o ID, logo nos primeiros dias de vida, existe também outro elemento chamado EGO. Esse elemento seria o externo dizendo o que a criança pode ou não fazer. O EGO é na verdade um moldador do ID, classificando determinada coisa como imprescindível ou prescindível. Quando algo é realmente imprescindível para a

sobrevivência da criança, como engolir vidro, não existe problema algum de dizer não para ela. O problema está quando determinamos coisas como imprescindível para a criança sem que necessariamente seja essencial aquilo, como dizer que a menina não poder sentar de perna aberta. Quando fazemos isso, estamos na verdade criando necessidades inegociáveis para a criança sendo que essa necessidade é apenas um valor social que temos. Com o passar do tempo esse EGO vai se internalizando até transforma-se no SUPEREGO. Esse novo elemento é interno do indivíduo e serve como um novo regulador do ID. Chegamos então em um estágio que não precisamos mais do EGO para nos dizer o que é prescindível ou não para nossa sobrevivência, nós mesmos passamos a auto reprimir o ID. Esse SUPEREGO internaliza não só o comportamento dos pais, mas também os valores sociais do modelo de produção como um todo. FREUD explica:

“Essa influência parental inclui em seu processo não somente a personalidade dos pais, mas também a família, as tradições raciais e nacionais por eles transmitidas, bem como as exigências do meio social imediato que representam.”

Ao longo da vida, somos ensinados o que devemos reprimir ou não. O problema é sermos ensinados a ter valores sociais que servem apenas para manter o *status quo* da ordem social, manter o sistema econômico, manter esse modo de exploração. Durante toda a nossa vida passamos por diversas instituições sociais que cumprem esse papel de “ensinar”, sendo a família a primeira e mais importante instituição. A formação da família é monogâmica e heteronormativa, não é por acaso que aprendemos ser justamente isso, heterossexuais e monogâmicos. As outras instituições são a escola, a universidade, o trabalho, a mídia, etc., onde não necessariamente todos passam por todos eles, mas cada um tem seu papel nessa construção e manutenção de um certo pensamento. É importante salientar que esse processo da consciência não é imutável, ele é completamente reversível e a história já mostrou que isso aconteceu várias vezes.

Analisando a forma como a psicologia humana é formada a partir do meio em que vivemos, podemos perceber logo de cara que essa formação que nos é imposta tem grande influência nas escolhas que tomamos para a nossa vida. Portanto, não podemos extinguir essa forma de determinação social do processo saúde-doença, pois se não, estaremos culpando sempre o indivíduo por um problema que também é estrutural. Quando alguém fuma, isso não quer dizer que ela necessariamente fuma porque quer, e sim que existe toda uma construção a partir do simples ato de fumar. A mesma coisa se aplica para outros hábitos, como comer muito *fast food*, beber muito álcool, etc.

Corpo Biológico

Nesse campo, entram as exceções do adocimento humano, os casos mais difíceis, mas que não podem ser descartados. Classificaríamos nesse quadro os casos em que as causas do adocimento são a biologia fundamental e a constituição orgânica do corpo. Esses casos incluem a herança genética da pessoa e os processos de amadurecimento e envelhecimento.

Dados a se refletir

Para reforçar ainda mais o caráter social do processo-saúde doença, vamos apresentar alguns gráficos que fazem várias comparações. Primeiramente os dados comparam sociedade distintas, mas com alguns pontos que convergem. Muito se fala que os países mais ricos conseguem melhores indicadores de saúde. Por esse motivo, os gráficos vão comparar 3 sociedades, primeiro o México com Cuba, pois ambos têm desenvolvimento econômico semelhante na época do estudo; depois serão comparado os indicadores de EUA com os de Cuba, que têm uma economia muito menos desenvolvida que os EUA, mas tem uma organização social completamente diferente. Veremos nos gráficos que os indicadores dos EUA são bem melhores que os do México, mas veremos também que os indicadores de Cuba são bem melhores que os indicadores dos dois outros países. Assim, apesar de dois países terem a mesma economia, um pode ter

melhor estado de saúde que o outro e dois países que tem economias completamente distintas, o com menor economia pode ter melhor indicador de saúde por causa de sua organização social, que também é distinta. Esses dados nos mostram que o que determina Cuba se sobressair, é o modelo de sociedade que eles têm. Ainda nessas comparações, o argumento de que a população dos EUA é mais velha do que a de Cuba, e por isso os indicadores de doenças crônicas são bem superiores não procede. Para desconstruir esse pensamento, um dos gráficos abaixo traz uma comparação de Cuba com os EUA a partir de uma faixa etária delimitada, ou seja, uma comparação apenas da população entre 35 a 64 ano. Essa comparação reforça o fato de que os indicadores de Cuba são superiores aos dos EUA.

Outro estudo compara a mortalidade de crianças filhas de pais da classe trabalhadora, entre as crianças dos pais burgueses. Os estudos mostram claramente que a mortalidade das crianças da classe trabalhadora é quatro vezes maior que as crianças da burguesia. Outro estudo mostra que mesmo com a criação do estado de bem-estar da Inglaterra, não houve diminuição dos diferenciais de mortalidade entre os grupos sociais classificados de I a V, quando na verdade eles aumentaram. Outro gráfico estará logo abaixo para analisarmos com dados concretos as formas que a produção de riqueza e a relação do trabalho interferem na saúde da população. A saúde como questão social é um fato e esses gráficos exemplificam muito bem isso.

Tabela 2 – Dez primeiras causas de mortalidade geral no México, Cuba e Estados Unidos, 1972

Causas	Mortes	Taxa
MÉXICO		
Pneumonia e Influenza (A89–90)	69.087	131,7
Enterites e outras doenças diarréicas (A5)	66.864	127,5
Doenças do Coração:		
— isquêmicas (A83)	10.234	19,5
— outras (A80, 81, 84)	25.760	49,1
Certas causas de morte perinatal (A131–135)	25.147	47,9
Morte violenta (A131–135)	25.481	42,9
Tumores malignos (A45–60)	19.217	36,6
Acidentes (AE138–146)	13.911	26,5
Doenças cerebro-vasculares (A85)	12.809	24,4
Sarampo (A25)	11.504	21,9
Cirroze Hepática (A102)	11.236	21,4
Todas as demais	129.644	247,2
Mal definidas (A136–137)	59.119	112,7
Todas as causas	476.206	908,1

Causas	Mortes	Taxa
CUBA		
Doenças do Coração:		
— isquêmicas (A83)	9.398	107,4
— outras (A80, 81, 84)	1.453	16,6
Tumores malignos (A45–60)	8.929	102,1
Doenças cerebro-vasculares (A85)	4.694	53,7
Certas causas de morte perinatal (A131–135)	3.270	37,4
Pneumonia e Influenza (A89–90)	3.018	34,5
Acidentes (AE138–146)	2.823	32,3
Doen. artérias, arteríolas e capilares (A86)	1.976	22,6
Suicídio (A147)	1.265	14,5
Malformações congênitas (A126–130)	1.245	14,2
Doenças hipertensivas (A85)	1.976	13,5
Todas as demais	17.612	201,3
Mal definidas (A136–137)	299	3,4
Todas as causas	49.447	565,2
ESTADOS UNIDOS		
Doenças do Coração:		
— isquêmicas (A83)	674.292	326,1
— outras (A80, 81, 84)	55.026	26,6
Tumores malignos (A45–60)	337.398	177,7
Doenças cerebro-vasculares (A85)	209.092	101,1
Acidentes (AE138–146)	113.439	54,8
Pneumonia e Influenza (A89–90)	57.194	27,6
Doen. artérias, arteríolas e capilares (A86)	56.848	27,5
Certas causas de morte perinatal (A131–135)	38.495	18,5
Diabetes (A64)	38.256	18,5
Cirrose Hepática (A102)	31.808	15,4
Bronquites, enfisema e asma (A93)	30.284	111,0
Todas as demais	258.876	111,
Mal definidas (A136–137)	26.534	12,8
Todas as causas	927.542	932,2

Tabela 3 – Taxas de mortalidade por algumas causas específicas em homens, Cuba e EUA, 1972

Causa	34–44 anos		45–57 anos		55–64 anos	
	Cuba	EUA	Cuba	EUA	Cuba	EUA
Doenças isquêmicas do coração (A83)	22,5	85,5	87,5	330,4	299,4	896,5
Tumores malignos (A45–60)	31,5	52,2	111,0	180,0	369,4	489,2
Cirrose hepática (A102)	2,4	24,9	12,4	51,3	26,3	72,1
Diabetes melito (A64)	2,2	5,7	7,8	12,8	29,9	34,6
Acidentes de trânsito de veículo a motor (AE138)	12,8	35,9	12,3	34,6	13,6	38,0
Acidentes industriais (AE145)	4,3	7,1	3,2	7,1	2,2	8,9
Todas as causas	210,7	393,6	451,6	930,6	1194,9	2245,0

Taxas por 100.000 habitantes.

Fonte: World Health Statistic Annual 1972, OMS, Gênova, 1972.

Tabela 4 – Razão padronizada de mortalidade* em homens e mulheres casados de 15 a 64 anos. Inglaterra e País de Gales, 1970–1972

Causa	Burguesia e camadas médias altas	Operários não qualificados
Câncer	75	130
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	90	130
Doenças do sangue e dos órgãos hemato-poiéticos	65	110
Doenças mentais	70	250
Doenças do sistema nervoso	60	150
Doenças do sistema circulatório	90	110
Doenças do sistema respiratório	80	160
Doenças do sistema geniturinário	60	155
Doenças infecciosas e parasitárias	60	200
Acidentes, envenenamentos e violência	80	200
Todas as causas	80	140

Fonte: Office of Registrar General.

Quadro adaptado de Fox.

Por razões técnicas os dados estão arredondados.

Tabela 5 – Razão padronizada de mortalidade por “classe social”, Inglaterra e Gales, em homens de 14–64 anos, 1921 a 1972.

Classe social	1921–23	1930–32	1949–53	1959–63	1970–72
I	82	90	86	76	77
II	94	94	92	81	81
III	95	97	101	100	104
IV	101	102	104	103	113
V	125	111	118	143	137
Diferença entre I e V	43	21	32	64	60

Conclusão

Analisando esse mundo de informações, percebemos que a formação médica tem um objetivo político muito claro. Quando somos ensinados a manter essa lógica extremamente especializada, hospitalocêntrica, curativista, positivista e reducionista, estamos reforçando a lógica de mercado na assistência médica, e o pensamento que é muito legítimo ganhar dinheiro em cima das enfermidades das pessoas. Não podemos pensar que as técnicas são apenas técnicas e que não são determinadas ideologicamente. A técnica nada mais é que a forma de se aplicar a ideologia na prática. Quando questionamos a centralidade de nosso curso no tecnicismo, estamos fazendo ali um embate de pensamento de concepção de saúde e doença, pois o mesmo da o norte para a prática médica.

Na busca pela excelência da prática médica, muitas vezes pensamos que quanto mais especializados estivermos, mais seremos capazes de resolver os problemas da população. Esses e outros pensamentos que estão enraizadas em nossas mentes antes mesmo de entrarmos na faculdade, não são colocados por acaso. O que tentamos alertar nesse texto é que durante toda nossa vida e durante toda a nossa graduação, somos convencidos a acreditar que esse tipo de prática é a mais eficaz e mais útil para o povo, sem perceber que na verdade estamos sendo induzidos a valorizar e almejar um processo de cuidado que só interessa a indústria da doença e que nada tem a ver com a realidade da população. Somos ensinados a praticar uma medicina da fantasia que não serve para quem mais precisa.

O ensino médico necessita urgentemente de uma mudança estrutural, desde a sua matriz curricular, até a mudança de seus professores. Com a criação do SUS e a luta pela consolidação do mesmo, essa forma aristocrática tornou-se inaplicável em nosso país. Não podemos mais conviver, enquanto sistema universal de saúde, com um modelo educacional que tem como princípio o lucro do setor privado. A mudança da escola médica há muito tempo se tornou emergente, e muito se discute que a formação de recursos humanos é uma problemática importante do SUS, mas pouco tem sido feito em relação a isso. Precisamos desconstruir esse modelo biomédico e reconstruir uma nova prática, centrada nos princípios do SUS e na atenção primária. A tarefa é árdua, mas necessária, muito necessária.

Enquanto estudantes e profissionais, precisamos nos pautar em práticas novas, diferentes das que nossos professores nos ensinaram. Práticas que têm como princípio a integralidade. Precisamos praticar a clínica ampliada, o vínculo com o paciente, o processo de cuidado humanizado, o acolhimento, a promoção à saúde, a prevenção de doenças, a redução de danos, o atendimento integral, etc. Essas e muitas outras práticas são de grande importância nessa desconstrução do modelo biomédico e na construção da prática baseada na determinação social do processo saúde-doença. Assim como o modelo unicausal tem suas técnicas para aplicar esse pensamento na prática, o modelo da determinação social também tem as suas, mas precisamos encontrá-las, difundi-las e aprimorá-las. A saúde enquanto direito social é possível de ser aplicada na prática médica. Não é só possível, mas necessária.

Para além da nossa formação, que visivelmente precisamos transformá-la para uma perspectiva bem mais ampliada, precisamos lembrar também que de acordo com o pensamento da determinação social, a assistência em saúde é apenas um dos fatores no processo saúde-doença. Fica claro que para além de uma assistência universal, precisamos transformar as bases sociais de nossa sociedade. Quando refletimos o quanto o trabalho, o alimento, a moradia, a renda, o processo de consciência, as relações entre as pessoas interferem no processo saúde-doença, etc., percebemos o quanto a conquista da autonomia e emancipação do modo e estilo de vida das pessoas é essencial para transformar o estado de saúde da população. E conquistar isso, significa mudar a estrutura social e garantir direitos para todos.

A história nos mostra que para conquistar melhores condições de vida e políticas públicas de saúde efetivas, é necessário existir organização na luta. Historicamente, as transformações sociais se consolidaram a partir da luta de massas do povo, organizados e com horizonte bem claro, sendo os movimentos sociais o espaço ideal para travar essas lutas. Compromissados com o valor social que nossa profissão tem e enquanto cidadãos trabalhadores, precisamos perceber que nossas pautas só serão cumpridas quando estivermos nas ruas para lutar. Precisamos recriar um movimento sanitário coeso na perspectiva de uma mudança radial nas condições de vida da maioria da população. Não cabe mais em nossas vidas conviver com tantas contradições enxergadas no trabalho, na rua, no morador de rua, na favela, na fome.

Nossa saúde não pode mais ser pautada em dinheiro, em lucro, em conflito de interesses. Precisamos de uma grande transformação, tanto do modelo de Educação Médica, quanto no modelo de sociedade em que vivemos.

“Os trabalhadores e profissionais do setor que representam a saúde como direito individual e coletivo rompem a concepção centrada no biológico, no individual, na harmonia e equilíbrio sociais. Fazem da saúde uma meta a ser conquistada, como um bem que se adquire através dos conflitos e da luta de classe.”

Minayo

Referências Bibliográficas

1. AROUCA, A.S. *O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva*. Campinas, 1975. [Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].
2. BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. *VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final*. Brasília, 1986.
3. BREILH, J. *Determinantes Sociais da Saúde*. Entrevista para o CEBES. <http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=1664&idSubCategoria=38>
4. BRONZO, C.; FLEURY-TEIXEIRA, P. *Determinação Social da Saúde e Política*. In: NOGUEIRA, R. P, organizador. *Coleção Pensar em Saúde: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. cap. 2, p. 37-59.
5. BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. *A Saúde e seus Determinantes*. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
6. BUSS, P. M. *Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde*. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. cap. 1, p. 15-38.
7. CAMPANHA PERMANENTE CONTRA OS AGROTÓXICOS E PELA VIDA. *Agrotóxicos: Caderno de Formação I*. Coleção de Textos.
8. CAPONI, S. *A Saúde Como Abertura ao Risco*. In: CZERESNIA D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: Conceito, Reflexões, Tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.
9. CESA, A. I.; CUTOLO, L. R. A.; *Percepção dos Alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC Sobre a Concepção Saúde-Doença das Práticas Curriculares*. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 75-89, 2003.
10. CORDÓN, J.; GARRAFA, V. *Determinantes Sociais da Doença*. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, set./dez. 2009.
11. CUTOLO, L. R. A. *Modelo Biomédico, Reforma Sanitária e a Educação Pediátrica*. Florianópolis: Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 35, nº. 4, 2006.
12. CUTOLO, L. R. A.; DELIZOICOV, D. *O Currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC: Análise à Partir das Categorias Fleckianas*. Florianópolis: II Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências.
13. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
14. CZERESNIA D. *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. In: CZERESNIA D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: Conceito, Reflexões, Tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 9-53.
15. DAROS M. A. *A ideologia nos Cursos de Medicina*. In: MARINS J. J. N.; REGO S.; LAMPERT J. B.; ARAÚJO J. G. C. (Orgs.). *Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.
16. DA ROS, M. A.; PAGLIOSA, F. L. *O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal*. *Revista Brasileira de Educação Médica* 32(4): 492-499; 2008.
17. ENGELS F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global; 1986.

18. FLEURY-TEIXEIRA, P. *Uma Introdução Conceitual à Determinação Social da Saúde*. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, set./dez. 2009.
19. FLEXNER A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.
20. GOULDBAUM, M.; ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças*. In: GOULDBAUM, M.; ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro, 1995. Cap. 2, p17-76.
21. IASI, M. L. *Ensaio Sobre Consciência e Emancipação*. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2ª Edição, 2011.
22. ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 4ª Edição, 1975
23. KEMP, A. e EDLER, F. C. *A Reforma Médica no Brasil e nos Estados Unidos: Uma Comparação entre duas Retóricas*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol. 11(3): 569-85, set.-dez. 2004.
24. KOIFMAN, L. *O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense*. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.
25. LAURELL, A. C. *A Saúde-Doença como Processo Social*. Rio de Janeiro, 1982.
26. LEAVELL, H.; CLARCK, E. G. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. Nova Iorque: McGraw-Hill, Inc., 1965.
27. LUZ, M. T. *Ordem Social do Trabalho*. In: NOGUEIRA, R. P, organizador. *Coleção Pensar em Saúde: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Cap. 5, p. 126-134.
28. NOGUEIRA, R. P. *A Determinação Objetiva da Doença*. In: NOGUEIRA, R. P, organizador. *Coleção Pensar em Saúde: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. cap. 6, p. 135-150.
29. NOGUEIRA, R. P. *Determinantes, Determinação e Determinismo Sociais*. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.
30. PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
31. PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.
32. PEREIRA, J. C. de M. *Medicina, Saúde e Sociedade*. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress, 2003.
33. RIGOTTO, R. *A Herança Maldita do Agronegócio*. Entrevista para Agencia Vi o Mundo, 22 de fevereiro de 2011.
34. SCHÜTZ, G. E.; TAMBELLINI, A. T. *Contribuição para o Debate do CEBES Sobre a Determinação Social da Saúde: Repensando Processos Sociais, Determinações e Determinantes da saúde*. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, set./dez. 2009.
35. WAITZKIN, H. - *Uma Visão Marxista Sobre Atendimento Médico*. S. l.: s. e., 1981.

medou a pagela - esse e esse
agorabate imom gansa igne - arpo . & ni gnae
"so anou asbezadofu" poros medu

... sua sempre voue, o cu sua voue,
... e sua primeira do . i. e poros
Duo gpe ai saasuu, imo - poros voue,



... como med. e gpe h'ho su boue h'ho!
... como ad'pocandu ad'por, como soue cu uen'pou
... g'pou. h'ho. e saou? Duo soue u med'pou
... u saou. e - me'pou em imoso poue?

... g'pou imo eho ad'pocandu uen'pou e?
... soue e me . e . ad'pocandu e ad'pou . e
... como de ad'pocandu de sou, g'pou u ad'pou
... soue e, soue e . e . soue, soue e,

... g'pou soue e, soue e, soue e
... soue g'pou e soue e soue e
... soue e soue e soue e soue e

Direção Executiva dos Estudantes de Medicina
Coordenação de Educação em Saúde
Thiago Cherem Morelli
Maiianne Fernandes
Jota Bastos