

com a estrutura social. Finalmente, cabe observar, em contrapartida, que alguns dos aspectos aqui considerados como integrando o campo da Medicina Comunitária não são usualmente designados por esse específico termo, decorrendo a sua emergência, na análise, do referencial utilizado para a delimitação do campo.

Essas observações não devem adquirir o sentido de indicações metodológicas, as quais poderão ser identificadas no decorrer do texto. Constituem tão-somente uma forma de delimitar, para maior facilidade de compreensão do conjunto do estudo, a posição respectiva de seus elementos, tal como são enunciados no título do trabalho. Nessa linha, de orientação estratégica da leitura, é também importante observar que o estudo assume mais propriamente a forma de um ensaio, no sentido de que se optou pela elaboração de uma gama variada de informações passíveis de ampliar a compreensão do campo da prática médica, em lugar do desenvolvimento de uma tese delimitada com vistas à elucidação, em profundidade, de um objeto de análise. Daí decorre, em grande parte, o plano formal do texto, do qual se encontram ausentes, quer um conjunto de conclusões específicas, quer uma introdução geral ao tema, a qual foi substituída por proposições suscintas que antecedem cada parte do texto e parecem suficientes para indicar a orientação observada no conjunto da análise. Medicina e Estrutura Social e Medicina Comunitária são os títulos atribuídos às duas partes de que se compõe o texto e nas quais se procura estudar, respectivamente, a medicina como prática social articulada a outras práticas, em uma específica estrutura social (Capítulos I e II), e a constituição do campo da medicina comunitária por referência às formas assumidas, em determinadas sociedades, pela produção de serviços de saúde em suas relações com a política do bem-estar social (Capítulo III). A articulação entre os diferentes momentos da análise desenvolve-se progressivamente e não constitui objeto de uma sistematização final.

IN DONNANGELO, M. C. DE F. E
PEREIRA, L.

MEDICINA E SOLIDARIEDADE

SÃO PAULO: LIVRARIA DUAS CIDADES,

1976.

Parte I

Medicina e Estrutura Social

Pasta Nº 80

Nº de Fís. 30 Nº Artigo 2

Aulo 4

A tarefa de delimitação do campo da Medicina Comunitária implica um processo de seleção a operar-se sobre um conjunto muito heterogêneo de estudos de caráter doutrinário e técnico sobre os mais variados temas referentes à medicina, às suas funções sociais e às características dos grupos humanos aos quais se dirige como prática de saúde.

A unidade desses estudos só pode ser apreendida, ainda no plano imediato das formulações, pelo fato de que a Medicina Comunitária se dirige, como projeto de organização da prática médica, para uma modalidade particular de articulação entre as diferentes agências e instituições encarregadas das práticas de saúde, bem como com os grupos sociais aos quais tais práticas são destinadas. Ela traz consigo uma concepção da medicina como conjunto de recursos técnico-científicos voltados para a realização de níveis progressivamente elevados de bem-estar social; uma concepção do social centrada nas noções de necessidade de saúde, carência ou pobreza, direito à saúde e ao bem-estar; consequentemente, uma concepção acerca de como se articulam medicina e sociedade. Como projeto de reorganização da prática, a Medicina Comunitária retém fundamentalmente a idéia da possibilidade de extensão da medicina às populações carentes através do desencadeamento de mecanismos integradores, de racionalização dos recursos da medicina institucionalizada e dos recursos mobilizáveis ao nível dos grupos sociais objeto dessa prática.

Tais proposições receberão mais tarde tratamento sistemático. A extrema simplificação com que foram apresentadas decorre de sua função apenas indicativa do contexto em que estará centrado este estudo: o da articulação entre medicina e estrutura social e, por particularização, o da especificidade da Medicina Comunitária em referência às situações sociais concretas nas quais emerge.

O âmbito desta análise estará circunscrito às modalidades de articulação "medicina-estrutura social" em sociedades capita-

listas. Perspectiva imposta, em um primeiro momento, pelo fato de que ela se confunde assim com o próprio âmbito de emergência e de difusão do projeto da Medicina Comunitária. Mas que remete também a uma das delimitações possíveis dos parâmetros de análise: as exigências de reprodução de um dado tipo de estrutura econômica, política e social, cuja organicidade não se encontra dada "a priori", mas deve ser continuamente recomposta pela manipulação das contradições que a permeiam.

Tomando como ponto de referência esta última afirmação, pode-se formular de maneira bastante geral, e ainda insuficientemente dimensionada, a idéia básica que se procurará investigar: a de que a especificidade das relações da medicina com a estrutura econômica e a estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais.

A medicina, que em uma primeira aproximação pode ser encarada como prática técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos — o corpo, o meio físico — responde, enquanto tal, a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui. Tais exigências regulam não apenas a presença da própria prática, mas participam também do dimensionamento do objeto ao qual se aplica, dos meios de trabalho que ela opera, da forma e destinação de seus produtos. Essa articulação da medicina com as demais práticas sociais constitui o ponto estratégico do qual melhor se pode apreender o seu caráter histórico. É evidente que as possibilidades dessa apreensão dependem, por outra parte, da superação de qualquer visão da medicina que a reduza a um ou outro dos elementos que a compõem. Esta síntese não será naturalmente tentada aqui, por várias ordens de limitações. Trata-se apenas, a seguir, de sistematizar alguns pontos que possam fundamentar a orientação que se imprimirá ao conjunto da análise.

O desenvolvimento da medicina como campo de saber científico, marcado por sucessivas transformações consequentes ao avanço das ciências biológicas, constitui a perspectiva dominante na maior parte dos estudos que se propõem traçar a sua história social. A dimensão de cientificidade, de um lado, a concepção desse desenvolvimento histórico como processo cumulativo de descobertas e de suas superações, constituem assim o núcleo básico de tais estudos. São mais raras e também em sua maior parte relativamente recentes as análises que, buscando superar essa perspectiva do desenvolvimento linear de um campo cientificamente fundamentado, procuram, ao mesmo tempo, pensar a me-

dicina quer como um campo estruturado de prática nas quais a aplicação científica e tecnológica ocupa um lugar privilegiado porém não exclusivo ou mesmo dominante, quer como campo articulado ao conjunto de práticas sociais.

Por outro lado, é interessante assinalar que a predominância daquela perspectiva de análise tem permitido visualizar, ainda que parcialmente, sobretudo as transformações que se processam nos meios de trabalho médico. "Historicidade dos meios e anistoricidade dos objetivos" é a fórmula na qual sintetiza Laura Conti o caráter dessa história cronológica escrita em termos de "uma aprendizagem progressiva por parte da humanidade dos meios mais idôneos para curar a enfermidade." (1) Todavia, a própria historicidade dos meios de trabalho não se esgota no registro de seus fundamentos científicos ou de sua diversificação tecnológica progressiva. Ademais, identificá-los a um conjunto de procedimentos técnicos e científicos implica uma evidente simplificação.

Primeiramente é preciso assinalar que a prática médica enquanto ato terapêutico não se confunde com uma prática científica, com a elaboração de uma ciência. Tem uma especificidade, em sua dimensão de interferência sobre um objeto particular: "Em matéria de patologia, a primeira palavra, historicamente falando e a última palavra, logicamente falando, corresponde à clínica. Bem, a clínica não é uma ciência e nunca será uma ciência, inclusive quando utiliza meios cuja eficácia esteja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica e esta é uma técnica de instauração e restauração do normal cujo objetivo, a saber a satisfação subjetiva de uma norma que está instaurada, escapa à jurisdição do saber objetivo. Não se ditam cientificamente normas à vida." (2) Essa especificidade da clínica como ato médico permite aventar a idéia de que em suas relações com a ciência biológica esse ato a precede e mesmo fundamenta: "Se na atualidade o conhecimento da enfermidade por parte do médico pode prevenir a experiência da enfermidade por parte do enfermo, isso se explica pelo fato de que a segunda suscitou a primeira. Portanto (...) existe uma medicina porque há homens que se sentem enfermos e não que os homens se enrijem de suas enfermidades porque há médicos e através deles (...). Todo conhecimento tem sua fonte na reflexão sobre um fracasso da vida. Isto não significa que a ciência seja uma receita de procedimentos de ação, mas pelo contrário, que o impulso da ciência pressupõe um obstáculo para a ação. A própria vida (...)

(1) Conti, Laura — "Estructura Social y Medicina", in *Medicina y Sociedad*, Editorial Fontanela, Barcelona, 1972, pp. 288-289.

(2) Canguilhem, G. — *Lo Normal y lo Patológico*, Siglo XXI, Buenos Aires, 1971, p. 174.

é quem introduz na consciência humana as categorias de saúde e de enfermidade. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas." (3)

Por outro lado, e como decorrência, os meios de trabalho médico não se superpõem inteiramente a um conjunto de princípios biológicos e equipamentos técnicos. Implicam também a instauração de uma relação particular entre o médico e o objeto de sua prática. Tome-se a clínica como referência. Entendida agora a clínica como *meio de trabalho*, como conjunto de procedimentos que compõem o ato terapêutico, a forma pela qual o ato médico se estrutura, enquanto ato clínico, permite apreendê-lo analiticamente em sua relativa independência frente àqueles princípios e técnicas. Encontrando-se no centro da renovação da prática médica moderna, a clínica como meio de trabalho, como forma singular de conhecimento do indivíduo enfermo parece ter assentado sua origem menos em resultados específicos do progresso técnico e científico do que em uma reorganização geral do campo de visão do terapeuta, em uma reorientação espacial e temporal de ato médico. Nos termos de Foucault, cuja análise permite também apreender nessa perspectiva a constituição da clínica como campo de saber, o objeto da experiência médica, antes das grandes descobertas do século XIX, "modificou menos os seus materiais do que a sua forma sistemática (...) foram as formas de visibilidade que mudaram; o novo espírito médico do qual Bichat é, sem dúvida, o primeiro testemunho absolutamente coerente, não deve inscrever-se na ordem das purificações psicológicas e epistemológicas; não é outra coisa senão uma reorganização sintática da enfermidade na qual os limites do visível e do invisível seguem um novo traçado". (4)

Essas observações têm por finalidade sugerir que a tendência à indistinação analítica entre ciência e prática médica cientificamente fundada leva freqüentemente a ignorar a especificidade dos meios de trabalho médico para reduzi-los a um conjunto de recursos tecnológicos e, mais que isso, de tecnologia material. Onde localizar, a partir daí, outras dimensões da prática médica, entre elas o seu caráter até mesmo pedagógico? A incorporação crescente daquele tipo de tecnologia no processo de trabalho médico pode explicar essa redução, mas não inteiramente. Parte dela decorre também da tendência, quer a isolar os meios de produção dos demais elementos da estrutura de produção e consumo de serviços médicos, quer a isolar as configurações assumidas pela

(3) Idem, idem, pp. 65 e 171.

(4) Foucault, Michel — *El Nacimiento de la Clínica*, Siglo XXI, México, 1966, p. 274.

prática médica, como totalidade, daqueles assumidos pela produção em geral nas sociedades históricas.

Os meios de produção não se sucedem, meramente. Corroem e fundamentam modalidades de articulação entre o trabalho médico, seu objeto, seus produtos e a forma de seu consumo. O desenvolvimento da própria clínica, como meio de trabalho, só se dá pela modificação de todo o campo da prática: "Para que a clínica fosse possível como forma de conhecimento foi necessária toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do enfermo na sociedade e a instauração de uma certa relação entre a assistência e a experiência, o auxílio e o saber." (6) De outra parte, a imediatez na relação entre o trabalhador e os instrumentos de trabalho, consubstancia-da na clínica, proporciona as bases para uma organização de todos os elementos do processo de produção de serviços sob a forma da medicina liberal ou artesanal: uma ideologia do trabalho — o liberalismo médico — uma relação específica de troca desse trabalho por renda em um mercado livre, uma delimitação particular do volume e modalidades do consumo. Finalmente, o desenvolvimento dos meios de trabalho médico e com eles, o da prática médica, responde a outras ordens de determinações não redutíveis ao científico. Para permanecer ainda ao nível da clínica como instrumento de trabalho pode-se novamente recorrer ao estudo de Foucault que ocupando-se, embora, em uma perspectiva epistemológica, da constituição de uma nova estrutura do saber médico, proporciona também importantes indicações acerca da forma e extensão em que as ideologias e os projetos de reorganização social em jogo durante momentos da revolução política burguesa na França se projetam no âmbito das instituições médicas e com elas instauram novas correspondências. Estas se expressam, sobretudo, na abertura de um novo espaço social para a doença, o doente e a medicina: "Este campo médico (...) é estranhamente parecido, em sua geometria implícita, com o espaço social com que sonhava a Revolução, pelo menos em suas primeiras fórmulas: uma configuração homogênea em cada uma de suas regiões, constituindo um conjunto de pontos equivalentes capazes de manter com sua totalidade relações constantes; um espaço de livre circulação na qual a relação das partes com o todo aparece sempre reversível e suscetível de transposição" (...). Há, portanto, convergência espontânea e profundamente arraigada entre as exigências da *ideologia política* e as da *tecnologia médica*. Com um só movimento, médicos e homens de Estado reclamam em um vocabulário diferente, porém por razões essencialmente idênticas, a supressão de tudo o que possa ser um obstá-

(5) Foucault, M. — *op. cit.*, p. 275.

culo para a constituição deste novo espaço: os hospitais (...) a corporação de médicos (...) as Faculdades (6).

A emergência da clínica como meio de trabalho coincide portanto, com uma nova articulação entre a medicina e a sociedade. A medicina deve abrir-se para o espaço social e assumir, ao final, a tarefa de suprimir a doença. Mas deve fazê-lo no interior de um projeto que implica também a reestruturação da sociedade, com a depuração de todos os seus males — princípio continuamente retomado na explicação dos ideais que orientam a Revolução. Propõe-se, portanto, para a Medicina, ao mesmo tempo que uma reestruturação de seus instrumentos e de seu objeto — pois eleger-se como campo de seu exercício os limites amplos da vida coletiva — a realização de uma tarefa política. Esses valores indicam um processo original de vinculação da medicina ao político e ao Estado, no momento em que a instauração do domínio político da burguesia promove a mobilização de recursos ideológicos capazes de aglutinar provisoriamente classes e camadas sociais em torno da tarefa de recomposição do poder reprimido no Estado. Referindo-se às determinações em jogo nesta mesma conjuntura, Polack acentua o papel de mediação do político na afirmação da forma nova de organização do ato terapêutico: "Nem a autópsia, nem o microscópio, nem a auscultação, modificam radicalmente o ato médico enquanto a prática dos cuidados escapa às reformas sociais que delimitam a importância dessas descobertas por um entendimento em que dominam pontos de vista, projetos, interesses particulares. A Convenção, depois o Diretório, por seus decretos, às vezes opostos, fazem o leito da clínica. Modificando a função social do médico, garantindo sua competência, atribuindo-se a tarefa de limitar as epidemias, controlar o contágio, preservar regiões inteiras, a burguesia lhe atribui um território e um modo de exercícios novos." (7) Expressando-se pela mediação do político, as determinações econômicas dessa reorganização parecem evidentes e serão posteriormente retomadas quando a análise, ultrapassando o nível dessa tentativa de formalização relativa dos elementos que permitem caracterizar a medicina como prática social, dirigir-se para uma maior sistematização de seu desenvolvimento em sociedades concretas.

Tendo-se procurado até então descartar a possibilidade de apreender o caráter da medicina como "prática histórica" meramente através da sucessão linear de descobertas científicas e ino-

(6) Foucault, M. — *op. cit.*, pp. 63 e 64.

(7) Polack, J. C. — *La Médecine du Capital*, Maspero, Paris, 1971, p. 13.

vações tecnológicas, é indispensável agora afirmar o significado dessas inovações na estrutura atual de produção de serviços médicos e de sua articulação no social. O que se fará de um ângulo restrito e apenas em caráter indicativo, uma vez que esse é um dos aspectos a ser retomado em outros momentos do estudo. A moderna medicina tecnológica representa, antes de tudo, a medição de um conjunto enorme de novos recursos de diagnóstico e terapêutica na relação entre o médico e o objeto de seu trabalho. Tais recursos, que permitem, em grande parte, apreender a doença em sua exterioridade por referência ao corpo, e que vão da microscopia às técnicas radiológicas, gráficas e cirúrgicas altamente sofisticadas, encontram seu suporte em um vasto conjunto de equipamentos materiais custosos, e cujo ritmo de obsolescência não parece distinguir-se marcadamente daquele que caracteriza a tecnologia utilizada na produção econômica em geral, obedecendo também em parte aos mesmos objetivos econômicos que aí acarretam esse processo. Resultando de complexos e onerosos processos de produção industrial e realizando, através de seu consumo na prática médica, a mais-valia produzida em outros setores, os novos meios de trabalho instauram um vínculo direto e específico entre a medicina e os objetivos básicos da produção econômica. Esse tipo de vínculo aponta para uma dimensão significativa da articulação entre a medicina e o econômico, mesmo quando se considere essa dimensão apenas como secundária por referência a outros aspectos da mesma articulação.

De referência à constituição de novas configurações da prática médica é possível afirmar que, mediante a relação entre o trabalho médico e o objeto de sua prática, o desenvolvimento de tais recursos tecnológicos e de capital, equivale à possibilidade de uma radical transformação na produção de serviços, basicamente em dois sentidos: o da superação da clínica como meio básico de trabalho e o da absorção progressiva da medicina artesanal por novas modalidades de organização da produção. Em relação à primeira possibilidade, é necessário lembrar a imediatez da relação entre o médico e o instrumental de que se compõe a clínica para advertir a possibilidade de uma significativa reestruturação interna do ato médico à base dos novos meios de trabalho: "O exame já não anseia por reconduzir à superfície do corpo, às potencialidades do toque, os elementos reveladores do mal. Ultra-passando a fronteira onde se lia até então o testemunho mórbido, ele procura na profundidade dos órgãos (endoscopia) ou em sua organização histológica (anátomo-patológica) a essência lesional. A autópsia verificadora, logicamente contemporânea da morte, sucede o raptó da substância viva da *biopsia*. O médico já não adivinha a causa, ele a vê, a reconhece na arquitetura celular, na forma, na coloração e na importância dos elementos do núcleo

ou do protoplasma (...). O velho signo patognomônico de certeza parece desusado por relação a essa extrema abordagem causal (...). O que o pesquisador descobre pelo microscópio invalida a rica lexicologia dos signos que a clínica encerra; a lesão fundamental, facilmente acessível, torna caducas as mil e uma técnicas que na elaboração constante de uma sensorialidade sempre mais distintiva, acumulavam novos testemunhos, elementos de orientação, nuances complementares (...). A clínica perde seu fim; ela mascara a doença no uniforme de seus signos reconhecidos, caracteriza-a, chega mesmo a reduzi-la ao conjunto de elementos que o médico apreende apesar de seu doente, sem o seu testemunho (...)." (8) Quanto ao segundo aspecto indicado, qual seja, o referente à substituição progressiva da medicina liberal por novas modalidades de organização da produção, corresponde menos a uma possibilidade que a um processo que vem experimentando avanços consideráveis. Suas bases encontram-se dadas pelo fato de que os novos recursos tecnológicos, exigindo concentrações financeiras somente compatíveis com unidades amplas de produção promovem a separação entre o trabalhador médico e seus meios de trabalho e possibilitam a penetração do capital — com todos os seus corolários — nessa área de produção. (9)

A ênfase atribuída ao papel dos elementos econômicos que se revelam através da peculiaridade dos novos meios de trabalho médico não deve conduzir à conclusão de que a articulação da medicina com as exigências do capital, especialmente na dimensão muito restrita em que foi aqui invocada, apenas de passagem, constitui o ângulo pelo qual se pode desvendar integralmente o sentido da articulação da prática médica quer com o econômico quer com os outros níveis da estrutura social. Principalmente quando se considera que o desenvolvimento da nova tecnologia, elevando a medicina, pelo menos no plano das representações sociais, à categoria de área privilegiada quanto ao seu potencial de interferência nos fenômenos da vida e da morte têm contribuído atualmente para o que se poderia designar por "política" do fato médico. Política essa que se desdobra em várias direções: pressões pela generalização dos benefícios da ciência médica; contestação do gigantismo tecnológico da medicina e do seu consequente efeito de dominação sobre o modo de vida dos homens; negação dos efeitos do progresso tecnológico sobre o prolongamento da vida humana e o bem-estar do paciente; iden-

(8) Polack, J. C. — *op. cit.*, pp. 23-24.

(9) Para uma caracterização sumária desse processo na sociedade brasileira, em particular por referência a seus efeitos sobre as modalidades do trabalho médico: Donnangelo, M. C. — *Medicina e Sociedade*, Livraria Pioneira Editora, S. Paulo, 1975, especialmente Capítulo II.

tificação do caráter discriminatório, de classe, que se manifesta na manipulação dos recursos médicos, e outras tantas orientações que talvez possam ser sintetizadas nos termos propostos por Polack: "Politicar o fato médico é encontrar aquilo que, na doença, apesar do brilho da medicina, protesta contra a ordem social e, por consequência, em sua consciência elaborada, a ameaça." (10) Todavia, o tratamento dispensado a esse elemento central da prática médica — os meios de trabalho — tinha escopo bastante limitado. Não se propunha sua análise histórica, mas tão-somente indicar a impossibilidade de apreender o seu caráter social através do exclusivo registro de sua diferenciação progressiva, especialmente quando este implica a sua redução a um conjunto de elementos destacáveis do interior de um campo científico e tecnológico. Por outro lado, embora o caráter histórico dos meios de trabalho aponte diretamente para a historicidade dos objetivos da medicina e dela decorra, os elementos até aqui indicados permanecerão bastante incompletos sem uma referência mais direta a tais objetivos. Nesta fase do estudo esse tratamento se reduzirá também a algumas indicações muito gerais.

Parece inegável que a prática médica se estrutura por referência a objetivos que se encontram dados fora dela, na estrutura econômica e político-ideológica das sociedades nas quais se integra. Permanecer, entretanto, no plano dessa afirmação pode implicar, de um lado, a adoção de uma perspectiva simplificada acerca do modo pelo qual se articulam medicina e sociedade; de outro, o abandono de qualquer tentativa para identificar o caráter de historicidade tal como se manifesta no interior da própria estrutura de produção de serviços médicos. Retendo, então, a idéia de que a referência à forma de realização da estrutura social é fundamental para a compreensão de cada um dos elementos que compõem a prática médica e do modo como se articulam, pode-se, entretanto, tentar definir uma trajetória que principie pela identificação dos objetivos sociais da prática médica a partir de seu interior. Para tanto, é indispensável caracterizar o seu objeto, sobretudo na medida em que falar do objeto do trabalho médico equivale a designar, ao mesmo tempo, o seu produto. Isso porque, como prática técnica a medicina apresenta uma característica peculiar em relação a outras práticas: a impossibilidade de estabelecer, em todas as circunstâncias, um limite claramente discernível entre objeto e produto, consubstanciações, na imediatez da prática, em um mesmo espaço que é o do corpo. Característica que reflete, em outra perspectiva, a identidade, no plano da prática médica, dos momentos da produção e do consumo.

(10) Polack, J. C. — *op. cit.*, p. 9.

Esse objeto — o corpo — ao qual se dirige o ato terapêutico, pode ser pensado, em decorrência de sua formalização ao nível da ciência biológica, primeiramente como uma estrutura anátomo-fisiológica suscetível, em sua generalidade, de uma manipulação orientada para princípios regulares e repetitivos de interferência técnica. É a esse corpo anátomo-fisiológico, conjunto de constantes estruturais e funcionais, que a medicina se propõe fundamentalmente dirigir. Mas ao tomá-lo como objeto de sua prática ela não se dirige precipuamente para o desvendamento das regularidades elaboradas ao nível da ciência biológica, e sim para a obtenção de efeitos específicos, orientados por uma concepção do que é normal ou patológico para o corpo. Em outros termos, não é apenas a ciência do corpo mas o próprio corpo que constitui o objeto da prática médica e, ainda mais, o corpo normal ou patológico suscetível de uma manipulação com vistas a determinados efeitos.

Do centramento da medicina no corpo anátomo-fisiológico e na forma pela qual ele é conceptualizado no interior de um dado campo científico, decorre que o reconhecimento daquelas regularidades cientificamente construídas proporciona também o primeiro referencial para a elaboração dos conceitos de normal e patológico, inseparáveis da interferência técnica da medicina sobre o seu objeto. Esse referencial, todavia, não permite dar conta de todas as implicações subjacentes à normalidade ou de todas as determinações que se exercem sobre o corpo. O que implica afirmar, ao mesmo tempo, que o corpo, como objeto da prática médica não se esgota em sua dimensão anátomo-fisiológica.

A primeira dessas afirmações, referente aos limites da construção científica do corpo-anátomo-fisiológico frente à manifestação concreta de normalidade, encontra seu suporte nas análises de Cangulhem e se conecta com a idéia anteriormente aventada da primazia da prática médica sobre a ciência: "O conceito de norma é um conceito original que não se deixa reduzir — em fisiologia mais que em qualquer outra parte — a um conceito objetivamente determinável por métodos científicos. Portanto, rigorosamente falando, não há uma ciência biológica do normal. Há uma ciência das situações e condições biológicas chamadas 'normais'. Esta ciência é a fisiologia." (11) A condição de normalidade constrói-se no desenrolar da própria vida a qual é, em si, normativa, capaz de instituir normas e modificar as normas que institui. Ela traça os limites para a conceptualização do normal e para sua restauração, e não se subordina aos cânones científicos

(11) Cangulhem, G. — *op. cit.*, p. 176.

mas eventualmente os subordina. O homem sadio é o homem capaz de muitas normas: "A saúde é uma margem de tolerância com respeito às infidelidades do meio ambiente (...). Porém, o meio ambiente (...) não é um sistema de constantes mecânicas, físicas e químicas, não estará acaso constituído por invariáveis? Por certo esse meio ambiente que a ciência define está constituido por leis, porém essas leis são abstrações teóricas. O ser vivo não vive entre leis mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis (...). Sustentamos que a vida de um ser vivo (...) somente reconhece as categorias de saúde e enfermidade no plano da experiência, que é antes de tudo uma prova não sentido efetivo do termo e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula." (12)

É essa dimensão extracientífica da norma e do corpo normal que a medicina enfrenta em sua prática concreta, reconheça-o ou não no plano das formalizações teóricas que orientam essa interferência. Recorrer, portanto, como faz Cangulhem, aos "modos de andar a vida" como critérios para a normatividade, equivale também a ultrapassar a concepção do corpo anátomo-fisiológico como objeto ingênuo da prática médica, principiando a identificar nesse corpo outras ordens de determinações. A normatividade de que fala Cangulhem é ainda, em um primeiro plano, uma normatividade biológica. Esse biológico não se confunde, todavia, com a redução do corpo a um conjunto de constantes estruturais-funcionais: "O homem, inclusive o homem físico, não se limita a seu organismo. Posto que prolongou seus órgãos através de instrumentos, o homem somente considera seu corpo como o meio de todos os possíveis meios de ação. Portanto, para apreciar o que é o normal ou o patológico para o corpo é necessário olhar para além do próprio corpo (...). Somente se pode compreender como nos meios ambientes próprios ao homem, o mesmo homem se encontra, em diferentes momentos, normal ou anormal, possuindo os mesmos órgãos, se se compreende como a vitalidade orgânica se manifesta no homem como plasticidade técnica e avidez por dominar o meio ambiente." (13)

Conquanto não adquira autonomia por referência à sua própria massa corporal, este corpo acima definido já não possui limites originais estritamente demarcáveis, posto que o seu prolongamento através de instrumentos progressivamente elaborados na relação com o meio externo, e a multiplicidade de ações possíveis que nele encontram seu suporte, constituem a marca de sua historicidade. Vale dizer, é no conjunto complexo de relações que mantêm com elementos externos a ele que o corpo se

(12) Cangulhem, G. — *op. cit.*, pp. 150-151.

(13) Cangulhem, G. — *op. cit.*, p. 153.

elabora e reelabora, de maneira tal a só realizar-se, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, através das qualificações ou determinações que adquire no plano da existência material e social. É inicialmente neste sentido que a medicina não se dirige a um objeto permanentemente homogêneo, embora apreenda essa diversificação e atue sobre ela ao nível da espacialidade de cada corpo individual. No plano dessa atuação, a prática médica manipula o caráter histórico de seu objeto, sem necessariamente conceptualizá-lo. O momento da anamnese clínica permite percebê-lo com suficiente clareza.

Ao se identificar diversificação e historicidade não se pretende ter esgotado a questão inicialmente proposta por referência ao objeto da medicina. Ainda que necessária, essa ótica não parece suficiente para dimensionar a historicidade desse elemento da prática médica e, ao mesmo tempo evidenciar a sua articulação com as formas de produção de serviços e com a estrutura social. Para tanto é necessário agregar novos aspectos.

Na medida em que a multiplicidade das determinações que marcam o corpo dizem respeito à forma pela qual o homem se relaciona com o meio físico e com os outros homens, e ainda às formas assumidas historicamente por essas relações, o corpo anátomo-fisiológico aparece como um corpo investido socialmente. É através das normas elaboradas na vida coletiva que o corpo se dimensiona e adquire significado por referência à especificidade da estrutura social. A normatividade social com relação ao corpo pode ser apreendida e expressa, em sua generalidade, pela presença, em qualquer sociedade, de concepções sociais sobre o corpo e seu uso adequado, bem como dos mecanismos que ela aciona para garantir possibilidades de sobrevivência aos indivíduos e, ainda, pelos efeitos de tais concepções e mecanismos, entre eles a própria duração da vida. Mas ao tratar dessa normatividade social, e ao tomá-la como ponto de referência para compreender o objeto da prática médica, é necessário precisar o sentido dessa normatividade para uma dada forma de organização social e identificar os níveis da estrutura social a partir dos quais o corpo é fundamentalmente determinado. Em outros termos, não se trata também aqui, de identificar um campo de invariantes — o corpo social — nem tampouco apenas de identificar a presença das variações, mas também de localizá-las por relação aos diferentes níveis da estrutura social.

Nesse sentido, e dado que não se pretende empreender aqui a análise dessas variações, impõe-se marcar ao menos dois aspectos a elas subjacentes, os quais poderiam constituir o ponto de partida para tal análise. O primeiro deles diz respeito ao fato de que o corpo é disposto na sociedade antes de tudo como agente do trabalho, o que remete à idéia de que ele adquire seu

significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos "socialmente necessários", no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se. Do fato de que o trabalho ocupa posição fundamental na forma pela qual cada sociedade determina o sentido e o lugar social dos indivíduos que a compõem decorre o segundo aspecto a ser assinalado: o corpo socialmente investido não é homogêneo, dado que em sociedades determinadas os diversos corpos não têm significatividade igual, mas, ao contrário, se dimensionam e adquirem significados particulares, quer no plano das representações, quer ao nível da forma pela qual são incorporados à estrutura da produção social. Essa dupla expressão da normatividade social é, em parte, trabalhada por Boltanski quando se propõe a análise do sistema de relações entre formas efetivas de consumo médico na França e o conjunto de comportamentos corporais de distintas categorias sociais: "As normas que determinam as condutas físicas dos sujeitos sociais e cujo sistema constitui sua 'cultura somática' são o resultado de condições objetivas que essas normas retraduzem na ordem cultural (...) e dependem, mais exatamente, do grau em que os indivíduos obtêm seus meios materiais de existência da atividade física, da venda de mercadorias que são o produto dessa atividade ou do aproveitamento da força física e de sua venda no mercado de trabalho." (14)

O estudo de Boltanski constitui uma das poucas análises que, tomando como centro a instauração do corpo como realidade social, buscam sistematicamente, a partir daí, explicar elementos característicos da estrutura da prática médica atual, no caso do autor, em uma perspectiva que remete basicamente à identificação do papel social disciplinador, ou de normatização do corpo, exercido pela própria medicina. (15)

O tratamento que dispensa às variações do consumo médico das diferentes classes sociais permite ao autor negar a possibilidade de redução da "necessidade médica" (de consumo médico) a uma necessidade primária, e conduz igualmente a superar, embora por via distinta da que vem sendo aqui utilizada, uma visão simplificada do objeto da medicina: "Como o consumo médico se relaciona com um objeto, o corpo, cujo funcionamento parece fundamentalmente determinado por coações de ordem fisiológica ou biológica, tende-se com frequência a reduzir, ao menos impli-

(14) Boltanski, Luc — *Los Usos Sociales del Cuerpo*, Ediciones Periferia, Buenos Aires, 1975, p. 85.

(15) Essa perspectiva se encontra mais elaborada em outra obra do mesmo autor: *Prime Education et Morale de Classe*, Mouton, Paris, 1969, e será posteriormente considerada.

citamente, a 'necessidade médica' a uma 'necessidade primária' que, subordinada diretamente às exigências do corpo, tenderia (...) a aparecer logo que aparece a enfermidade e a satisfazer-se desde que aparece (...). Somente através da relação que os indivíduos mantêm com o seu corpo é possível romper com a teoria naturalista das necessidades e das funções (...). Esta teoria tende a ver em cada consumo particular, em nosso caso o consumo médico, a expressão direta de uma necessidade específica preexistente — em nosso caso a 'necessidade sanitária' — espécie de necessidade primária cuja natureza seria idêntica em todas as épocas e em todos os grupos sociais..." (16)

Em última análise, o que se pretendeu ressaltar até aqui, através de proposições bastante gerais, é que a compreensão do modo pelo qual a sociedade toma seus corpos, os quantifica e lhes atribui significado cultural, política e econômica é indispensável para explicar as formas assumidas pela prática médica, sem que com isso se pretendesse também afirmar que todos os elementos que constituem o campo da medicina são estruturados fora dela. Encontra-se ainda por fazer uma história da medicina capaz de dar conta, sistematicamente, das determinações econômicas e políticas do corpo e de sua relação com as formas históricas da produção médica. Não é difícil todavia verificar que, da medicina grega, com sua diversificação interna de terapêutas, de saberes, de técnicas e de objetivos em conformidade com a diferenciação socialmente estabelecida entre os corpos dos escravos e dos homens livres — ricos e pobres — à estrutura atual da prática médica, que extrai grande parte de sua peculiaridade do significado político e econômico da força de trabalho em sua relação com o capital, o trabalho médico se exerceu, através do biológico, sobre corpos socialmente determinados. Com isso naturalmente, a própria interferência da medicina sobre o seu objeto, e não apenas os princípios que regem essa interferência, ultrapassam os efeitos identificáveis ao nível do corpo biológico. (17)

Esse caráter da medicina já se expressa no plano do ato terapêutico individual. Mas é justamente a forma assumida pela estrutura integral da prestação de serviços que o revela mais claramente, posto que permite identificar a que categorias sociais eles se destinam, que ordens de problemas "técnicos" ou de enfermidades são por eles abrangidos, que efeitos decorrem de tais intervenções, como se estruturam e que meios de trabalho mobi-

(16) Boltanski, *Los Usos Sociales del Cuerpo*, pp. 23 e 99.

(17) Como fonte de dados para a análise desses aspectos, ver a coletânea de textos de autoria de Henri Sigerist — *Historia y Sociologia de la Medicina*, editada por Gustavo Molina, Bogotá, 1974, especialmente Capítulos I, II, III, V e IX.

lizam com vistas ao atendimento de diferentes "corpos sociais". Ao mesmo tempo, é ainda desse ângulo que se pode sobretudo perceber a relação entre o objeto da prática médica — entendido já agora como objeto também socialmente determinado — e os objetivos que lhe são atribuíveis a partir da forma de realização da estrutura social inclusiva. É isso porque a articulação da medicina com objetivos localizáveis — mediata ou imediatamente — em diferentes níveis da vida social ou, em outros termos, a busca, através da mobilização da prática médica, de efeitos sociais determinados, se efetiva primeiro e necessariamente através da designação dos sujeitos que se constituirão em objeto dessa prática.

Capítulo II

Medicina na Sociedade de Classes

Diferentemente de outras práticas sociais, cuja origem é coincidente com a própria emergência ou com o desenvolvimento da sociedade capitalista, a medicina tende a revestir-se mais facilmente de um caráter de neutralidade face às determinações específicas que adquire na sociedade de classes. O considerável desenvolvimento do aparato científico e tecnológico subjacente à prática médica e, conseqüentemente, a possibilidade de enfatizar na medicina, como atividade profissional específica, o caráter de cientificidade e a sua imediata função social — aplicar-se cientificamente ao objetivo da cura — constitui apenas uma das vias pelas quais se introduz a concepção de neutralidade da prática.

Tal concepção, que se elabora e reelabora, também por referência às demais práticas técnicas, no conjunto de relações sociais próprias a essa sociedade, encontra, ainda, na marcada continuidade histórica da medicina um de seus principais suportes. A prática médica e seus agentes não foram instituídos no interior do modo de produção capitalista. Justamente por se situarem entre as mais antigas formas de intervenção técnica é que eles podem também aparecer mais facilmente investidos do caráter de autonomia, como ocorre com outras categorias de práticas e agentes que, preexistindo a um novo modo de produção parecem preservados de revestir novas formas correspondentes a articulações inteiramente distintas com as estruturas econômica e político-ideológica que o compõem. (1)

(1) A referência de Gramsci à categoria de "intelectuais tradicionais" recobre nitidamente a dimensão de neutralidade que, daí derivada, cerca a medicina e o médico: "Dado que estas várias categorias de intelectuais tradicionais sentem com 'espírito de grupo' sua ininterrupta continuidade histórica e sua 'qualificação', eles consideram a si mesmos como sendo autônomos e independentes do grupo social dominante. Essa autocolocação não deixa de ter conseqüências de grande importância no

Analisar a especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classes implica, primeiro, romper com essa concepção de neutralidade, buscando identificar, em todos os aspectos da prática, as formas pelas quais ela exprime as determinações próprias a essa estrutura. Tarefa obviamente mais fácil de propor que de executar, mas cuja formulação, quando menos, torna-se necessária para orientar os limites bastante modestos através dos quais se tentará identificar, para além da imediata função técnica da medicina, seu significado econômico, político e ideológico. O principal aspecto dessa limitação revela-se na impossibilidade de recobrir todo o campo da prática — do saber médico ao produto do trabalho médico e às formas de organização — e na conseqüente necessidade de adotar uma perspectiva restrita através da qual se possa empreender a busca daquela especificidade. Essa perspectiva parecerá, à primeira vista, caracterizar-se pela externalidade em relação à própria prática, na medida em que se centrará nas possibilidades de consumo de serviços médicos na sociedade capitalista. Procurar-se-á, todavia, retendo a idéia esboçada no capítulo anterior, de que a prática médica expressa, em sua totalidade, as determinações históricas, remeter a análise, sempre que possível, aos elementos que a integram.

1. A medicalização da sociedade

Os estudos sobre a organização atual da prática médica, quaisquer que sejam as suas orientações metodológicas, dificilmente deixam de referir-se à marcada expansão da produção de serviços, bem como à generalização do consumo por contingentes sempre mais amplos da população. Também raramente conseguem furtar-se à identificação do papel central desempenhado pelo Estado na ocorrência dessa generalização, quer o analisem como expressão da representatividade, ao nível do Estado, de interesses comuns à coletividade social, quer o identifiquem com o desempenho da função de reprodução das classes sociais. O fato de que essa temática acabe sempre por impor-se, decorre menos de um processo de seleção arbitrária ao nível da análise do que de

campo ideológico e político: toda a filosofia idealista pode ser facilmente relacionada com esta posição assumida pelo complexo social dos intelectuais e pode ser definida como a expressão dessa utopia social segundo a qual os intelectuais acreditam ser 'independentes, autônomos, revestidos de características próprias'. Gramsci, A. — *Os intelectuais e a Organização da Cultura*, Ed. Civilização Brasileira, 1968, p. 6.

seu efetivo significado para a explicação da estrutura atual de produção de serviços médicos, bem como de sua importância na problematização, relativamente recente, da prática médica, que se exerce a partir de fontes, motivações e referenciais bastante distintos.

O processo através do qual a prática médica toma necessariamente como seu objeto diferentes categorias e classes sociais constitui, também aqui, o ponto central para a análise dos aspectos que caracterizam essa prática nas sociedades capitalistas, particularmente no capitalismo industrial. Os determinantes desse processo e as formas por ele assumidas encontram-se também, naturalmente, na origem dos sucessivos projetos ou tentativas de organização racional da produção de serviços, de que a Medicina Comunitária representa, em parte, uma das manifestações.

Um dos ângulos através dos quais se poderia apreender mais facilmente os nexos entre a prática médica e a estrutura de classes é dado pela própria diferenciação da prática médica conforme se destine às distintas classes e camadas sociais, diferenciação essa que tem sido registrada mesmo em sociedades onde a forma de organização dos serviços médicos faria supor a ocorrência de um padrão "igualitário" de consumo. (2)

Não sendo, em si, um fenômeno novo, uma vez que a própria medicina antiga já difere, em sua prática, segundo a origem social do paciente, a diferenciação adquire especificidade nas sociedades capitalistas como decorrência da forma pela qual nela se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Assim é que, mesmo a partir do momento em que o cuidado médico se generalizou amplamente, como resposta, quer à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, quer a momentos particulares do desenvolvimento, a nível político, dos antagonismos de classe, verificou-se paralelamente: de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme ao seu significado para o processo econômico e político; de outro, uma diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientela, a qual se expressa em grande parte em seu caráter 'privado' ou 'estatal', mas que não se esgota aí.

Embora esses processos se apresentem sob graus e formas diferentes em distintas formações sociais, devem ser registrados,

(2) A propósito da persistência desses distintos padrões de distribuição de recursos, inclusive sob o "Sistema Nacional de Saúde" inglês que corresponde à modalidade talvez mais "extensiva" de organização da produção e do consumo médico em sociedades capitalistas, veja-se: Tudor Hart, J. — "The Inverse Care Law", *The Lancet*, fevereiro de 1971, pp. 405-412.

em sua generalidade, a fim de indicar que a extensão atual da medicina não traduz nem a total generalização do cuidado médico, nem o desenvolvimento necessário de uma prática uniforme por referência aos tipos de cuidados prestados. Ao contrário, a exclusão, ainda atual, de determinadas camadas sociais do acesso a tais cuidados, tanto em sociedades capitalistas centrais quanto nas dependentes, bem como a constatação de que a medicina institucionalizada reproduz — na forma pela qual seleciona patologias, incorpora e utiliza a tecnologia, favorece o atendimento diferencial das classes sociais — o caráter de classe da sociedade, tem-na levado, com frequência, ao centro do debate político acerca da estrutura dessas sociedades. Diga-se, de passagem, que esse caráter seletivo conduziu muitos dos críticos da medicina contemporânea a ressaltarem sua orientação individualista, concepção que freqüentemente confunde as expectativas de que a medicina se oriente no sentido de uma distribuição mais igualitária de seus recursos com a possibilidade de superação de um aspecto que caracteriza o ato médico enquanto ato clínico, circunstância em que a prática médica dirige-se ao indivíduo, quer o conceba ou não em todas as suas determinações. (3) Parece, ao contrário, bastante apropriado considerar a orientação "coletiva" da medicina como o aspecto mais expressivo de sua articulação com a dinâmica das relações de classe.

Neste sentido, não é a diferenciação da prática médica em sociedades capitalistas, e sim a sua extensão, o que importa ressaltar de imediato, embora a distinção entre esses dois aspectos pareça artificial, dado que tanto um como outro constituem momentos de um mesmo processo e só podem ser elucidados por referência aos mesmos determinantes. Ao referir-se prioritariamente à extensão indica-se, antes de mais nada, a intenção de acentuar o aspecto mais diretamente visualizável da organização atual dos serviços médicos, bem como de tentar discorrer sobre a peculiaridade das relações entre medicina e classes sociais pelo ângulo do qual tende-se mais facilmente a negá-la. Por outro lado, através desse aspecto, as formas atuais de organização da prática médica aparecem não apenas como o produto da ação das classes hegemônicas, mas revelam mais diretamente a participação, não processo político, das demais classes sociais.

(3) A prática médica, enquanto prática técnica que toma por objeto o corpo, permanece individualizada ao nível do ato terapêutico: "No conveñría decir, al fin de cuentas, que el hecho patológico sólo es captible como tal, es decir, como alteración del estado normal, en el nivel de la totalidad orgánica y, tratando-se del hombre, em el nivel de la totalidad individual consciente donde la enfermedad se convierte em una especie de mal?" — Canguilhem, G. — *Lo normal y lo Patológico*, siglo XXI, Buenos Aires, 1971, p. 60. Eis a indicação de um dos fundamentos do caráter individual do ato terapêutico enquanto ato clínico.

No que se designa aqui por extensão da prática médica há que destacar pelo menos dois sentidos que devem merecer atenção: em primeiro lugar, a ampliação quantitativa dos serviços e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico e, como segundo aspecto, a extensão do campo do normativo da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-la, bem como às condições gerais de vida. Ambos os aspectos manifestam-se quer através do cuidado médico individual, quer através das chamadas "ações coletivas" em saúde, tais como medidas de saneamento do meio, esquemas de imunizações, programas de educação para a saúde, entre outros.

É a extensão da prática médica através do cuidado médico individual que se estará considerando, na maior parte do tempo, mas não exclusivamente, ao tratar do fenômeno da medicalização da sociedade. Tomando de empréstimo a Ivan Illich o termo "medicalização" para referir-se ao processo de extensão da prática médica, não se pretendeu sugerir, de saída, uma adesão às suas teses, em particular a ênfase que atribui à reprodução do "modo industrial de produção" pelo modelo de organização da prática médica como elemento básico explicativo da medicalização, e sua postura marcadamente voluntarista a favor da total "desinstitucionalização" da medicina. (4) Visou-se refer principalmente algo do teor polêmico ligado ao termo — e decorrente sobretudo da obra desse autor — com a finalidade de indicar que a extensão da prática médica não correspondeu a um fenômeno simples e linear de aumento de um consumo específico, e sim que ela se deu através de uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram os interesses e o poder de diferentes classes sociais.

(4) Ressaltando a subordinação da medicina a modelos organizacionais e objetivos econômicos definidos ao nível da produção industrial, identificando os fenômenos de poder que se expressam na importância crescente assumida pela prática médica na tarefa de homogeneização cultural dos grupos sociais através de seus efeitos na ordem simbólica, e de sua subordinação a objetivos econômicos na esfera do consumo; apontando e descrevendo a iatrogênese clínica e social decorrente daquela expansão e consistente em efeitos negativos para a saúde — contradição fundamental da medicina — a obra de Illich, consideravelmente divulgada, desempenha papel significativo na problematização atual da prática médica. Quanto à postura "desinstitucionalizadora" acima referida, encontra-se assim sintetizada por Illich, após discutir e descartar várias alternativas de solução para a iatrogênese social decorrente da medicalização: "Tous ces remèdes ont une chose en commun, ils tendent a renforcer les processus de medicalisation. Leur faillite inévitable nous oblige a reconnaître que seule une réduction substantielle de l'output global de l'entreprise médicale peut permettre aux hommes de retrouver leur autonomie et par là leur santé". *Némesis Médicale*, Editions du Seuil, 1975, p. 104.

A extensão mais marcada do cuidado médico sob a forma de consumo individual diz respeito, propriamente, à estrutura de produção de serviços já no século XX, quando na maior parte das sociedades capitalistas desenvolveram-se os esquemas de seguro-social como mecanismos institucionalizados pelo Estado sob condições próprias do capitalismo monopolista. Entretanto, a instauração do seguro-social e, com ele, da extensão do consumo médico, constituiu um momento adiantado de um processo cujas origens são mais remotas e já revelam, sob outras facetas, a especificidade do papel assumido pela medicina na estrutura social da capitalista. Em outros termos, a tendência à extensão social da prática médica embora se revista atualmente de formas institucionais específicas e se expresse no aumento das possibilidades de consumo individual de serviços responde em sua generalidade, também sob outras formas, e em distintas circunstâncias, a condições relacionadas ao processo de acumulação do capital ou, ainda, à necessária subordinação do trabalho ao capital em condições as mais adequadas possíveis à obtenção e apropriação da mais-valia. Antes de considerar algumas das situações históricas através das quais se configurou a medicalização, pode-se tentar sistematizar, em algum grau, as formas de participação da medicina na reprodução social através da reprodução da força de trabalho e das relações de produção, ou relações de classe, sem que se vise distinguir, a não ser analiticamente, esses dois aspectos de sua articulação na estrutura social.

A continuidade do processo de acumulação capitalista ou da reprodução das condições — econômicas e político-ideológicas — da produção constitui, portanto, o ponto de referência mais amplo para a análise da medicina como prática social na estrutura capitalista. O fato de que ele encontre na reprodução da força de trabalho um de seus componentes fundamentais, aponta imediatamente para uma das formas possíveis de participação da medicina em tal processo, uma vez que o corpo representa, por excelência, o seu objeto. Dado porém, que esse objeto só se define no conjunto das relações sociais, ao exercer-se sobre o corpo, definindo os limites de sua capacidade física e normatizando as formas de sua utilização, a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além de seus objetivos tecnicamente definidos.

Essa aplicação da medicina ao corpo, enquanto agente socialmente determinado da produção econômica, fundamenta, entre outras, uma perspectiva de análise que apreende a participação da prática médica no processo de acumulação através de sua

imediate articulação com a estrutura econômica, em particular com o momento da produção. Sinteticamente, tal perspectiva acentua o papel da medicina no processo de produção da mais-valia, em particular da mais-valia relativa através basicamente do aumento da produtividade do trabalho, dado que a melhoria das condições de saúde do trabalhador possibilita a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho e, correspondentemente, a produção de mercadorias por custo mais reduzido. Ou, em outros termos, ao dirigir-se à força de trabalho ocupada na produção, a prática médica (embora aumente o valor absoluto dessa força pelo aumento de tempo de trabalho a ela incorporado) contribui para o aumento da mais-valia através da redução do tempo de trabalho necessário para a obtenção do produto a que essa força de trabalho se aplica, e da conseqüente baixa de seu valor por relação ao do produto.

Apontando para esse aspecto nuclear da especificidade da medicina como prática social, a produtividade do trabalho constitui tema central de vários estudos que buscam no econômico e, em particular, no momento da produção, um elemento explicativo da articulação estrutural da medicina, como conhecimento ou como prática. Pode-se utilizar os termos de Polack para indicar o conteúdo dessas formulações, embora com a advertência de que tais termos não as sintetizam, mas apenas expressam o sentido geral em que se orientam: "Dirigindo-se à força de trabalho, o ato terapêutico eleva seu nível ou contribui para sua manutenção no quadro de uma reprodução (...). A Medicina não visa essencialmente o domínio dos quadros organizativos da economia, mas a definição permanente de um nível de produtividade. As forças produtivas (a energia proletária) constituem o seu alvo eleito. Por isso mesmo, a influência da atividade sanitária sobre a marcha da economia é relativamente direta, imediata. O sistema de cuidados tem sob seu controle a parte humana da atividade de produção, o trabalho (...). Toda a medicina é ato de regulação da capacidade de trabalho. A norma do trabalho impregna o julgamento dos médicos: como um ponto de referência mais preciso que um valor biológico ou fisiológico mensurável. A sociedade atribui portanto ao trabalho um valor de norma biológica." (5) O processo de trabalho médico seria então permeado, em todos os seus momentos, pela necessidade basicamente econômica de reprodução da força de trabalho. É ainda nesse sentido, embora no quadro de uma problemática mais restrita que se orienta Dreitzel ao desenvolver a análise do que designa "atitude instrumentalista para com o corpo" como base do processo de

(5) Polack, J. C. — *La médecine du Capital*, Maspero, Paris, 1971, pp. 35-36.

obtenção da produtividade e do lucro e como elemento explicativo de aspectos da organização dos serviços médicos nos Estados Unidos: "Em nossas sociedades capitalistas a saúde é institucionalmente definida como a capacidade de produzir o excedente apropriado pelos proprietários dos meios de produção. Isto explica porque, na sociedade americana dificilmente se proporciona mais do que serviços desprezíveis para os pobres e os velhos que não vendem sua força de trabalho no mercado. Por outro lado, muitas indústrias empregam seus próprios médicos não por razões altruístas, mas a fim de manter sua força de trabalho em boas condições físicas e impedir que os 'malingerers' (*) decidam adoeecer — o que representa freqüentemente a última defesa contra o 'stress' e a alienação do trabalho industrial." (6)

A questão da produtividade, em particular como se expressa nesse último texto permite introduzir algumas observações com vistas ao dimensionamento progressivo dos nexos que se estabelecem entre prática médica e processo de acumulação, bem como, paralelamente, dos fatores que se encontram diretamente relacionados à medicalização da sociedade. O trecho citado enfatiza um aspecto relativamente restrito da articulação entre a medicina e a reprodução da força de trabalho, ao referir-se ao trabalhador efetivamente incorporado ao processo de produção, mais especificamente na produção industrial. Em decorrência, requer, antes de mais nada, que se explicita que a questão da reprodução da força de trabalho se coloca também sob outros ângulos, o primeiro dos quais diz respeito às exigências de constituição progressiva da força de trabalho potencialmente utilizável, quer no sentido da necessária reposição de trabalhadores, quer como garantia frente a eventuais oscilações na quantidade de trabalhadores requeridos pela produção e, poder-se-ia acrescentar — embora se encontre implícito no recurso às idéias genéticas de força de trabalho e de produtividade — também no sentido da constituição e reposição da força de trabalho cujo significado para a produção resulta de seu papel no processo de realização da mais-valia.

Permanecendo ainda no plano das relações com a prática econômica e o momento da produção é necessário, portanto, para visualizar as possibilidades aí contidas de extensão dos cuidados médicos, que se considere os aspectos referentes à força de trabalho tanto no interior do processo produtivo quanto fora dele. Em outros termos, apreender genericamente as determinações da prática médica a partir do momento da produção equivale a admitir que a garantia da manutenção do processo de produtivi-

(*) O termo "malingerer" designa os indivíduos que simulam doença como forma de evitar o trabalho.

(6) Dreitzel, H. P. (ed.) — *The Social Organization of Health, Recent Sociology*, n.º 3, The Macmillan Comp., N. Y., 1971, Introdução.

dade do trabalho tenderia a estender o âmbito de ação da medicina para além da força de trabalho incorporada à produção, com vistas à disponibilidade em níveis controláveis, de volumes adequados de força de trabalho potencial. Esse é, sem dúvida, um dos pontos a serem considerados para explicar a ênfase atribuída a programas médicos destinados a diferentes grupos sociais, tais como os que se desenvolvem na área materno-infantil.

Na necessidade de proporcionar cuidados de saúde ao trabalhador — direta ou indiretamente produtivo — com vistas a objetivos econômicos imediatos encontra-se uma importante explicação para a expansão dos serviços médicos, bem como para algumas de suas formas de organização, em particular as que se desenvolvem no interior de, ou estreitamente vinculados a setores de produção de bens materiais. Mas, não expressando todas as ordens de determinações que incidem sobre a prática médica, esse fator não responde também inteiramente pela incorporação crescente ao cuidado médico de várias categorias de consumidores, em particular os diferentes grupos etários e as categorias sociais marginalizadas do processo de produção. Esse ponto deverá ser posteriormente retomado.

A reprodução da força de trabalho como ângulo privilegiado a partir do qual se pode apreender, ao nível do próprio objeto da medicina enquanto prática técnica, a sua relação com o processo de acumulação, deve-se agregar outro aspecto pelo qual ela se articula de forma também relativamente direta com a produção econômica. Este aspecto diz respeito propriamente aos meios de trabalho médico.

Já se fez referência anteriormente, às modificações que se processam continuamente na prática médica com o desenvolvimento das ciências biológicas e a incorporação de novas técnicas de diagnóstico e terapêutica. Considerados da perspectiva do processo de trabalho médico, os novos conhecimentos biológicos e as possibilidades então abertas para novas intervenções técnicas dizem respeito, em um primeiro momento, a modificações internas no processo de trabalho, a mais significativa das quais se encontra nas mediações que se estabelecem entre o médico, seus instrumentos de trabalho e seu objeto. A imediatez da relação entre médico e paciente corresponde à própria imediatez da relação entre o médico e seus instrumentos de trabalho não apenas no sentido de que a relativa simplificação tecnológica desses instrumentos garante a sua posse integral pelo médico, mas sobretudo na medida em que permite estabelecer como que um circuito relativamente fechado, no próprio momento do ato terapêutico, entre conhecimento médico e ações técnicas. Esse circuito acaba necessariamente por romper-se desde quando entre o médico e o objeto de sua prática interpõem-se novos meios de trabalho con-

sistentes em um conjunto sempre crescente de recursos materiais cuja utilização substitui etapas anteriormente inerentes ao ato clínico.

O sentido dessas alterações não se esgota, todavia, na modificação interna do processo de trabalho mas diz respeito a uma forma particular de articulação entre a medicina e a produção em geral. Desse ângulo, os novos elementos materiais que compõem o processo terapêutico — e que vão desde produtos sempre renovados da indústria farmacêutica, até uma enorme variedade de equipamentos e maquinárias produzidas por muitos setores industriais — devem ser considerados como mercadorias cuja produção é externa à medicina, mas cujo consumo só se efetiva através dela. A própria organização de todo o campo da medicina (desde o tipo de conhecimento elaborado e as formas de sua transmissão, até a constituição de princípios legitimadores, a nível ético ou jurídico, do exercício da prática), com seu efetivo monopólio sobre as ações de saúde, garante à prática médica uma posição central na distribuição e consumo dessas mercadorias e, portanto, na realização de seu valor, permitindo que se complete o processo de valorização do capital aplicado na produção industrial.

Esse segundo aspecto, pelo qual a medicina se articula já não apenas com o momento imediato da produção, mas também com a realização da mais-valia produzida em diferentes setores industriais, leva a indagar acerca das proporções em que o próprio conteúdo da prática terapêutica poderia estar sendo determinado pela necessidade de reprodução de capitais aplicados em diferentes setores da produção. É isto, na medida em que a medicina pode responder por um consumo sempre crescente de bens, impostos pela lógica da produção capitalista. (7) Por outro lado, e visto que se encontra subordinada a essa "racionalidade" mais geral, a prática médica também encontraria aí os seus próprios limites. Analisando o conhecimento e a prática médica atuais, Laura Conti conclui que eles se orientam para a conservação e

(7) "As instituições de saúde podem sem dúvida atenuar a florescência das enfermidades que a sociedade cria e favorece; mas esta compreensão toma necessariamente a forma imposta pelas leis de mercado e se transforma em consumos individuais, medicamentos e jornadas de repouso, devidamente contabilizados, fontes múltiplas de um consumo suplementar e de novos lucros (indústrias farmacêuticas, alimentos, aparelhos médicos, leito e mobiliário hospitalar, etc.). A medicina permite e favorece o deslocamento (para um plano secundário) dos bens coletivos de prevenção, para alimentar uma onda de consumidores individuais de 'objetos de saúde' (pastas dentífricas milagrosas, vitaminas salvadoras... revistas médicas, massagens, saunas, etc.). Como representa o executor ideológico daquele deslocamento, a medicina enfatiza a equação que relaciona a cura ao ato de consumo, isto é à compra de um bem. — Polack, J. C. — *op. cit.*, p. 47.

o aumento da "competição produtiva" que se define não apenas no plano da produtividade individual, mas deve levá-los ainda a respeitar os limites a partir dos quais estariam afetando a "competência produtiva" em um sentido mais geral: "Curar os infartos confirma a lógica da competência e por isso o fazemos (...). Criar um tipo de vida com menos 'stress', capaz de reduzir os casos de infarto significaria diminuir a competência em nossa vida: por isso não o fazemos. O mesmo poderíamos dizer do câncer do pulmão, cuja prevenção significaria intervir na competência eliminando-a, seja nas indústrias, seja junto aos automobilistas..." (8)

Mais do que explicar o processo de extensão da prática médica tal como vem sendo aqui entendido — e ao qual ela não é alheia — essa forma de articulação da medicina com o econômico permite identificar a constituição de um campo problemático que interessa de imediato caracterizar pelo menos em um de seus aspectos: o que diz respeito à questão dos custos médicos progressivos, em grande parte decorrente da incorporação do custo dos produtos industriais ao valor do cuidado médico. Ainda que tais custos se encontrem cada vez mais socializados, por meio da participação do Estado nessa área de produção e consumo, eles acabam por introduzir um dos elementos contraditórios da prática médica em seu processo de extensão, na medida em que esse processo, não tendo sido aleatório e não parecendo portanto reversível, encontra no problema dos custos uma das barreiras à sua efetivação. O ponto central de crise é dado pelo fato de que as alternativas de solução poderiam afetar componentes da prática médica igualmente necessários, no sentido de que respondem a determinações estruturais igualmente significativas, ainda que essas determinações se desdobrem em dimensões distintas explicativas de um ou outro dos componentes. A fim de explicitar o sentido dessa afirmação deve-se introduzir um aspecto ainda não considerado do processo de generalização do consumo médico. Antes, todavia, registre-se, de passagem, que o interesse específico dessa questão para o encaminhamento do estudo é dado, em grande parte, pelo fato de que aqueles dois aspectos da prática médica — a necessária extensão dos serviços e a elevação dos custos (também necessária, conforme análise prévia) conjugam-se para dar origem a várias tentativas de racionalização desse setor, aos quais não é alheia a proposta da Medicina Comunitária.

Em seu sentido mais geral, a questão levantada a propósito dos custos remete a um aspecto muito importante da articulação da medicina na sociedade de classes, representado pelo significado

(8) Conti, L. — "Estructura Social y Medicina", in *Medicina y Sociedad*, Editorial Fontanela, Barcelona, 1972, p. 297.

político e ideológico da extensão da prática médica e que responde, também, fundamentalmente, pela irreversibilidade acima referida, do processo. A necessidade de manter e recuperar a força de trabalho com vistas ao aumento da produtividade, se proporciona o ângulo privilegiado da articulação da medicina com o econômico e revela a sua participação relativamente direta na organização do processo produtivo, não esgota, quer a análise de seu papel na reprodução da estrutura de classes, quer a identificação dos elementos subjacentes à medicalização e às formas por ela assumidas.

A fim de identificar sob outros ângulos as determinações que incidem sobre a prática médica, é necessário considerar que as condições de continuidade do processo de acumulação não se encontram dadas inteiramente no plano da reprodução, a nível econômico, dos fatores de produção. Na medida em que as relações de produção são relações de classe que se processam através de uma contradição fundamental, consistente na oposição entre o caráter social da produção e o caráter privado da apropriação, elas implicam a possibilidade do desenvolvimento dos antagonismos de classe e da transformação do modo de produção. Nesse sentido, a continuidade do processo de acumulação capitalista depende da presença de condições supra-estruturais — ideológicas e políticas — capazes de assegurar que não se manifestem contradições já instaladas ao nível da estrutura da produção, adquirindo, também a nível político, a forma de antagonismo. Depende, em outros termos, das possibilidades de exercício da "hegemonia", entendida como o domínio ideológico e político das classes no poder sobre as demais classes na sociedade, o qual se processa através de um conjunto de instituições privadas ou estatais.

O conceito de hegemonia, elaborado por Gramsci com vistas a explicar, através da análise do ideológico e do político, as condições de sujeição das classes dominadas, permite apreender as relações entre as classes no sentido de direção cultural e política. Distinguindo a "sociedade civil" da "sociedade política" ou Estado, Gramsci refere-se à função de "hegemonia" exercida pelo grupo dominante e à função de "domínio direto ou de comando" exercido pelo Estado como organização político-jurídica, expressas através da obtenção de um consenso "coletivo" acerca da orientação impressa ao poder pelo grupo dominante, quer através da direção intelectual e moral, quer através da coerção por via dos tradicionais aparelhos repressivos do Estado. Essa distinção entre sociedade civil e sociedade política representa um aspecto central da construção teórica de Gramsci que não cabe aqui discutir. Mas, ainda que em certo contexto ela

adquira o caráter de distinção metodológica⁽⁹⁾, seu significado imediato decorre da possibilidade de lembrar que as condições supra-estruturais de continuidade ou de superação da estrutura elaboram-se no conjunto das relações e instituições da sociedade e não necessitam ser exclusivamente identificados com agentes e instituições diretamente articulados com o aparelho do Estado. É o papel dos intelectuais ou das "instituições de cultura" (escola, igreja, imprensa...) na elaboração da ideologia dominante que as análises de Gramsci reforçam, permitindo buscar nas práticas aparentemente mais distanciadas da dominação, elementos de confronto ideológico-político na sociedade de classes. Por outro lado, a participação do Estado nesse processo, de forma mais ou menos direta, e através de distintos aparelhos, representa uma constante na realização histórica do capitalismo, embora assumam dimensões mais marcadas na fase atual da reprodução.⁽¹⁰⁾

O que importa acentuar é que o conceito de hegemonia permite apreender a manifestação das relações de classe, a nível político e ideológico em sua articulação com a estrutura da produção. E mais, que remetendo às condições de exercício do domínio político-ideológico como elemento necessário do processo de reprodução social, revela, em contrapartida, a importância da atividade política como potencialmente transformadora das relações de produção: "O fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que se tenha em conta os interesses e as tendências dos

(9) "El planteamiento del movimiento librecambista se basa en un error teórico cuyo origen práctico no es difícil de identificar: es decir se basa en la distinción entre sociedad política y sociedad civil, que de distinción metodológica se convierte en (y es presentada como) distinción orgánica... Pero, dado que en la realidad concreta la sociedad civil y el Estado se identifican..." — Gramsci, A. — *La Política y el Estado Moderno*, Ed. Peninsula, Barcelona, 1971, p. 95. Como indicação do sentido complexo da distinção entre sociedade civil e sociedade política, ver, entre outros, Bobbio, Norberto — "Gramsci y la Concepción de la Sociedad Civil", *Cuadernos de Pasado y Presente*, n.º 19, 2.ª ed., 1972, pp. 65 e 93 e Portelli, Hughes — *Gramsci y el Bloque Histórico*, Siglo XXI, 1974.

(10) Analisando a reprodução das relações de produção, Althusser agrega ao conceito de aparelhos repressivos, o de aparelhos ideológicos de Estado, despenhando, todos os aparelhos, em distintas proporções, funções repressivas e ideológicas: Althusser, L. — "Ideologie et Apparais Idéologiques d'Etat", *La Pensée*, n.º 151, junho, 1970. Poulantzas entende o conceito desses aparelhos "que são apenas a materialização e condensação das relações de classe... e de alguma forma as pressupõem", no sentido de abranger, além das funções políticas e ideológicas por eles preenchidas, também as econômicas: Poulantzas, N. — *As Classes Sociais no Capitalismo de Hoje*, Zahar, R. Janeiro, 1975, pp. 26-30. Dada a necessidade de considerar, no decorrer do texto, aspectos muito distintos da prática médica, não se adotou o conceito de aparelhos de Estado para orientar a análise, entre outras razões, porque acabaria por perder, em teor explicativo, o que ganharia em extensão.

grupos sobre os quais ela se exercera, que se forme um certo equilíbrio de compromisso, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa; mas é também indubitável que estes sacrifícios e este compromisso não podem referir-se ao essencial; porque se a hegemonia é ético-política, não pode deixar de ser também econômica, não pode deixar de ter seu fundamento na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da estrutura econômica." (11) Em outros termos, as possibilidades de exercício da hegemonia não se encontram já dadas historicamente mas se efetivam através de um processo contraditório de enfrentamentos e, por vezes, de concessões, entre classes e frações de classes, indicando a presença, ao menos potencial, de distintas ideologias e projetos políticos capazes de desempenhar papel efetivo na transformação da estrutura.

A análise da articulação da medicina com o político e o ideológico encontra suporte em muitos estudos que se aplicam à medicina, quer como campo do saber, quer como conjunto de práticas cristalizadas em instituições — hospitais, escolas médicas — quer como serviço cuja produção e consumo se estruturam conforme à dinâmica política. É o caso, por exemplo, das análises de Foucault, através das quais se pode acompanhar, sob a forma de uma história política da sociedade capitalista, a partir do século XVIII, seja a constituição da loucura como doença mental e objeto da medicina, seja a emergência, com a clínica, de um uso inteiramente novo do discurso científico. O mesmo se aplica aos numerosos estudos que intentam a crítica das práticas psiquiátricas, especialmente aqueles que, partindo da análise do poder no interior da instituição psiquiátrica, buscam a sua articulação com a distribuição do poder no conjunto da sociedade. (12) Deve também merecer referência o estudo de Boltanski acerca da difusão das normas da moderna puericultura o qual, embora omitindo a perspectiva da reprodução das relações de classe, quer a nível de sua constituição na estrutura da produção, quer a nível de suas manifestações supra-estruturais, proporciona todavia importantes indicações sobre a possibilidade de incorporação, pela prática médica, de um projeto de normatização das condutas de diferentes classes sociais. Fundamentando-se em rico material empírico, o estudo revela como, equiparando-se à instituição escolar, a medicina, a partir da tentativa de estruturação simbólica, para toda a sociedade, das representações de saúde e

doença, empreende a tarefa de regular a vida privada, em particular dos estratos sociais inferiores (os "novos bárbaros" ou trabalhadores da cidade). Compartimentalizando a análise no nível simbólico-ideológico, o estudo não ultrapassa de muito as abordagens tradicionais do processo educativo em sua dimensão socializadora. Mas tampouco se reduz a elas, na medida em que, por um lado, proporciona elementos para se desvendar a coerência e o caráter próprio de classe das configurações de saber e prática referentes à saúde; por outro, e conseqüentemente, deixa aberta a possibilidade de análise dessa dimensão "pedagógica" da prática médica como expressão parcial do processo de reprodução das relações de classe. (13)

A importância desses estudos para o problema em questão decorre do fato de indicarem — a partir de diferentes perspectivas, e com distinto instrumental teórico a impossibilidade de descartar a dimensão político-ideológica como explicativa dos aspectos que reveste a prática-médica, o que não significa que o aparato conceitual de que se servem remeta sempre às relações de classe como elemento nuclear dos processos que se desenrolam a nível político-ideológico. Por outro lado, revelam a possibilidade de análise dessa questão por referência a distintos elementos da prática. De imediato, entretanto, a articulação da medicina com o processo da hegemonia político-ideológica será considerada através das possibilidades de aumento do consumo de serviços médicos, vale dizer, do sentido que adquirem no desenvolvimento dos antagonismos de classe, as políticas referendadas ao aumento do consumo de bens e serviços, sejam ou não conduzidas diretamente pelo Estado.

O processo amplo de controle dos antagonismos, visando mantê-los dentro de limites compatíveis com a reprodução da estrutura, expressa, em sua dimensão ideológica mais geral, a ênfase na unidade social negadora da existência da diferenciação básica entre as classes identificadas no plano das relações de produção. Essa ênfase, todavia, não é incompatível com o reconhecimento e mesmo a justificativa da desigualdade no plano da distribuição de bens de consumo ou, ainda, com o acionamento de mecanismos capazes de garantir a elevação dos níveis de consumo. Mas trata-se, já então, de uma desigualdade que não se refere às fontes de obtenção da renda — trabalho ou propriedade — e sim ao seu montante e, por essa forma, a pers-

(13) Boltanski, L. — *Prime Education et Morale de Classe*. Mouton, Paris, 1969. Ver, a propósito, o estudo de Establet, R. e Baudelot, C. — *L'Ecole Capitaliste en France*, Maspero, Paris, 1973, no qual, por referência à instituição educacional propriamente dita, os autores procedem à análise da participação do aparelho escolar na reprodução das relações de classe.

(11) Gramsci, A. — *op. cit.*, p. 96.

(12) Uma interessante revisão comparativa das tendências nestas análises da instituição psiquiátrica encontra-se em: Castel, Robert — "Vers les Nouvelles Frontières de la Maladie Mentale", *Revue Française de Sociologie*, n.º especial, 1973, pp. 110-136.

pectiva se desloca da contradição para a hierarquização das categorias sociais segundo um "quantum" de consumo. Nesse sentido, parece adequado considerar que a própria ótica da diversidade do consumo das diferentes categorias sociais pode já representar um mecanismo potencial de suavização de conflitos sociais, na medida em que corresponda a um deslocamento para a exclusiva esfera do consumo, de antagonismos identificáveis ao nível da produção. Essa ótica tem a vantagem de proporcionar um elemento de manejo econômico e político possível, dado que a elevação controlada do consumo não afeta o essencial da estrutura de produção e que níveis mais elevados de consumo podem constituir, particularmente em certas conjunturas, aspecto significativo da hegemonia, conquanto deva ser mantido em limites compatíveis com a realização de taxas adequadas de acumulação — limites apenas definíveis por relação à dinâmica econômica e política no plano das formações sociais. Neste plano, a estrutura de classes não se reduz às duas classes polares identificadas ao nível do modo de produção capitalista — burguesia e proletariado — mas expressa-se através de uma multiplicidade de classes, frações de classes, camadas, cuja situação de classe deve ser todavia referida às relações de produção ou seja, às formas pelas quais se definem as suas posições na estrutura da produção. Do fato dessa multiplicidade de classes, que só podem ser apreendidas e analisadas pelo estudo da forma como se realiza o modo de produção em cada sociedade concreta, decorre em parte a possibilidade do deslocamento da ênfase na diferenciação dada ao nível da produção para aquela que se dá ao nível do consumo ou, sob outra forma, a possibilidade de sobrepor à presença de uma estrutura de classes a ótica da estratificação social.

Atentar para a ocorrência desse deslocamento, bem como para o fato de que ele pode estar em correspondência com os interesses econômicos, políticos e ideológicos das classes dominantes, não significa que se deva visualizar o processo político tão-somente pelo ângulo da dominação. O interesse dessa perspectiva decorre da possibilidade que oferece para a compreensão de uma das dimensões das "políticas sociais" destinadas a proporcionar consumos específicos tais como educação, saúde, habitação, e que na fase atual do capitalismo encontram no Estado o seu agente privilegiado. É importante reafirmar que tais políticas não correspondem a qualquer alteração significativa nas relações de produção e que, além do sentido que adquirem no processo político podem mesmo corresponder ao interesse imediatamente econômico do capital, quer por ativarem determinadas áreas de produção, quer por representarem a garantia de um salário indireto o qual, refletindo-se em uma redistribuição

da renda ou em um maior montante de consumo, traz ademais a vantagem de não incidir diretamente sobre o capital sempre que os custos são socializados sobretudo por meio da participação do Estado. Isto não significa que as "políticas sociais" correspondem sempre e estritamente aos interesses dominantes mas apenas que, manipuladas dentro de certos limites, elas não ameaçam a estrutura de poder e, como tal, adquirem sua potencialidade de utilização no processo político. Tal potencialidade — e colocado o Estado no centro do processo — acresce-se do fato de que, incorporando efetivamente, em sua função de controle do desenvolvimento de antagonismos políticos, interesses imediatos das classes dominadas — mais freqüentemente os que se expressam na busca de elevação da renda — o Estado reveste mais facilmente o caráter de entidade representativa dos interesses coletivos.

A percepção da desigualdade no plano da distribuição e do consumo de bens, mesmo quando implica o deslocamento das relações de produção do centro do processo político-ideológico, não corresponde, todavia, à superação dos antagonismos. E isso, em duplo sentido: persiste o antagonismo básico, dado já ao nível das relações de produção, ainda quando não se manifesta sob essa específica forma; desenvolvem-se outras ordens de conflitos, secundários por referência àqueles, mas potencialmente capazes de assumir a forma de antagonismo de classe, a depender do processo amplo de realização da estrutura social. Os interesses manifestos por diferentes frações de classe através das exigências de elevação do consumo pelo aumento da renda-salário ou do acesso a bens de serviços proporcionados diretamente por instituições "privadas" ou "estatais" dizem respeito, no plano imediato, a essa ordem de conflitos considerados como secundária, e o seu preciso significado político só pode ser apreendido no plano concreto das relações sociais: "a questão particular do mal-estar ou do bem-estar econômico como causa de novas realidades históricas é um aspecto parcial da questão de correlação de forças em seus diversos graus. Podem produzir-se novidades, seja porque uma situação de bem-estar encontra-se ameaçada (...) seja porque o mal-estar tornou-se intolerável e não se vê na sociedade nenhuma força capaz de mitigá-lo e de restabelecer uma normalidade com os meios legais. Pode-se dizer, por conseguinte, que todos esses elementos são a manifestação concreta das flutuações de conjuntura no conjunto das correlações sociais de forças, em cujo terreno se produz a passagem destas a correlações políticas de forças..."⁽¹⁴⁾ É inegável que em diferentes sociedades e em específicas conjunturas políticas, a ação

(14) Gramsci, A. — *op. cit.*, p. 116.

de classes ou frações de classes não hegemônicas tem-nas revelado como forças sociais, a partir da expressão dessa modalidade de interesses. Conseqüentemente, se por vezes a hegemonia político-ideológica se expressa através de interferências no plano da distribuição e do consumo de bens que assumem um caráter aparentemente independente das relações de classe, especialmente na medida em que podem antecipar-se a qualquer manifestação imediata de conflitos sociais, é preciso considerar que, mesmo na incorporação dessa ordem de interesses pela sociedade, revela-se também a presença potencial das classes não hegemônicas como forças sociais. Em outros termos, a compreensão da "política social" como parte do processo de controle dos antagonismos, implica que se apreenda o fato de que ela expressa, em sua realização e em suas modalidades, a relação das forças sociais ao nível das sociedades concretas.

Embora não se trate de privilegiar a articulação da medicina com o político frente ao sentido que adquire no plano da produção econômica senso estrito — o seu significado respectivo por referência à reprodução social só poderia ser apreendido em outro nível de análise — pode-se admitir que o processo pelo qual a prática médica acabou por tomar necessariamente como seu objeto praticamente todas as classes, frações de classes e camadas sociais constituiu sobretudo uma das formas de manifestação, no plano político, das relações de classe. O próprio fato de que a enfermidade e a morte se distribuíam de maneira a revelar as formas de participação dos grupos sociais na estrutura da produção e nas oportunidades de consumo contribui para tornar a medicina uma área significativa do ponto de vista político. Nas alterações experimentadas pela produção de serviços médicos manifestou-se, em seu duplo sentido, o processo acima referido de incorporação da desigualdade ao nível político ideológico: expressão, a um só tempo, do exercício da hegemonia de classe e das pressões por aumento de consumo como potencialmente negadoras dessa hegemonia. A história política da medicina, em todas as sociedades, revela momentos particularmente expressivos dessa ordem de determinações: "Se se considera mais de perto essa noção de ética, é possível dar-se conta de que o valor da vida humana sofre variações incessantes em torno de alguns momentos de flexão histórica e política. Esse valor variou, sem dúvida, na França, com a Frente Popular, a Resistência, a Libertação, a liquidação das situações coloniais, sem que se possa afirmar, por outro lado, o paralelismo dessas modificações com o crescimento econômico e as variações da balança comercial (...). A respeito do valor da vida humana e de suas flutuações, a inércia do sistema é essencialmente econômica, as mu-

tações são político-sociais." (15) O mesmo fenômeno pode ser descrito para a maior parte das sociedades européias, a partir do século XIX, bem como para as sociedades americanas, especialmente no século XX. Todavia, é importante assinalar a relativa impropriedade da compartimentalização, expressa no citado texto, das determinações econômicas e políticas que incidem sobre a prática médica. Necessária para efeito de análise, ela não corresponde à complexidade da forma de articulação da medicina no conjunto das práticas sociais, na medida em que, referidas às condições gerais do processo de acumulação, reflete as contradições próprias a ele.

A participação da medicina na dinâmica das relações de classe evidencia-se mais facilmente na época atual, quando a noção de "direito à saúde" tornou-se a pedra de toque através da qual se manifestam as determinações político-ideológicas que incidem sobre a prática médica. Todavia, e desde que não se compartimentalize o econômico e o político-ideológico no plano concreto da reprodução social, é possível pensar a progressiva reorganização histórica da prática médica como inseparável de todo o processo de constituição e reprodução da estrutura das sociedades capitalistas.

2. Raízes da medicalização

A redefinição da medicina como prática social aparece já marcadamente no século XVIII, através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar. Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida. Essa medicalização e a especificidade de suas relações com a estrutura econômica e político-ideológica pode ser identificada através da emergência de novos conceitos referentes à saúde e à prática médica bem como de novas formas de controle da medicina pela sociedade e de novos usos da medicina no controle e organização social. Seria impossível e mesmo dispensável traçar a história desse processo em todas as suas dimensões bem

(15) Polack, J. C. — *op. cit.*, p. 43.

como analisar as modalidades de que se revestiu em distintas sociedades. Pode-se, todavia, registrar alguns desses momentos de reorientação da medicina os quais, se não proporcionam todas as indicações para a compreensão de seu significado social recente, revelam já alguns de seus fundamentos.

Os estudos de Rosen sobre a emergência e o desenvolvimento da noção de "política médica" e das conotações que assume em diferentes sociedades européias indicam claramente as bases do que se poderia considerar a reorientação da medicina no sentido de um novo modo de articulação com as estratégias políticas e econômicas da nova estrutura de produção que se consolidava.⁽¹⁶⁾ O significado social assumido pela medicina com a emergência do capitalismo já se esboça durante o período mercantilista, articulado ao papel que ele desempenha no processo de acumulação da riqueza. Marcando a etapa de transição do modo feudal ao modo capitalista de produção, o mercantilismo como doutrina e forma de organização social a um só tempo econômica e política, implica o recurso a diferentes meios de acumulação pelas sociedades européias: o sistema colonial, o regime de dívidas públicas, os esquemas de tributação, o controle sobre a atividade produtora interna. E implica, em contrapartida, o reforço e a utilização de um poder centralizado, capaz de acionar aqueles meios — o poder do Estado: "... o corte entre o Estado feudal e o Estado capitalista não ocorre no momento em que aparece o Estado correspondente à consolidação do domínio político da classe burguesa, cujo exemplo seria o Estado saído da Revolução francesa, mas no momento em que aparece o Estado absolutista (...). A função do Estado absolutista não é precisamente operar nos limites fixados por um modo de produção já dado, mas produzir relações todavia não-dadas de produção — as relações capitalistas (...) sua função é transformar e fixar os limites do modo de produção. A função desse Estado de transição na acumulação primitiva depende da eficácia específica do político no estado inicial da transição..."⁽¹⁷⁾ A forma pela qual a medicina aparecerá vinculada às exigências da acumulação e da centralização do poder é que constitui o suporte para a afirmação de que este representa um momento significativo

(16) As considerações que se seguem encontram-se amplamente fundamentadas nos estudos de George Rosen, em particular: "Cameralism and the Concept of Medical Policy", in *Bulletin of the History of Medicine*, n.º 27, pp. 21-42, 1953; "What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept", in *Bull. Hist. Med.*, pp. 675-733, 1974; "Evolution of Social Medicine", in *Handbook of Medical Sociology*, H. E. Freeman, S. Levine e L. G. Reader (org.), Prentice Hall Inc., N. J. 1963.

(17) Foulantzas, N. — *Clases Sociales y Poder Político en el Estado Capitalista*, Siglo XXI, México, 1969, respectivamente pp. 197 e 202.

cativo para a reorientação de suas práticas. E nesse contexto que se origina o conceito de "política nacional de saúde" como parte das estratégias destinadas a aumentar a riqueza e o poder nacionais.

As medidas referentes ao enquadramento da população no processo de reorganização social durante o mercantilismo constitui o elemento imediato de uma reestruturação no campo médico. A população já não mais aparece, então, como uma massa dispersa de indivíduos sobre um território: começou a adquirir o estatuto de "povo", de grupo nacional. Ao desenvolvimento dos conceitos de "povo" e "nação" corresponde a conceptualização progressiva do Estado como representante do "interesse geral", nos ensaios de formulação das teorias do contrato social que encontrarão, posteriormente, em Rousseau, sua forma decisiva para a fundamentação ideológica das relações Estado-Sociedade Civil no modo de produção capitalista. Como parte da nova estratégia político-econômica impõe-se pensar a população, registrá-la, controlá-la, formular os princípios de sua relação com o poder do Estado: a quantidade de população é fundamental para que o Estado possa repousar sobre bases econômicas e políticas sólidas. Sua atividade produtora não é menos importante, em particular nos países que dependem sobretudo da produção interna para estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a acumulação da riqueza, a constituição dos exércitos, o consequente aumento da força do Estado. Daí decorre primeiramente a necessidade de calcular a força ativa das populações, de definir as condições de seu crescimento, de implantar medidas capazes de favorecê-lo. A população era relativamente escassa e entre os fatores responsáveis por tal escassez incluíam-se as condições sanitárias até então vigentes, assim registradas por Sigerist: "A mortalidade, sobretudo entre as crianças, era aterradora. A peste nunca se extinguiu e a população era assolada por terribes epidemias de difteria, tuberculose, sarampo, febre tifóide. As primeiras estatísticas vitais foram compiladas no século XVII e apesar de muito imperfeitas, chamaram a atenção pública para as aterradoras taxas de mortalidade. Todos tinham medo; sentia-se que a população estava ameaçada e que algo tinha de ser feito. Durante o século XVIII a higiene melhorou consideravelmente e estes progressos não foram devidos tanto aos esforços médicos quanto às condições políticas e à filosofia da época. Em um governo absolutista, o monarca sente-se responsável por seus súditos; é para o povo o que um pai é para seus filhos. Ordena o que se deve fazer para permanecer sadio e prole o que é danoso. A saúde é cuidada ou imposta por meio da polícia..."⁽¹⁸⁾

(18) Sigerist, H. — *Historia y Sociología de la Medicina*, editada por Gustavo Molina, Bogotá, 1974, p. 37.

George Rosen procede a um registro circunstanciado da ênfase posta pelas doutrinas econômicas e políticas sobre a importância do crescimento populacional na França, Inglaterra e Alemanha, especialmente nos séculos XVII e XVIII. Em todos esses países estabeleceram-se programas para o cálculo da população através de estatísticas de nascimento e de mortalidade, bem como políticas eventuais de estímulo aos casamentos e nascimentos: "O que o poder nacional necessitava, conforme o perceberam seus legisladores e seus conselheiros era, antes de mais nada, uma grande população; em segundo lugar, que a população fosse provida, para tanto, de recursos materiais; e, finalmente, que ela devesse estar sob controle do governo, de forma a poder ser utilizada para qualquer dos usos requeridos pela política estatal. Embora a doutrina mercantilista recebesse em suas aplicações, ênfase variada em épocas e lugares diferentes, reconhecemos sempre em algum grau que o uso efetivo da população em um país exigia atenção aos problemas de saúde." (19)

Aumentar e controlar a população não significa necessariamente medicá-la, em sentido estrito, mas representa uma tarefa potencial para a medicina como prática social que se redefiniu. Essa tendência difusa, articulada às práticas do mercantilismo, a pensar os problemas de saúde, adquire primeiro efetividade nos estados alemães, onde se procurou desenvolver, desde logo, uma ação médica centrada no controle do nível de saúde da população. A condição histórica peculiar dos estados alemães, ainda em processo de unificação e excluídos da luta ativa pela posse de colônias, imprime ali ao mercantilismo um caráter mais marcado de constituição e reforço de um poder central e a forma de planos múltiplos de intervenção e controle na esfera econômica interna, na atividade produtora da população. São ainda os textos de Rosen que permite rastrear o desenvolvimento, na Alemanha, das idéias e práticas que revelam a importância da medicina para a política do Estado e que se consubstanciam, na segunda metade do século XVIII, na noção de "polícia médica". Enunciada por Thomas Rau em 1764 e desenvolvida basicamente por Johan Peter Frank, a noção de "polícia médica" comporta, entre outros, os seguintes princípios: o Estado deve zelar pela saúde da população; os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas também pelo controle e manutenção da saúde da população; esse controle deve atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos. Para tanto, é necessário: restringir o exercício da medicina a pessoal médico competente, produto de uma educação regular e eficiente; supervisão

(19) Rosen, G. — "Cameralism and the Concept of Medical Policy", citado, p. 24.

nar o funcionamento dos hospitais; promover a educação do povo em matéria de saúde. Tais princípios marcaram acentuadamente a prática médica na França, Inglaterra e Alemanha, em fins do século XVIII e princípios do século XIX, na implantação de um sistema complexo de observação e registro de nascimentos, de mortes, da morbidade, da ocorrência de endemias e epidemias, bem como na instauração de uma série de mecanismos de controle, pelo poder político, da formação do médico, do exercício da prática médica, dos efeitos dessa prática sobre o estado de saúde das populações. Implicaram, enfim, em um esquema de disciplinarização da medicina pelo Estado e em uma correspondente função de controle atribuída à medicina sobre a vida social. "Medicina de Estado" é a forma pela qual Foucault designa essa modalidade de redefinição social da prática médica na Alemanha: "O que se encontra antes da grande medicina clínica do século XIX é uma medicina estatizada ao máximo (...). Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma Administração Central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado (...). Não é o corpo que trabalha, o corpo do operário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos (...) é essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver." (20)

Remetendo estruturalmente ao econômico, através do sentido que adquire o reforço do poder estatal para a acumulação original do capital, essa modalidade particular de redefinição da medicina permite portanto que se identifique a sua incorporação ao processo mais geral que reorganiza os elementos da vida social na constituição da estrutura de produção capitalista. E ainda que não responda por toda a peculiaridade de sua relação com a estrutura social, revela uma faceta já bastante significativa: dado que a força ativa dos indivíduos, capaz de produzir a riqueza deve ser reorientada no sentido de um novo modo de acumulação, deve também tornar-se alvo de nova forma de controle e conservação. A medicina não permaneceu alheia a essa tarefa. Através de sucessivas alterações de seu campo de saber, de seus meios de trabalho, de seus alvos programáticos,

(20) Foucault, M. — Conferência. Instituto de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade do Estado da Guanabara, outubro, 1974, mimeografado.

de uma atuação mediata ou imediata sobre essa força de trabalho redefinida, participará progressivamente do novo modo de acumulação peculiar à sociedade mercantil capitalista.

Ainda que amplamente divulgadas na época, sobretudo através da obra de Peter Frank, "Medicinisches Politzcy" as concepções e práticas consubstanciadas no conceito de polícia médica não encontram no resto da Europa expressão equivalente à que adquiriu na Alemanha, condizendo com sua situação de relativo atraso econômico frente a outros países europeus, mas sobretudo com o papel a ser ali desempenhado pelo Estado também em momentos sucessivos da organização social, na implantação de uma estrutura econômica e política burguesa "de cima para baixo" e que encontra na política de Bismarck a sua expressão mais acabada. Adotado fora da Alemanha, o conceito de polícia médica é despojado de seu sentido de amplo controle pelo poder político sobre as condições de vida das populações e sobre a própria prática médica, para restringir-se à interferência sobre aspectos delimitados da vida social, tais como o controle de doenças transmissíveis e o saneamento ambiental. Na própria Alemanha, a política de saúde na segunda metade do século XIX já não se orienta por aquelas concepções: nesta época, "o conceito de polícia médica tinha em larga medida se tornado uma fórmula estéril, e o significado prático que ainda conservava consistia sobretudo em atividades administrativas e reguladoras referentes ao controle de doenças transmissíveis, organização e supervisão de pessoal médico, saneamento ambiental e fornecimento de atenção médica ao indigente".⁽²¹⁾ Diga-se, de passagem, que o abandono das práticas relacionadas ao conceito de "polícia médica" representa na Alemanha uma interrupção relativamente breve do processo de crescimento da área de atuação da medicina. A implantação, por Bismarck, na década de 1880 do seguro-social compulsório, propicia um princípio de generalização do cuidado médico a partir da assistência a algumas categorias de trabalhadores e indica o papel particularmente importante do Estado alemão não apenas na fase de acumulação primitiva mas também no processo de industrialização e na política de controle do proletariado frente à precária organização política da burguesia. Enquanto as transformações econômicas se aceleravam na Alemanha a partir da metade do século e a ação política e social do proletariado seguia o ritmo do impulso industrial e beneficiava-se da prévia presença no cenário político dos movimentos operários na Inglaterra e na França, não se verificaram no comportamento político da burguesia transformações correspondentes. Quando, no transcorrer da segunda meta-

(21) Rosen, G. — "Evolution of Social Medicine", *op. cit.*, p. 28.

de do século, a contradição fundamental se deslocara da contradição entre nobreza e burguesia para burguesia e proletariado, cabe ao Estado bismarckiano estabelecer o predomínio político da burguesia. A essa característica da estrutura social, deve-se em grande parte a primazia da Alemanha no desenvolvimento de uma "política social" pelo Estado. A implantação do seguro-social compulsório por Bismarck revestiu-se, segundo Marshall, do "caráter de uma solicitação à indústria para se unir a ele no oferecimento de concessões para atender às reivindicações legítimas dos trabalhadores a fim de tornar mais fácil, tanto para ele como para ela, a resistência aos assédios ilegítimos dos mesmos".⁽²²⁾

Retomando, entretanto, as considerações relativas ao desenvolvimento das noções de política médica a partir do século XVIII, é necessário acrescentar que, se os princípios consubstanciados na noção de "polícia médica" não se efetivaram igualmente em todas as sociedades européias, representaram, contudo, o início de um processo de formulação sistemática das relações entre saúde e condições de vida social que, fazendo apelo, frequentemente a noções tais como as de pobreza, trabalho, produtividade, retiravam progressivamente a doença do exclusivo âmbito do biológico ou do "natural", ao mesmo tempo que articulavam as práticas de saúde aos projetos de reorganização social. Essa temática encontra nova e mais elaborada expressão no desenvolvimento do conceito de "medicina social" que já releva, todavia, de uma realidade relativamente distinta da que fundamenta o desenvolvimento das práticas e conceitos anteriores, na medida em que expressa a forma pela qual se desenvolveu a luta política e a "questão social" a partir da Revolução francesa.

Pelo fato de apoiar-se amplamente sobre várias classes e camadas sociais — do campesinato à pequena burguesia urbana, aos trabalhadores da manufatura e ao "lumpen-proletariado" — o movimento de ascensão da burguesia ao poder político na França trouxe para o cenário da Revolução mais do que uma ideologia de liberdade e igualdade política formais dos cidadãos sob um Estado baseado no interesse geral do povo — pela presença da pobreza no campo político, manifesta sobretudo no conteúdo social da ideologia jacobina com seus ataques à riqueza e seus apelos à igualdade social. Problematicando sob a forma de oposição a liberdade e a necessidade como componentes do processo revolucionário, Hannah Arendt analisa extensa-

(22) Marshall, T. H. — *Política Social*, Zahar, Edit., R. Janeiro, 1967. p. 58.

mente a forma pela qual, com a pobreza, o problema da necessidade adentra a Revolução francesa e supera (sem impor-se, todavia, poder-se-ia desde logo acrescentar) o núcleo do movimento revolucionário consubstanciado, segundo ele, no princípio da liberdade: "A idéia de que a pobreza serviria para que os homens rompessem os grilhões da opressão, dado que os pobres nada têm a perder senão suas cadeias, chegou a ser para nós tão familiar (...) que tendemos a esquecer que era desconhecido antes da Revolução Francesa." (23) A invocação da idéia de povo como participante do processo político não incluía até então todas as camadas da sociedade, mas acabou por constituir a consequência das condições peculiares através das quais buscava consolidar-se a hegemonia política burguesa. "Pela primeira vez o vocábulo (le peuple) abarcou não apenas os que participam do governo, isto é não apenas os cidadãos, mas também o baixo povo (e) o termo chegou a ser sinônimo de desgraça e infelicidade: *le peuple, les malheureux m'applaudissent* como costumava dizer Robespierre." (24) A liberação do jugo da necessidade requeria da parte dos representantes do povo "um esforço de solidariedade ao qual Robespierre chamou *virtude*, uma virtude que não era romana, que não apontava para a *res publica* (mas) significava a preocupação pelo bem-estar do povo, a identificação da vontade de um com a vontade do povo — *il faut une volonté UNE* — e todos os esforços eram dirigidos fundamentalmente para a felicidade da maioria. Após a queda da Gironda, a felicidade, ao invés da liberdade chegou a ser a 'nova idéia na Europa' (Saint Just)." (25) A própria Declaração dos Direitos do Homem implicava também a idéia de um corpo político fundamentado nos direitos naturais do homem; direitos que derivam do fato de que o homem constitui um ser natural, direitos à alimentação, vestuário e reprodução da espécie, enfim, direito às necessidades da vida. "O aparecimento dos *malheureux* nas ruas de Paris deve ter deixado a impressão de que o 'homem natural' de Rousseau, com suas 'necessidades reais' em seu 'estado original' se materializara de repente e que a Revolução não fora na realidade outra coisa senão essa 'experiência necessária para descobri-lo.'" (26) A doutrina da assistência à pobreza elaborada nos anos que se seguiram à Revolução de 1789 foi inteiramente nova por referência aos métodos usuais de tratamento da questão. A caridade religiosa deve succeder-se uma laicização da assistência, ao fundamento religioso

(23) Arendt, H. — *Sobre la Revolución*, Revista do Ocidente, Madrid, 1967, p. 75.

(24) Arendt, H. — *op. cit.*, p. 84.

(25) Arendt, H. — *op. cit.*, p. 83.

(26) Arendt, H. — *op. cit.*, p. 118.

do direito ao cuidado opõe-se agora um fundamento social — o dever de assistência da coletividade nacional frente aos cidadãos que necessitam de auxílio. O direito ao auxílio afirma-se como substituto do direito ao trabalho que a sociedade tem por obrigação assegurar: "A sociedade está obrigada a prover a subsistência de todos os seus membros, seja proporcionando trabalho, seja assegurando meios de existência àqueles que não têm condição de trabalhar" (Artigo X da Declaração de direitos proposta por Robespierre à Convenção, a 24 de abril de 1793).

Não há que interpretar a emergência da questão social sob essa específica forma como um elemento estranho à revolução burguesa, senão como a indicação da presença, na cena política, de interesses de outros grupos sociais que não os da burguesia comercial e industrial, o que, se torna especialmente complexo e prolongado o processo político-ideológico através do qual se consolidará a hegemonia política, não afeta substancialmente seu resultado final. Deve-se mesmo admitir que a ideologia jacobina tenha sido fundamental na organização dessa "vontade coletiva" nacional-popular que, baseada no irrompimento da grande massa do "povo" na vida política, permitirá a constituição do Estado burguês na França. Todavia, é importante ressaltar que, uma vez levada ao cenário político, a questão social será retomada em sucessivas conjunturas, especialmente à medida em que se desenvolve o proletariado industrial.

A reforma política e social propugnada sob o signo das ideologias de liberdade política e também de igualdade social implica, desde o início, a atribuição de novas tarefas à medicina. Projetos de reforma médica, de reestruturação dos hospitais como lugar de confinamento da pobreza, de instauração da assistência obrigatória e gratuita aos enfermos, sucedem-se com regularidade durante o período revolucionário e sugerem não apenas a intensificação do combate à enfermidade mas também o engajamento da medicina em uma tarefa política de correção dos males sociais, a opressão e a pobreza, entre outros. "Os anos que precedem e seguem imediatamente a Revolução viram nascer dois grandes mitos, cujos temas e polaridades são opostos: o mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero, e investida, no nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que aquele exerce sobre as almas; o mito de um desaparecimento social da enfermidade em uma sociedade sem transtornos e sem paixões, devolvidos a sua saúde de origem." (27) Obviamente, tais projetos e valores não se concretizarão, mas constituem parte ponderável das concepções de

(27) Foucault, M. — *El Nacimiento de la Clínica, Siglo XXI, México*, 1966, p. 56.

"medicina social" que encontram sua forma mais acabada na primeira metade do século XIX.

Tais concepções se desenvolvem sobre o quadro de fundo da industrialização gradual da França após a Revolução e as Guerras Napoleônicas, industrialização que reproduz as precárias condições de trabalho e vida urbana a que estiveram sujeitos os trabalhadores industriais também na Inglaterra e outros países. A força de trabalho liberada pela nova estrutura econômica concentrara-se nos centros industriais urbanos: "A população urbana francesa cresceu de 15% do total em 1830, para 25% em 1846. A falta de moradia, a superpopulação e os efeitos dos desempregos periódicos fizeram da vida do trabalhador e de sua família uma existência mortal (...). Para ganhar seu escasso salário o trabalhador francês trabalhava de 13 a 16 horas por dia. Não obstante, era absolutamente necessário que mulheres e crianças trabalhassem."⁽²⁸⁾ Paralelamente, os períodos de conturbação social, nos quais jogavam papel significativo os ideais jacobinos de uma ordem político-social democrática e popular, mas a que correspondiam também o nascimento de novas teorias políticas e sociais — as várias teorias "socialistas" — afetavam não apenas a França mas outros países europeus (em particular a Alemanha) nos quais o proletariado industrial se cons tituiu e participava gradualmente da vida política.

Os temas aprofundados pelas sucessivas análises e propostas de atuação médica que constituem o campo da medicina social podem ser englobados em dois itens principais: a identificação sistemática das condições de vida social como fonte de enfermidade; a postulação da medicina como instrumento de reorganização social. Nas primeiras décadas do século XIX surgem numerosos inquéritos oficiais e particulares sobre as condições de vida das diferentes classes sociais, sobre as condições de trabalho ou sobre os efeitos dos níveis de renda, nutrição e condições de moradia e saneamento para o estado de saúde, revelando claramente que as taxas de morbidade e mortalidade estavam relacionadas à situação social dos diferentes grupos sociais. Os estudos de Villermé, em especial o referente às condições de saúde dos trabalhadores têxteis, levantam a opinião pública e provocam a elaboração da primeira legislação sobre o trabalho, na França, em 1841, regulando o trabalho das crianças nas fábricas. Surgem também iniciativas no campo da assistência médica, inspiradas em ideologias reformistas mais ou menos radicais, refletindo a presença, no cenário político, de distintos interesses sociais. Rosen relata o estabelecimento, após um violento surto de cólera em 1831, de um serviço médico volun-

(28) Rosen, G. — "Evolution of Social Medicine", *op. cit.*, p. 30.

tário gratuito, em várias áreas do país, pelos adeptos de Saint-Simon, os quais propugnavam à mesma época, através do jornal "Globe", a instalação de sistemas de água potável e de esgoto, bem como outras medidas capazes de favorecer a saúde da população.

Durante toda a primeira metade do século sucedem-se as afirmações do vínculo entre saúde, medicina e sociedade. Quando o termo medicina social foi forjado por Jules Guérin, em 1848, condensava todo esse longo processo de elaboração. Mas não se pode ignorar a específica conjuntura em que ele foi proposto, o momento do processo revolucionário em que novamente as diferentes classes sociais se aglutinavam na realização do projeto político da burguesia francesa mas no qual, já então, o proletariado desempenhou papel político ativo e tentou a implantação de sua "república social", ainda que não dispusesse, para tanto, de condições objetivas. A questão social não apenas continua presente na cena política mas adquire novas facetas e comporta novas formas de manipulação. O próprio Luiz Bonaparte, em suas tentativas de apoiar-se nas "massas", sugerirá programas de legislação social que incluíam pensão para a velhice, assistência médica gratuita aos indigentes e indenizações para os trabalhadores afetados pelas condições de trabalho.

Na concepção de Medicina Social exposta por Guérin reproduzem-se os componentes anteriormente indicados: análise dos problemas sociais e de sua relação com a saúde e a doença; determinação de medidas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças; finalmente, a medicina como "terapia social", através do "fornecimento de meios médicos e outros meios para tratar com a desintegração social e outras condições que as sociedades podem experimentar. Nesse sentido, Guérin viu a medicina como 'a chave para os mais importantes assuntos de nosso período de regeneração' e a profissão médica como grupo mais apropriado para usar este instrumento".⁽²⁹⁾ Medicina e reforma social: é a politização do campo médico que se expressa na temática da medicina social e na incorporação da prática a projetos de reorganização coletiva. Dado que a identidade entre o bem-estar do indivíduo, da sociedade e do Estado já não aparece todavia como necessária no interior de parte das ideologias políticas em elaboração, o sentido dessa politização já não será inteiramente unívoco mas oscilará entre os interesses relacionados à cristalização da ordem social burguesa e as possibilidades de superá-la, através de projetos mais ou menos radicais, as condições a que essa ordem submete as demais classes sociais. Não impli-

(29) Rosen, G. — "Evolution of Social Medicine", *op. cit.*, pp. 34-35.

cando necessariamente uma contradição, essa ambigüidade, contudo, apenas persistirá até a definitiva afirmação da hegemonia política burguesa e o relativo alijamento das demais classes sociais da participação no processo político. Contribuindo para abalar as estruturas sociais e políticas da "velha sociedade", às novas concepções de direito social não correspondem, todavia, condições objetivas capazes de dar origem a novas instituições nesse específico domínio. Já na segunda metade do século XIX terá declinado o movimento de reforma médica e social, subsistindo agora programas mais limitados de reforma sanitária, voltados para o controle de doenças transmissíveis específicas e condições ambientais particulares. Não será também, estranho a esse declínio o desenvolvimento da medicina bacteriológica que já permite a recondução da prática médica aos limites do organismo "e o desenvolvimento do estudo das doenças infecciosas sem que ele fosse perturbado por considerações sociais e reflexões sobre política médica".⁽³⁰⁾

A emergência desse campo de reflexão acerca do caráter social da doença e da prática médica não se circunscreeve à França. Estendeu-se aos demais países da Europa, em particular à Alemanha, onde o desenvolvimento da idéia de uma medicina como ciência social coincidiu com a repercussão, revelada no movimento político alemão da metade do século, dos ideais jacobinos da Revolução Francesa e da participação do proletariado francês na Revolução de 1848. Rudolf Virchow e Salomon Neumann são, na época, os principais líderes do movimento da medicina social alemã, cujos princípios podem ser assim sintetizados: "a saúde das pessoas é um assunto que concerne diretamente à sociedade e esta tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros; as condições sociais e econômicas exercem uma importante influência sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser cientificamente investigadas; as medidas destinadas a promover a saúde e a combater a doença devem ser tanto sociais como médicas".⁽³¹⁾ Segundo Virchow, "o estado democrático requer que todos os cidadãos gozem de um estado de bem-estar, porque reconhece que todos têm iguais direitos. Desde que a igualdade geral de direitos conduz ao autogoverno, o estado tem por sua vez o direito de esperar que cada um saiba como adquirir e manter através de seu próprio trabalho um estado de bem-estar, nos limites das leis estabelecidas pelo próprio povo. Contudo, as condições do bem-estar são a saúde e a educação, de maneira que constitui tarefa do estado prover

(30) Posição expressa por Behring, em 1893, conforme Rosen, G. "What is Social Medicine?", *op. cit.*, p. 675.

(31) Rosen, G. — "What is Social Medicine?", *op. cit.*, pp. 678-681.

em bases, as mais amplas possíveis, os meios para manter e proporcionar educação e saúde através da ação pública (...). Assim, não é suficiente que o estado garanta a cada cidadão as necessidades básicas para a existência e que assista a cada um, cujo trabalho não basta para a satisfação dessas necessidades; o estado deve fazer mais, deve assistir a qualquer um, de forma que ele tenha as condições necessárias para uma existência saudável".⁽³²⁾ Esse direito dos cidadãos à assistência é tanto mais justificável quanto as enfermidades coletivas, as epidemias, da mesma forma que a doença individual são vistas em grande parte como manifestação de condições desfavoráveis da vida social. Virchow desenvolve uma teoria das epidemias, distinguindo as naturais das artificiais, na dependência dos fatores que atuam em cada caso — eventos naturais ou o modo de vida social. As epidemias artificiais são próprias da sociedade, resultado da deficiente organização política e social que impede a participação equivalente de todas as classes na cultura da sociedade. Seu controle exige o reconhecimento das condições econômicas, políticas e sociais que geram a enfermidade e uma conseqüente intervenção ativa na vida social no sentido de removê-los. Essa intervenção requer que a medicina adentre a esfera da vida política. Na verdade, não há que distinguir entre medicina e política, pois nessa linha de pensamento "a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que medicina em grande escala". A Reforma Médica é, portanto, parte da reforma geral necessária das instituições, destinadas a instaurar uma nova sociedade com condições mais adequadas ao bem-estar da população: condições de trabalho, saúde, educação.

Uma reforma dentro da própria revolução, poder-se-ia dizer, ao considerar o caráter relativamente antecipatório de tais princípios que se formulavam no momento da implantação do capitalismo industrial na Alemanha e da preparação da hegemonia política burguesa, por referência ao processo mais tardio de desenvolvimento dos "direitos sociais" sob o capitalismo monopolista. Não obstante, essas proposições constituíram sobretudo a expressão de processos imediatos, já manifestos no decorrer da Revolução Francesa e encontram os seus limites nas próprias condições concretas de realização do capitalismo no século XIX. Se o direito ao trabalho poderia corresponder à necessária liberdade do trabalhador no mercado, frente às novas relações de produção, os "direitos" à assistência ou à educação não se impõem ainda necessariamente, quer por motivações econômicas imediatas, quer como resultantes de enfrentamentos políticos nos quais o proletariado virá ainda a desempenhar papel gradualmente significati-

(32) Rosen, G. — "What is Social Medicine?", *op. cit.*, p. 678.

vo. O amplo programa de reforma médica então proposto não encontrará na Alemanha mais sucesso que na França. Parte desse programa foi consubstanciado no esboço para uma Lei de Saúde Pública elaborada por Neumann e submetida à Sociedade de Médicos e Cirurgiões de Berlim, em 1849. O projeto definia os objetivos da saúde pública: 1) o desenvolvimento sadio, físico e mental dos cidadãos; 2) a prevenção de todos os perigos para a saúde; 3) o controle da doença. Sua área de atuação envolvia a sociedade como um todo com o correspondente controle de todas as condições capazes de afetar a saúde (tais como o solo, a indústria, os alimentos e a habitação) e a proteção de cada indivíduo contra as situações que o impedissem de zelar por sua saúde. Situações essas que podem ser enquadradas em duas categorias principais: aquelas consistentes em pobreza e enfermidade, quando o indivíduo terá então o direito de solicitar assistência ao Estado; as que dizem respeito à ocorrência de doenças transmissíveis e mentais, quando o Estado, por direito e obrigação deverá intervir com a liberdade pessoal do indivíduo. Para tanto, a área médica deve dispor de pessoal bem treinado e numeroso, bem como de equipamentos e instituições apropriadas para o desenvolvimento de seu trabalho. (33)

Não era todavia chegado o momento em que sequer a medicalização do corpo "individual" ou "coletivo" assumiria tal extensão. As condições características do industrialismo e da vida urbana, na época, estavam a exigir, em toda a Europa, novas formas de interferência, mas estas expressaram-se sobretudo no que se poderia designar, com certa imprecisão — decorrente em parte do fato de que a medicina poderá desempenhar aí, até certo ponto, papel secundário (34) — por "medicalização do ambiente", assim entendido o sanitário em sentido restrito. O próprio Rosen é quem aponta, para a Alemanha, a reprodução do fenômeno verificado na França: "A Revolução de 1848 foi derrotada na Alemanha como havia sido na França e, com isto, terminou rapidamente o movimento de reforma médica (...). Durante as décadas que se seguiram a 1848, o amplo programa de reforma

(33) Rosen, G. — "What is Social Medicine?", *op. cit.*, p. 682.

(34) A necessidade de drenagem de rios, de controle de suprimentos de água, de remoção de detritos das casas e das ruas aparecerá inicialmente mais como uma questão de "engenharia" do ambiente, para o qual o médico contribui não tanto através de uma interferência direta, quanto através da detecção do problema. Atente-se, nesse sentido, para as formulações de Chadwick que embasam a implantação das medidas de Saúde Pública na Inglaterra, na metade do século XIX. Veja-se Rosen, G. — "Economic and Social Policy in the Development of Public Health", *Journal of the History of Medicine*, out. 1953, pp. 425-426.

da saúde transformou-se em um programa mais limitado de reforma sanitária que era praticamente viável." (35)

Sanitarismo de uma parte, assistência ao pobre — em grande parte através da caridade pública — constituirão os principais elementos do processo de medicalização até o século seguinte. Esses dois elementos não são contemporâneos na origem ou equivalentes quanto aos seus desdobramentos imediatos.

A assistência à pobreza, tal como se configurou em praticamente todas as sociedades capitalistas européias em formação, em particular na Inglaterra, implicava em algum grau de assistência médica, mas os conceitos que envolvem e justificam originalmente essa modalidade de ação não se confundem com o processo pelo qual a questão social se introduziu no cenário político e se encaixinou no sentido da afirmação dos "direitos sociais". Sua anterioridade e seu sentido histórico refletem primariamente a marginalização de amplas camadas sociais do processo político, bem como o particular estatuto econômico desses grupos nas condições originais da sociedade capitalista. A desintegração das estruturas feudais e à liberação em diferentes graus, nas distintas sociedades, de massas de indivíduos desprovidos de meios de subsistência e de integração a qualquer coletividade territorial, correspondeu o desenvolvimento de mecanismos de assistência, tanto pública quanto privada, que revestem o caráter de uma tutela da sociedade sobre tais massas. Essa tutela não implica a elaboração de qualquer idéia de direito à assistência mas equivale a uma reação frente à insegurança latente gerada pela presença de grupos altamente móveis e vistos como perigosos à sociedade, não enquanto "categoria social" mas como vagabundos e criminosos potenciais. Segundo Guy Perrin, a assistência a tais pobres encarnou essencialmente o objetivo de defesa da sociedade contra essa ameaça virtual. "A assistência pública constituiu em geral a primeira tentativa das autoridades públicas para remediar, não tanto a insegurança dos indivíduos e dos grupos que vegetavam abaixo do limite sociológico de integração ao meio, mas sim à insegurança latente que eles representavam para a sociedade constituída." (36) Daí o seu caráter a um só tempo protetor e repressivo, a mescla de segregação e detenção, de aprisionamento e asilo que a caracterizam. Daí também a variedade de métodos de que se vale: da punição, à ajuda financeira, à assistência médica.

Embora tenha se manifestado por toda a Europa, a Inglaterra constitui, por excelência, o cenário de desenvolvimento e

(35) Rosen, G. — "Evolution of Social Medicine", *op. cit.*, p. 38.

(36) Perrin, G. — "Por une théorie sociologique de la Sécurité sociale", in Stuedler, F. (org) — *Sociologie Médicale*, — Armand Colin, Paris, 1972, p. 356.

de formalização dessa modalidade de assistência à pobreza. E isso, em decorrência dos aspectos particulares assumidos ali pela revolução burguesa em seus desdobramentos tanto econômicos quanto políticos. É interessante considerar sumariamente alguns aspectos da questão dos pobres na Inglaterra, em parte porque revelam a forma pela qual o desvendamento da categoria ampla e imprecisa da "pobreza", no sentido de evidenciar o caráter subjacente de classe dos agrupamentos sociais que ela recobre, adentra o processo político, no século XIX, de maneira distinta da que caracterizou a Revolução Francesa, e torna a "Lei dos Pobres" um ponto significativo na definição gradual dos "direitos sociais" dos trabalhadores.

O pauperismo na Inglaterra assume proporções consideráveis em decorrência do ritmo relativamente rápido do processo de penetração do capitalismo na agricultura, iniciado graças à exploração, a partir do século XV, pela parcela da nobreza que iria constituir o núcleo da burguesia industrial, das diversas formas de pequena propriedade territorial, em benefício da instauração das pastagens para criação de ovelhas, com vistas a ativar o processo de comercialização da lã e as manufaturas. Essa exploração se encontrava praticamente consolidada no século XVII e foi uma contínua fonte de liberação dos pobres, ou seja, de camponeses expulsos de suas terras. Marx registra em suas análises sobre a acumulação primitiva, a emergência dessa enorme quantidade de indivíduos sem direitos que, não sendo absorvidos pela manufatura com a mesma rapidez com que se tornavam disponíveis, transformam-se necessariamente em vagabundos e indigentes. Registra também o conjunto da legislação repressiva que, a partir do século XVI atinge essa massa de desempregados. Aos métodos violentos de prevenção da vadiagem e da mendicância vem logo agregar-se o reconhecimento oficial do pauperismo, e a formalização da assistência ao indigente torna-se significativa com a Lei dos Pobres de 1601. O cuidado do pobre caberá doravante na Inglaterra tanto ao poder público como ao privado, e a vigência da legislação sobre a pobreza se estenderá até o século XX, com apenas uma modificação legislativa realmente substancial nesse intervalo — a Reforma da Lei dos Pobres — de 1834.

O que parece mais significativo para a perspectiva aqui adotada, é o fato de que a execução dos regulamentos referentes à assistência ao pobre — detenção, auxílio pecuniário ou outras formas de cuidados — garantiu a vigência na Inglaterra de um mecanismo contínuo e relativamente bem estruturado de intervenção e controle econômico e político sobre a força de trabalho, mecanismo manipulável de acordo com as necessidades da produção e com as condições políticas e, ao mesmo tempo, compa-

ritel com um grau consideravelmente baixo de interferência do poder central, em uma sociedade cuja ideologia de individualismo e liberalismo econômico antecipou-se ao mesmo fenômeno nas demais sociedades européias, bem como resistiu por tempo mais prolongado. Essas potencialidades da "assistência aos pobres" decorrem do peso adquirido no processo pelo poder administrativo local — personificado sobretudo pelo Juiz de Paz — ao qual a administração central delegava a execução dos cuidados do indigente, para o que contribuía em parte financeiramente. Em que pese tal presença do poder público, o encargo do pobre foi em grande proporção assumido por grupos ou pessoas privados. Esse controle muito direto exercido pelas comunidades locais implicava mesmo um princípio de retenção geográfica do pobre, o qual "pertencia" à paróquia ou freguesia.

Essa "posse" correspondeu, durante o crescimento gradual da produção manufatureira e industrial à contenção das pressões que a grande massa desempregada, uma vez efetivamente livre no mercado — ademais de já liberada para ele, como convinha às novas relações de produção — poderia exercer sobre a ordem econômica e social, ainda que elas assumissem apenas a forma de desordens urbanas. Tal retenção não impedia, tampouco, que uma efetiva liberação gradual se processasse à medida que se ampliava o mercado de trabalho (*), embora tivesse que ser rompidade maneira mais radical, no século XIX, após ter-se firmado amplamente a Revolução Industrial. A presença do fator trabalho, no sentido acima indicado, não constituiu obviamente o núcleo da concepção expressa da assistência à pobreza. O pobre se define justamente pelo não-trabalho, mas este não-trabalho é conceptualizado como indigência ou mendicância, jamais como desemprego. "Desde as primeiras etapas de aplicação da Lei dos Pobres (...) esboçou-se a trilogia do trabalho, da ajuda e dos cuidados, combinado com uma diversificação das situações e dos remédios, notadamente métodos de repressão, assistência financeira e médica, ou mesmo de prevenção, sem referi-los, contudo, a esquemas de estratificação social outros que não aquele que consistia em distinguir globalmente a categoria residual dos indigentes." (37) A pobreza constitui uma categoria à parte da sociedade e representa, não a manifestação de efeitos negativos da estrutura social, mas a incapacidade puramente individual e portanto, um fato de responsabilidade também individual. "De acordo com a antiga ortodoxia, a causa fundamental dos apuros e da miséria sociais devia ser encontrada nas pessoas ou circunstân-

(*) O pobre encontrava-se inclusive disponível para "doação" a quem necessitasse de um trabalhador, a ser pago frequentemente com a mera alimentação.

(37) Perrin, G. — *op. cit.*, p. 357.

cias individuais das vítimas, sendo usualmente atribuída a uma fraqueza moral." (38) A conceptualização da pobreza, articulada às formas de sua manipulação, permaneceu por muito tempo rigorosamente compatível com a concepção do equilíbrio espontâneo de uma sociedade sem defeitos ou contradições estruturais. Em outros termos, a pobreza não assumiu diretamente a forma de questão social, e a assistência representou papel significativo entre as condições que impediram a emergência, sob forma contundente, na cena política, do problema da necessidade como questão social.

De referência aos aspectos médicos, George Rosen lamenta que o liberalismo e o caráter intencionalmente paroquial da administração interna inglesa tenha representado, a seu ver, um obstáculo ao desenvolvimento de tentativas de implantação de políticas de saúde equivalentes às que se esboçaram na Alemanha e na França — o que não impediu, por outro lado, a emergência de obras tais como as de William Petty e Nehemiah Grew, onde as relações entre doença e condições sociais são sistematicamente trabalhadas. Todavia, e considerando-se a compreensível falência, na prática, de tais políticas amplas de medicalização, quase poder-se-ia admitir, contra Rosen, que pelo próprio caráter local e em grande parte privado de sua aplicação, bem como por sua ênfase discriminatória — econômica e política — em relação ao indigente, a Lei dos Pobres teria permitido na Inglaterra uma assistência mais regular e até mesmo uma medicalização — limitada e repressiva, embora — mais efetiva e contínua que em outras sociedades. É certo que nada havia de romântico ou humanitário no exercício dos controles locais sobre a força de trabalho disponível, e a literatura inglesa o retrata em termos suficientemente ricos. Mas o que se encontra em jogo não é a questão de se a assistência tornava a pobreza menos amarga e sim o que ela representou em termos de controle social. A Lei dos Pobres introduz na história da medicalização um princípio de intervenção médica que corresponde tanto a uma forma de permitir que a pobreza tenha acesso em algum grau ao cuidado médico, quanto a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade. O estudo de Rosen "Economic and Social Policy in Public Health" descreve o princípio do movimento no sentido de uma institucionalização mais marcada da assistência médica ao pobre, ocorrida particularmente nas grandes cidades, no século XVIII, com a criação de hospitais e dispensários, na qual a iniciativa privada joga um papel preponderante.

A medicalização como cuidado individual não ultrapassará de muito, no século XIX, as possibilidades contidas na assistên-

(38) Marshall, T. H. — *Política Social*, op. cit., p. 29.

cia à pobreza e as que decorrem das condições de compra de cuidados médicos por uma parcela da população, dentro da forma liberal de serviços. Todavia, a esse século corresponde a ocorrência de novas condições que dão origem, dentro das peculiaridades da estrutura econômica e política da Inglaterra, à formalização legal da Saúde Pública (Sanitarismo) que aí encontra seu máximo desenvolvimento por comparação com as demais sociedades europeias da época. A Reforma da Lei dos Pobres encontra-se relacionada diretamente a essas novas condições que respondem, em sua totalidade, às específicas circunstâncias econômicas e políticas do começo do século, em particular o acentuado desenvolvimento da economia inglesa a partir da "Revolução Industrial", e a alteração do quadro político correspondente à consolidação da hegemonia política das frações industrial e financeira da burguesia, bem como à emergência e ao reforço gradual das organizações operárias — as Trade Unions.

O Reform Act de 1832 marca, através das mudanças na legislação eleitoral (com sua tímida porém significativa extensão do direito de voto) e na composição do Parlamento, o início de uma nova modalidade de manipulação das condições econômicas e políticas cujos efeitos se fazem sentir imediatamente sobre a tradicional Lei dos Pobres elizabetana, componente de um esquema de organização econômico-social que não se encontrava voltado para a criação de uma nova ordem, mas para a preservação da existente com um mínimo de rupturas. Essas rupturas se impunham agora como necessárias ao próprio processo de acumulação capitalista e, entre elas, a modificação, até certo ponto radical, do estatuto da pobreza. Um dos primeiros atos do Novo Parlamento de 1832, foi a indicação de uma comissão para o estudo da Lei dos Pobres, na qual desempenhará papel de relevo Edwin Chadwick, adepto do utilitarismo racionalista de Jeremy Bentham. As disposições da Nova Lei dos Pobres, daí resultante, em 1834, revelam, sob a categoria ampla da pobreza, a força de trabalho que se torna agora necessária à produção industrial e o faz, significativamente, na época em que o número de "desprovidos" foi acrescido da massa de camponeses liberados pela nova "enclosure" no sul da Inglaterra.

O núcleo dessas disposições encontra-se no fato de que, admitindo a assistência a velhos e doentes, excluiu contudo desse direito as pessoas aptas ao trabalho, juntamente com suas famílias, a menos que se sujeitassem ao internamento nas "workhouses", cujas origens se encontram no século XVII e cuja função primária foi a tentativa de transformar o pobre em elemento economicamente produtivo. Todavia, à aceitação da assistência sob tal forma corresponderia a admissão de um "status" inferior ao do mais miserável trabalhador situado fora das "casas de traba-

lho": "A Poor Law tratava as reivindicações dos pobres não como parte integrante de seus direitos de cidadão, mas como uma alternativa deles — como reivindicações que poderiam ser obtidas somente se deixassem inteiramente de ser cidadãos. Pois os indigentes abriam mão, na prática, do direito civil da liberdade pessoal devido ao internamento na casa de trabalho e eram obrigados por lei a abrir mão de quaisquer direitos que possuísem (...), incapacidade que permaneceu em existência até 1918." (39) Trata-se, portanto, antes de mais nada de reduzir a massa de incapazes aparentes ao seu limite mínimo e liberar para o mercado de trabalho — aumentando ao mesmo tempo a competição neste mercado — o volume disponível de força de trabalho adequado aos interesses do capitalismo industrial competitivo. Isso implica a correspondente exigência de desarticular em definitivo os laços anteriormente estabelecidos entre o "pobre" e a freguesia a que "pertence", de forma tal que ele possa irromper e circular livremente no mercado. Para tanto, os novos mecanismos administrativos da Lei buscarão garantir maior grau de centralização, uniformidade de métodos e eficiência, mediante a criação de uma Comissão Central da Lei dos Pobres, assim como a designação de comissários para o controle da execução em nível local. Esse ensaio, ainda tímido, de centralização, por referência a uma atividade tradicionalmente descentralizada, se não representa qualquer interferência marcante do poder estatal na organização da sociedade, não deve entretanto, ser desprezado, porque voltará a manifestar-se muito breve no processo de implantação da "Saúde Pública".

O sentido fundamentalmente econômico da nova legislação, registrado com frequência por seus analistas (40), traz consigo algumas implicações cujo significado, no plano político, não é desprezível. Além do efetivo aumento de indivíduos desassistidos competindo agora no mercado de trabalho, e do esboço de centralização dos controles, já apontado, a Reforma traz como efeito necessário a transfiguração do antigo pobre — deficiente individual, em um novo tipo de pobreza: a que caracteriza o proletariado industrial. A pobreza continuará a expressar-se pelas várias formas de carência e enfermidade mas não se identifica com o não-trabalho, diz respeito agora a uma categoria social claramente

(39) Marshall, T. H. — *Cidadania, Classe Social e Status*, Zahar Ed., R. Janeiro, 1967, p. 72.

(40) Além de enfatizar e maior mobilidade da mão-de-obra para a produção industrial, Rosen aponta, como relacionado à reformulação da assistência, um aspecto interessante: os custos marcadamente crescentes dos programas destinados à pobreza, até o século XIX, decorrentes da forma indiscriminada da assistência e de seu caráter descentralizado. Note-se que esses custos não representavam encargo exclusivo do poder público. Veja-se "Economic and Social Policy", *op. cit.*, p. 418.

discernível, que pode ser e será doravante mais freqüentemente remetida à forma que assume o processo de acumulação de capital. Ademais, o proletariado industrial, diferentemente dos pobres de paróquia, introduz na vida política novas formas de organização — em especial os sindicatos e, através delas, associações voluntárias de assistência, passíveis de expressar a "solidariedade de classe". (41) O significado da presença das organizações operárias no processo político se expressará em todo o processo que leva ao estabelecimento progressivo, na Inglaterra, até a sua consolidação, na metade do século XX, do chamado "Estado do Bem-Estar Social".

As condições do proletariado urbano, em particular nas cidades industriais em acelerado crescimento, fazem com que a questão da Saúde Pública apareça na seqüência direta da Reforma da Lei dos Pobres. Na década de 1830 o crescimento das taxas de mortalidade da população urbana é mais impressionante que o próprio crescimento populacional das cidades, e sua íntima relação com as condições do trabalho são tão amplamente conhecidas que não se necessita retomá-las aqui. A necessidade de controlar, por razões econômicas e políticas a ação dos fatores que acarretam os elevados índices de enfermidade e de morte vai assumir agora a forma predominante do Sanitarismo, com a adoção de medidas capazes de atingir coletivamente a população. A Lei de Saúde Pública, de 1875, que define as responsabilidades e poderes das autoridades sanitárias locais e as funções do Médico de Saúde, cuja nomeação compulsória, para todas as áreas, encontra-se ao menos prevista, representa a cristalização de um longo processo que se manifesta, a nível do Estado, a partir das tentativas de Chadwick de introduzir no aparato administrativo da Comissão da Lei dos Pobres alguns mecanismos capazes de permitir o controle estatístico das condições de saúde, sucessivamente, na designação de uma "Comissão sobre a Saúde nas Cidades", inspirada no Relatório Chadwick de 1842" (Report... on a inquiry into the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain"), na criação, em 1848, da Junta de Saúde (General Board of Health) e na adoção de medidas efetivas de controle sanitário. Assim é que, em 1840 se introduz um programa de vacinação obrigatória, cujo cumprimento fica a

(41) Rosen também indica, a seu modo, o peso progressivo da presença política do proletariado em medidas que se seguirão: "Essas leis (Lei dos Pobres, Legislação Fabril...) contribuem para reorientar a filosofia social prevalescente. Além disso, a nova classe de trabalhadores industriais, tomando a sério as implicações democráticas do liberalismo em termos da dignidade e dos direitos humanos, e reconhecendo a eficácia da solidariedade de grupo, organiza-se em sindicatos e partidos políticos que se recusam a competir uns com os outros, e age no sentido de assegurar para si própria várias espécies de serviços sociais, incluindo cuidados médicos" — "Economic and Social...", *op. cit.*, p. 429.

cargo das juntas de beneficência responsáveis também pela prestação da assistência a doentes pobres, bem como outros controles médicos não individuais que configuram progressivamente um sistema complexo de medicalização indireta da sociedade, que vem agregar-se à assistência médica à pobreza.

Portanto, na segunda metade do século XIX, o Estado Inglês, liberal por excelência — no sentido de que a sua não-intervenção no económico pode ser, por condições históricas, singularmente acentuada — já garantiria a presença de uma rede relativamente ampla de medicalização representada, de um lado, pelo cuidado do pobre, de outro, pela implantação de medidas gerais de controle do ambiente, bem como das doenças transmissíveis e das epidemias. A ampla categoria do trabalho encontra-se ainda excluída desse processo, com relação ao cuidado médico individual. Será necessária toda uma recomposição económica, ideológica e política antes que se configure a generalização da assistência, já na metade do século XX. Mas, os fatos com os quais emerge gradualmente essa recomposição, já se encontram presentes, e não apenas na Inglaterra, nas últimas décadas do século anterior. A crise económica capitalista que então se verificou, os extraordinários índices de desemprego, as greves operárias, apontam para as mudanças progressivas que se manifestarão, a nível do Estado, nas dimensões crescentes do intervencionismo, de que a "política social" participará como aspecto revelador das relações Estado-Classes sociais. Na Inglaterra, a Lei dos Pobres constituirá o ponto central das discussões sobre a "reforma social" e os "direitos sociais", após a constatação, irrefutável a partir da crise do último quartel do século XIX, de que a questão social representava mais que a presença na sociedade de uma camada de indivíduos incapacitados. A revogação definitiva desse estatuto só ocorrerá quando a Lei de 1948 que, inspirada no Plano Beveridge de Assistência Social, estabelece a Junta de Assistência Nacional e é introduzida com os termos: "A Lei dos Pobres em vigor deixará de existir." (42) A consolidação da política social sob o Estado intervencionista, que se generalizou por toda a Europa no começo do século XX, sob a forma de garantia aos trabalhadores industriais e, posteriormente, a todas as categorias sociais, de benefícios pecuniários e de consumo de serviços — em geral através do seguro compulsório — foi relativamente tardia na Inglaterra e completou-se justamente com a implantação, na metade do século, do "Serviço Nacional de Saúde", praticamente a estrutura mais estatizada e mais ampla de prestação de cuidados médicos individuais em sociedades capitalistas.

(42) Uma análise circunstanciada da evolução dos serviços sociais na Inglaterra, a partir do século XVIII e até período bastante recente, encontra-se na obra já referida de Marshall, *Política Social*.