

REPRODUÇÃO SOCIAL E PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: PARA COMPREENDER O OBJETO DA SAÚDE COLETIVA*

NILDO VIANA

CASSIA BALDINI SOARES

CELIA MARIA SIVALLI CAMPOS



PONTOS A APRENDER

1. Os principais elementos da formação do campo da saúde coletiva e a contribuição dos principais teóricos nesse processo, identificando a interação da enfermagem.
2. O modo de produção, a reprodução social e as classes sociais no capitalismo.
3. A saúde-doença como processo social.
4. A dimensão dos determinantes e dos resultados na composição de perfis epidemiológicos do coletivo – objeto da saúde coletiva.
5. As práticas de atenção à saúde com base nos perfis epidemiológicos.



PALAVRAS-CHAVE

Saúde coletiva, processo saúde-doença, reprodução social, perfis epidemiológicos, práticas de atenção à saúde.



ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Introdução: a constituição do campo da saúde coletiva. Sociedade e modo de produção capitalista: conceitos fundamentais. Perfis epidemiológicos e práticas de atenção à saúde. Resumo. Propostas para estudo. Atividades sugeridas. Referências bibliográficas. Para saber mais.

* Parte deste capítulo toma por base Soares CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da Saúde Coletiva [Tese de Livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007, notadamente no que se refere à constituição do campo da Saúde Coletiva.

INTRODUÇÃO: A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

A saúde coletiva se constituiu como um campo de saberes e práticas, crítico em relação ao campo da saúde pública. Essa crítica expressou uma reação às contradições trazidas pelo capitalismo na América Latina, nas décadas de 1960 e 1970 do século XX, e pelas respostas sociais hegemônicas a essas contradições, notadamente as do setor da saúde. Tais respostas, forjadas no campo da saúde pública, tiveram e prosseguem tendo amparo em um conjunto de teorias que conformam um objeto de pesquisa e de intervenção como tão somente a expressão fenomênica do desgaste biopsíquico do(s) sujeito(s), ou seja, a doença ou o agravo já instalado e que necessita ser combatido, sem que suas causas sociais sejam averiguadas a fundo. O sujeito da saúde pública é a população, tomada como conjunto de indivíduos com mesmas necessidades, como se verifica nas campanhas de vacinação, de exames específicos (p. ex., Papanicolaou), de combate à dengue.

Essa concepção de sujeito tem sua origem no projeto da higiene, entendida como a arte de conservar a vida, que nas primeiras décadas do século XX visava ao bem-estar da população, compreendendo-a como conjunto de sujeitos homogêneos, e como se estabelecessem na sociedade uma relação de igualdade¹.

No entanto, eram desiguais as condições de saúde em virtude das diferenças de classe, o que dificultava o empenho dos operários em alcançar boas condições de saúde, o que consequentemente diminuía sua capacidade de produzir.

Essa equação foi descrita no âmbito da medicina preventiva em meados do século XX e tornou-se um paradigma, que era o da associação linear entre pobreza e doença, como um círculo vicioso em espiral, a então chamada espiral da saúde. Nessa concepção:

as variáveis são simultaneamente causa e efeito, assumindo em cada volta novos valores, [...] maiores salários levam a melhor alimentação, educação e moradia, que finalmente levariam à melhor saúde e

iniciariam um novo ciclo. Tal sentido seria o do progresso e do desenvolvimento econômico, enquanto o outro, com valores negativos, seria o círculo vicioso da pobreza, ignorância e doença, que levaria e manteria o subdesenvolvimento¹ (p. 125).

No entanto, o aprofundamento das desigualdades sociais causado pelo capitalismo ascendente fez com que esse modelo explicativo fosse se mostrando insuficiente para dar conta da intervenção sobre o social, *lôcus* das raízes do processo saúde-doença.

Os diferentes autores que foram se integrando ao projeto da saúde coletiva discutem, portanto, a constituição desse campo de conhecimentos e práticas a partir das críticas ao projeto dominante da saúde pública hegemônica e aos eixos teóricos que a sustentam.

Precedido pelos pioneiros Wilson Fadul, Carlos Gentile de Mello, Samuel Pessoa e Josué de Castro, que chamavam a atenção para a necessidade de se considerar os problemas de saúde de forma mais ampla², foram exemplares os esforços de Juan César García para trazer para o campo da saúde a abordagem marxista, em contraposição à dominação exercida pelo funcionalismo³.

Funcionalismo é um termo que se refere a uma corrente teórica das ciências sociais. Ela compreendia a sociedade como um sistema regido por normas; os problemas sociais são compreendidos como desvios das normas. Assim, os usuários de drogas ilícitas, por exemplo, seriam “desviantes”, já que a norma é usar somente as lícitas. Nesse caso, o que se tem a fazer é impor aos indivíduos a norma, por meio de punições, disciplinamento e/ou condicionamento. Paralelamente, na saúde, o corpo funcionaria como um sistema harmônico, sendo a doença uma quebra dessa harmonia. Para cuidar em saúde, deveria-se re-harmonizar, o que significa colocar o órgão doente em funcionamento novamente (ou em harmonia com o sistema corpo), o que seria feito pelo instrumental da clínica, que propõe tratamentos, principalmente medicamentoso, e pelo behaviorista, que propõe

¹ Publicado na Argentina, graduou-se em medicina e mais tarde estudou sociologia na FLACSO, Chile, sendo designado como professor naquela universidade. Foi docente de investigação da Universidade de Harvard e integrou-se à Organização Panamericana de Saúde em Washington, D.C., onde faleceu em junho de 1984.

mudança de comportamento. Tal como na análise de outros problemas sociais, as contradições sociais que se encontram na teia de causalidade do problema de saúde não vêm à tona e não são considerados como parte do objeto da saúde, os corpos são tomados como sistemas fechados e os doentes são responsabilizados individualmente por mudanças de hábitos.

Este tipo de análise oculta os conflitos existentes na sociedade e a forma como a medicina intervém para preservar os interesses dos grupos dominantes. Do mesmo modo, impossibilita a introdução, na análise, do papel que desempenham os grupos ou classes sociais na prática médica. (...) A medicina oficial dirigida aos operários, em uma sociedade capitalista, objetiva manter e recuperar a força de trabalho (...), ao passo que quando se dirige à mão de obra marginal, interessa-lhe o consumo médico, sem dar importância à recuperação da força de trabalho⁴ (p. 107).

Para concretizar melhor essa abordagem dos problemas de saúde, pode-se tomar como exemplo o fenômeno do câncer de mama. Muitas mulheres experimentam esse problema na contemporaneidade. Embora as causas sejam desconhecidas, na perspectiva funcionalista, ele é equacionado como fortemente correlacionado a riscos como idade e níveis hormonais na menopausa. Para solucionar o problema já instalado, os tumores são retirados e se procura saber em um laboratório se ele é dependente de estrógeno, progesterona ou outra substância. As células tumorais são rigorosamente expostas a esses elementos, são medidas e o resultado reflete essa medição. Um medicamento é então produzido para todas as mulheres que apresentaram tumores dependentes de hormônios em percentagens pré-definidas a partir dos parâmetros proporcionados pelas medições efetuadas. Não há contextualização social ou individualização das mulheres, o tumor é o real objeto de investigação e tratamento. Tal achado torna-se muito útil para tumores já instalados, porém pouco esclarece ou age em relação à rede causal.

Juan César García apontava também os limites da orientação fenomenológica, uma escola de pensamento que enfatiza as interpretações subjetivas sobre o mundo. Os fenomenólogos querem compreender como o mundo é representado pelas pessoas. No caso da

saúde, trata-se de reconhecer o significado que sujeitos atribuem a um certo fenômeno de saúde-doença que experimentam.

Para a fenomenologia, a verdade é sempre relativa e social; daí que considere o conhecimento científico como a experiência subjetiva de uma comunidade de participantes em uma dada cultura e, por conseguinte, tão válida e 'verdadeira' como a experiência subjetiva do shamanismo, do curandeirismo e da meditação transcendental. Reduzir e confinar todos os acontecimentos sociais à experiência imediata e ao consenso da comunidade leva a negar a existência dos fenômenos estruturais e a concentrar-se na experiência cotidiana na qual os indivíduos se encontram e interagem em termos de símbolos arbitrários e significados convencionais⁴ (p. 123-4).

Referida ao exemplo anterior, do câncer de mama, a perspectiva fenomenológica estaria voltada para perceber qual o sentido que o câncer de mama tem para um grupo de mulheres que passaram por essa experiência. Esse sentido compartilhado é considerado uma verdade, de forma que os tratamentos devem ser pensados a partir dessa verdade, mesmo que outra visão de mundo encare esse conhecimento apenas como senso comum ou como ilusório. Assim, se as mulheres acreditam, em um contexto circunstanciado, que o câncer de mama foi resultado de alguma culpa vivida por elas, esse significado é tomado como parâmetro para as práticas em saúde. Trata-se também de um conhecimento útil para integrar psicoterapias individuais, porém pouco remete às causas sociais dos problemas e retira as mulheres do contexto social mais amplo, como se os significados fossem produzidos independentemente desse contexto.

Finalmente, destacando a primazia da abordagem marxista para o estudo da saúde, García enfatizava que para

o marxismo, o estudo da medicina, definida com um conjunto de práticas e saberes específicos, deve realizar-se em sua relação com a totalidade social e com cada uma das instâncias que a integram e que consistem em: uma estrutura econômica composta de forças produtivas e relações de produção, e uma superestrutura que compreende uma instância jurídico política e uma ideológica⁴ (p. 109).



Dessa forma, os fenômenos saúde-doença não poderiam ser analisados sem que se tomasse em conta as contradições sociais que se encontram na base dos problemas de saúde, de sua distribuição nos indivíduos dos diferentes grupos sociais, e dos recursos de atenção à saúde acionados e acessados por esses indivíduos. Nessa perspectiva, e voltando ao exemplo anterior, o pesquisador quer saber por que as mulheres estão tendo câncer de mama na contemporaneidade em patamares nunca vistos anteriormente; trata-se de consequência do aprimoramento dos exames para diagnóstico e maior acesso das mulheres a eles? Quais são os mecanismos de desgaste que estão na base do fenômeno? Há diferenças entre as mulheres de distintas classes sociais? O significado social será então minuciosamente aferido por uma teoria, que deve analisar criticamente esse significado e o tratamento terá que ser ampliado, para além dos medicamentos anti-hormonais. **Medidas de fortalecimento devem concorrer e fazer o enfrentamento aos desgastes advindos da estrutura e da dinâmica social nas quais se inserem essas mulheres. Tais revelações não são muitas vezes oportunas para quem lucra muito com os medicamentos. Elas são questionadoras da ordem vigente. Por isso é que historicamente essa abordagem pouco tem interessado aos que querem manter o status quo.**

A contribuição de García foi imprescindível para a constituição do campo da saúde coletiva, ao qual se filiaram teóricos brasileiros, que ponderaram que,

no caso específico da América Latina, a construção nos últimos vinte anos do movimento denominado saúde coletiva tem permitido um diálogo crítico e a identificação de contradições e acordos com a saúde pública institucionalizada, seja na esfera técnico-científica, seja no terreno das práticas⁶ (p. 308).

Sabe-se que a incidência de câncer de mama é maior entre mulheres de classes sociais mais altas em contextos sociais com mais recursos disponíveis, o que lhes permite maior acesso a conhecimentos, mecanismos de mudanças no trabalho e na vida e tratamento precoce e eficaz. Já os efeitos entre as mulheres que compõem as classes sociais mais pobres são mais devastadores, pois vivem em contextos onde não é possível acessar tais recursos⁵.

Amparamo por Guilherme Rodrigues da Silva⁵, o pensamento de Juan Cesar ganhou desdobramentos com a contribuição de Sergio Arouca, Maria Cecília Ferro Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves.

Sergio Arouca ocupa lugar de destaque na história da saúde coletiva com a tese de doutorado *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva, de 1976*⁶.

Nossa tese é que, em primeiro lugar, o discurso preventivista aparece como uma das primeiras reinterpretações do setor médico às novas determinações da ordem econômica, reinterpretação esta que se faz ainda em termos de uma ideologia liberal. A Medicina durante a primeira metade do século, manteve, em grande parte do mundo capitalista, um caráter predominantemente liberal, mantendo, por assim dizer, na instância ideológica, as mesmas relações que possibilitaram o nascimento da clínica. Porém, não só o capitalismo desenvolveu-se no sentido do capitalismo monopolista e multinacional, como a própria medicina desenvolveu-se enquanto organização de produção, distribuição e cuidados médicos¹ (p. 232-3).

Donnangelo dirigiu sua atenção para as relações entre medicina e estrutura social, presentes no texto *Saúde e sociedade*⁷, um clássico, ao lado da produção de Arouca, no impulsionamento da nova visão que se gestava na saúde na década de 1970. Em seu último trabalho, a autora se reporta à evolução do campo da saúde coletiva a partir das pesquisas desenvolvidas na área na década de 1970⁸, mos-

Professor Guilherme inaugurou a Cátedra de Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), na década de 1960, tendo constituído o embrião do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Estruturou a epidemiologia brasileira, a pós-graduação em saúde social em saúde. Matéria assinada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP: *in memoriam* Guilherme Rodrigues da Silva, nosso e sempre professor (10/02/1928-10/03/2006). Rev Inst Med Trop S Paulo 2006;48(2):117. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v48n2/a13v48n2.pdf>. Acesso em 18/03/2007.

Somente editada como livro em 2003.

De acordo com publicação do Ministério da Saúde que homenageia Donnangelo⁸, esse foi seu último texto antes de sua morte trágica em 1983.

trando o caráter político desse campo de conhecimentos e práticas e a importância das ciências sociais na compreensão do objeto, a ele conferindo um novo estatuto de cientificidade.

Essa transparência do caráter político da área da saúde coletiva não pode sequer ser ocultada pela recusa ao estatuto da cientificidade do conhecimento, tal como ocorre na medicina individual. Pois, nesse sentido, ao tomar como objeto o “coletivo”, essas práticas tornam-se também tributárias de outros campos do saber que não se subordinam ao estatuto de cientificidade próprio das ciências naturais. A variedade e o caráter frequentemente restrito e restritivo das conceitualizações do coletivo/social não invalidam o fato de que as práticas sanitárias se viram constantemente invadidas pela necessidade de construção do social como objeto de análise e como campo de intervenção⁹ (p. 21).

Ao longo do documento, Donnangelo localiza a incorporação da categoria trabalho nas pesquisas no campo da saúde coletiva.

São todavia algumas propostas de pesquisa sobre a questão das relações entre saúde e trabalho que explicitam mais claramente linhas de recomposição de relações entre o social e as manifestações patológicas, a categoria trabalho aparecendo como momento de condensação, a nível conceitual e histórico, dos espaços individual (corporal) e social⁹ (p. 31).

Poucos anos depois, em 1986, Mendes Gonçalves apresentaria sua tese de doutorado, estudando as características tecnológicas do processo de trabalho em saúde e localizando o objeto de intervenção da saúde pública na rede básica – o doente pobre. Expondo uma realidade em que os trabalhadores da rede pública identificavam positivamente o seu trabalho porque seria possível alcançar “o aspecto social dos doentes”, para o autor nem de longe tal evidência poderia se relacionar à compreensão do processo saúde-doença como fenômeno social, nem em suas dimensões coletivas, nem em suas dimensões individuais:

[...] trata-se sim de uma referência às características da clientela (população pobre, portadora de doenças favorecidas e agravadas

pela privação múltipla) completada por uma vocação simpática de assistência e pela identificação, no trabalho em saúde pública, de instrumentos capazes de ao menos amenizar as influências da pobreza. A maior abrangência parece corresponder antes de mais nada à pretensão de tratar da doença e da pobreza ao mesmo tempo, compreendendo esse ‘tratar’ no sentido terapêutico habitual¹⁰ (p. 146). Nesse conjunto, o lugar reservado à saúde pública parece ser o de mecanismo complementar de extensão do consumo de serviços médicos, especialmente para certas frações da população que por motivos políticos e econômicos têm ficado relativamente à margem – os pobres das zonas urbanas, subempregados no modelo de reprodução social, e dentre eles, sobretudo as mulheres e as crianças¹⁰ (p. 207).

Ao lado desse conjunto de pesquisadores brasileiros, encontram-se os pensadores da Universidade do México e do Centro de Estudios y Asesoría em Salud (CEAS), do Equador, que definiam o espaço das lutas sociais, a incorporação da relação saúde-trabalho e o movimento sanitarista brasileiro e latino-americano na condição de bases fundantes da nova proposta:

[...] no calor dessas lutas [populares, na década de 1970], inicia-se uma crítica que procura formular uma compreensão diferente dos problemas, mais de acordo com os interesses populares e capaz de dar origem a práticas sociais novas. Dessa maneira, as novas correntes se inspiram nas lutas populares e se define, assim, a base social sobre a qual se sustentam¹¹ (p. 135).

[...] é sobretudo a corrente da medicina social latino-americana que tem tentado constituir a saúde dos trabalhadores como um objeto de estudo específico. Isso nos tem levado a uma problematização da relação trabalho-saúde, que coloca no centro da análise o caráter social do processo saúde-doença e a necessidade de entendê-lo na sua articulação com o processo de produção¹² (p. 11).

En la década pasada se generalizó un malestar con respecto a los contenidos y proyecciones prácticas de la salud pública. Desde el movimiento sanitarista latinoamericano y particularmente desde la corriente de reforma sanitaria en Brasil, se adelantó un debate que resultó en la aparición del nombre de “salud colectiva” para designar los contenidos y proyecciones que se asignaban a esta disciplina¹³ (p. 29).

Esse movimento de reordenamento teórico e de intenso debate no interior da corrente sanitária foi tomando conta dos espaços acadêmicos em todas as áreas e das instituições prestadoras de serviço. Dele também a enfermagem participou, integrando esse

[...] movimento multiplicador, instaurado na década de 1970, que reanimou a noção de coletivo no âmbito das associações de classe e sindicatos, no interior dos serviços e, sobretudo, nos espaços acadêmicos, (...) foi-se permitindo construir espaços em que o paradigma da saúde coletiva pudesse ser uma das balizas para a reorientação de sua prática. (...) Provas concretas dessa movimentação são a produção de conhecimentos teóricos dos enfermeiros da academia nas duas últimas décadas, a operacionalização de novos conteúdos pelos enfermeiros dos serviços engajados no produto mais concreto do movimento da reforma sanitária (SUS) e os sucessivos fóruns locais e regionais, que encaminham, especialmente na década de 1980, à reorientação do novo currículo mínimo para a enfermagem, aprovado em dezembro de 1994¹⁴ (p. 113).

Foi em 1988 que Queiroz e Egrý¹⁵, integrando a contribuição do pensamento latino-americano, renovaram o conhecimento relativo à assistência de enfermagem à luz do materialismo histórico e dialético.

A adoção do referencial materialista histórico e dialético obriga necessariamente a re colocação de conceitos já amplamente utilizados em enfermagem e em saúde, e que por apresentarem bases dentro da concepção idealista, impedem a utilização imediata em outro referencial. [...] a assistência à saúde coletiva significa a forma de intervenção consciente (sistemizada, planejada e dinâmica) no processo saúde-doença, de uma dada coletividade, consideradas as distinções das classes sociais; realizada pelo conjunto dos profissionais de saúde com a coletividade, objetivando o desenvolvimento da consciência crítica de cada classe social em relação a sua realidade de saúde, tornando-se portanto sujeito de suas próprias transformações¹⁵ (p. 28).

A proposta foi retomada e redimensionada por Egrý, em 1994, em sua tese de livre-docência, na perspectiva de situar o recorte do

objeto nos limites da compreensão da saúde-doença como processo social, fundamentando a intervenção sob as bases do projeto da saúde coletiva. Assim, afirma que

o processo saúde-doença manifesta-se de distintas maneiras, sendo visível, por meio de indicadores como a expectativa de vida, as condições nutricionais, ou as taxas de morbimortalidade. Mesmo em se tratando do processo saúde-doença de um grupo, a sua expressão é social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem desvinculada do momento histórico, exemplificado no fato de que é impossível determinar a duração normal do ciclo vital, por ele ser variável, em épocas distintas. A relação entre os processos de saúde-doença do coletivo e do indivíduo fica estabelecida, porque o processo saúde-doença coletivo determina as características básicas sobre as quais assenta-se a variação biológica individual¹⁶ (p. 61-2).

Construídos no terreno da interdisciplinaridade, os desafios enfrentados pelo campo da saúde coletiva contaminaram a produção de conhecimentos no interior da enfermagem. Matumoto, Mishima e Pinto¹⁷ destacaram a relevância de que, como tal, as práticas de saúde – entre elas a de enfermagem – *deveriam estar referidas a necessidades sociais*, no sentido de criar e consolidar um *sistema de necessidades, cujo contorno é dado pela sociedade mediante valores e normas*.

As autoras tocam, portanto, num dos núcleos de debate do campo da saúde coletiva e a que este trabalho se reporta: a prática de enfermagem deve se estender às necessidades, expandidas para além das necessidades referidas aos tradicionais modelos de atenção, valorizando as potencialidades que se traduzem na sua especificidade, instituindo ações que gerem necessidades, que desencadeiem, portanto, um contexto instaurador de necessidades.

Neste trabalho, terão destaque os estudos de Queiroz e Salum¹⁸⁻²⁰, no empreendimento realizado pelas autoras para, a partir da categoria da reprodução social, desenvolverem um conjunto de categorias empíricas capazes de expor o sujeito da saúde coletiva – a classe social – da forma como se apresenta na atualidade. Na verdade, vale-se de sua base teórico-metodológica operacional para operacionali-

zar o conceito de coletivo e, assim, recortar o objeto sob a perspectiva da reprodução social. Assim, as autoras buscam

[...] sistematizar os conteúdos pedagógicos e o trabalho de pesquisa e extensão em saúde coletiva em torno da compreensão acerca da evolução e do impacto das transformações contemporâneas nas sociedades capitalistas, das particularidades atuais da produção de serviços de saúde e sua inserção na economia nacional, tendo como ponto de partida a defesa de que as práticas sociais em saúde têm como tarefa assegurar os direitos sociais, esfera perversamente tocada pela regressão e falência do Estado [...] (p. 12).

Prossuem as autoras, afirmando que

[...] a despeito de termos construído desde o início do século a nossa base de intervenção em torno dos programas focais e verticais, é hora mais do que emergente de re-situá-los na lógica geral que engendra a compreensão do processo saúde-doença e que situa nas relações sociais de produção o estopim, as raízes, de suas manifestações [...] não poderemos nos furtar a criar formas de operacionalizar o conceito de coletivo que superem as suas atuais formas de reconhecimento, ou, enquanto totalidade, ou, enquanto somatória das singularidades. [...] o que caracteriza a heterogeneidade do coletivo para a saúde é a forma específica como os determinantes do processo saúde-doença se expressam nos grupos sociais, compondo grupos sociais homogêneos não só na expressão nos perfis específicos de morbimortalidade mas, sobretudo na expressão homogênea de suas formas de trabalhar e de viver [...] se durante todo este século as nossas intervenções vêm sendo focadas no controle da morbimortalidade e na demanda, municiados pelo conceito da determinação social do processo saúde-doença e pelos princípios e diretrizes originais de nosso Sistema Único de Saúde, projetemos nossas intervenções nos determinantes e nos resultados (p. 22).

Integrando, pois, a categoria trabalho, o conceito de produção de serviços de saúde e o de saúde-doença como processo social, tendo como horizonte as transformações aludidas na proposta do SUS, sistematizaram uma base teórico-metodológica e operacional

que possibilitasse a decomposição do objeto e, finalmente, o encaminhamento das práticas em saúde coletiva, considerando que, no trabalho de redimensionamento da produção de serviços de saúde, seria preciso estar alerta para não trair a base empírica e a fundamentação teórica essencial que caracteriza a determinação social do processo saúde-doença, sob pena de estarem sendo abolidos os pilares que sustentam essa concepção²⁰.

O fato é que, sintonizada com o pensamento latino-americano em saúde, a produção de conhecimentos em enfermagem em saúde coletiva adotou aquela que foi a contribuição decisiva para a constituição do campo, ou seja, a compreensão da saúde-doença norteada pelo conceito marxista de processo.

Processo, no sentido marxista, refere-se à articulação entre duas funções ontológicas diferentes:

as determinações mais universais que perpassam todo o processo, e os momentos singulares que consubstanciam as mediações indispensáveis para que o processo se desenvolva de um estágio mais primitivo ao mais desenvolvido. Sem as determinações mais universais, o processo não teria continuidade, seria o mais absoluto caos. Sem os processos de singularização não haveria as mediações indispensáveis para que o processo possa passar de uma dada situação à outra. É isto que, segundo Lukács, diferenciaria essência e fenômeno para Marx: os elementos de continuidade consubstanciam a essência, e os elementos de singularização, a esfera fenomênica (p. 63)²¹.



Assim concebida, a saúde-doença – encarada como o processo resultante de determinantes históricos e estruturais, que moldam a vida social nas diferentes formações sociais – confere outra feição ao recorte do objeto da saúde que pressupõe, então, reconhecer as formas de reprodução social presentes numa dada formação social – identificando as diversas possibilidades de inserção no trabalho e na vida que a realidade apresenta – e a elas associar os diferentes potenciais de desgaste e fortalecimento, bem como suas manifestações no corpo biopsíquico.

As expressões potenciais de fortalecimento e o fortalecimento propriamente dito foram cunhadas por Queiroz e Salum²⁰ para se contrapor ao que subjaz à noção de desgaste. As autoras, que se

dedicaram a contemporaneizar e sistematizar as bases para a intervenção em saúde coletiva, espelhadas na produção do CEAS e da Universidade do México, assim se expressaram:

o professor Jaime Breilh trabalha com o que denomina potenciais destrutivos e construtores na consideração de que as cargas, expressões trazida pela profa. Asa Cristina Laurell, só explicam o desgaste e não os “processos saudáveis” [...]. A denominação potenciais de fortalecimento e de desgaste tem sido por nós adotada, numa tentativa de decodificar, com a clareza necessária, a atividade pedagógica, os processos mediadores entre trabalho/vida e saúde/doença [...].

Aqui se está diante das diretrizes fundamentais da proposta apresentada pelo professor Jaime Breilh em sua dissertação de mestrado de 1979, e reiteradamente por ele manifesta nas publicações que a ela se seguiram^{13,22,23}.

Ao reordenar o recorte do objeto sob as bases do marxismo, Breilh tomou como categoria central a reprodução social, uma vez que essa categoria:

[...] permite analisar o processo produtivo em seu movimento, estudar a oposição dialética entre produção [...] e consumo individual [...] e permite ainda compreender a oposição dialética entre reprodução natural-animal e a realização histórica de um sujeito social consciente²³ (p. 196).

Nessa direção, a categoria permite reconhecer...

o conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam²⁴ (p. 133).

O detalhamento rigoroso dos perfis de reprodução social é, portanto, condição fundamental para a melhor compreensão e exposição

do objeto, que, como reiteraram Queiroz e Salum¹⁸, expressar-se-ia nos perfis epidemiológicos do coletivo, resultantes da conjunção entre os perfis de reprodução social e os de saúde-doença. Esse tem sido talvez o grande desafio desse campo de conhecimentos e práticas, pois traz para o âmbito da pesquisa e da prática uma outra forma de leitura da realidade, de sistematização da intervenção e da investigação no campo da saúde.

O conceito fundamental que dá orientação – a compreensão da saúde-doença como processo social – encerra uma lógica hierárquica que atribui à esfera da reprodução social a determinação dos processos de desgaste e fortalecimento que poderão resultar em problemas de saúde. O termo determinação, no entanto, carrega uma enorme carga de preconceito, no que se refere às posições deterministas da ciência.

Campanha ajuda a situar a expressão sob a perspectiva dialética, crítica da concepção de que a vida social seria comandada por leis rígidas que, de maneira mecânica, agiriam sobre pessoas inertes. Nessa direção, o princípio da determinação deve ser pensado de forma a incorporar o movimento da vida social, suas contradições, seus espaços de liberdade, de luta e de vontade coletiva e individual, e de múltiplas mediações.

Por ello, cuando hablamos de perfiles de salud-enfermedad, no nos referimos a un simple listado de procesos patológicos o a tasas estadísticas de tal o cual nivel de morbimortalidad: nos referimos más bien a “... perfiles de contradicciones entre elementos potenciadores de la salud en grupos y situaciones sociales típicos”. Los grandes retos científicos de la epidemiología crítica en la actualidad giran entonceces en torno ao establecimiento y transformación de estas contradicciones en todos os dominios o aspectos de la vida: en el dominio de lo singular, de lo familiar, de lo grupal, en el del trabajo, en el del entorno natural, y en el de la organización conciente. Desafío que não pode cumplirse a cabalidad sin tener en cuenta los referentes de lo humano esencial: el trabajo creativo, la universalidad, la historicidad o socialidad necesaria, la solidaridad, la libertad plena, y la conciencia objetiva²⁵ (p. 52).

Apoiada no marxismo, a saúde coletiva está comprometida com a construção de um conhecimento que almeja a identificação e a transformação das raízes do processo saúde-doença, sem o que se torna impossível transformar a expressão do desgaste no corpo biopsíquico dos indivíduos que compõem as diferentes classes sociais. Subsídio, dessa forma, os movimentos da sociedade civil por políticas sociais públicas gerais, e de saúde em particular.

Nas palavras de Breilh¹³ (p. 29), quando compara-se os fundamentos da saúde coletiva aos da saúde pública, é possível perceber claramente a dialética que reúne as dimensões teórica e política.

La salud colectiva surge como un término vinculado a un esfuerzo de transformación, como opción opuesta, como vehículo de una construcción alternativa de la realidad que es el objeto de la acción, de los métodos para estudiarla y de las formas de praxis que se requieren. Mientras la salud pública convencional conceptualiza la salud-enfermedad empíricamente, reduciéndola al plan fenoménico e individualizado de la causalidad etiológica, la salud colectiva plantea la determinación histórica del proceso colectivo de producción de estados de salud-enfermedad. Mientras la salud pública acoge los métodos empírico-analítico (estructural-funcionalista), popeeriano o fenomenológico, la salud colectiva incorpora el método materialista dialéctico. Mientras la salud pública centra su acción desde la óptica del Estado con los intereses que este representa en las sociedades capitalistas, la salud colectiva se enfoca como recurso de la lucha popular y la crítica-renovación estratégica del quehacer estatal. Mientras la salud pública asume la actitud posibilista del logro de mejoras puntuales y graduales, la salud colectiva plantea la necesidad de una acción para el cambio radical.

Em outras palavras, como campo de conhecimento, a saúde coletiva propõe

o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e a distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as

demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los⁶ (p. 309).

Já como campo político, o projeto da saúde coletiva, que foi incorporado posteriormente pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, previa a superação dos insuficientes sistemas de proteção social anteriores e respostas mais amplas às necessidades de saúde, encaminhando ações de instrumentalização dos grupos sociais e, ao denunciar o desgaste proveniente das formas de trabalhar diante dos encaminhamentos do projeto político neoliberal, requeria o recrutamento das políticas sociais públicas de redistribuição da riqueza²⁶.

Para operacionalizar o movimento ideológico, o campo da saúde coletiva desenvolveu um corpo de conhecimentos acadêmicos, que embasou a prática política. Essa prática foi possível quando a produção acadêmica articulou-se aos movimentos sociais, possibilitando que “as propostas de democratização da saúde passassem a redefinir, dinamicamente, as perspectivas da medicina preventiva e social, como saúde coletiva, assentadas na ampliação das conquistas democráticas e na busca de um novo projeto de sociedade para o Brasil”²⁷. **Com essa compreensão, o campo da saúde coletiva propôs práticas que vão além daquelas incidentes nas doenças ou na prevenção delas,**

ou seja,

envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho de distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades de intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização⁶ (p. 309).

Tais proposições localizam-se no âmbito das bases do marxismo, uma abordagem científica tanto crítica em relação aos encaminhamentos da ciência hegemônica, quanto propositiva, apresentando uma dupla face, que alia o projeto de construção do conhecimento à construção de uma sociedade, que incorpore plenamente as realizações humanas.

SOCIEDADE E MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

O objetivo deste tópico é apresentar alguns conceitos, fundamentais para se pensar o processo de produção social da saúde e da doença. Esses conceitos são os de modo de produção, classes sociais, capitalismo, relações de trabalho, modo de vida, reprodução social, estratégias de sobrevivência, entre outros. A razão disso se encontra no fato de que para compreender os processos sociais particulares e os indivíduos é necessária uma percepção da totalidade das relações sociais. Assim, o procedimento será partir dos conceitos mais gerais para os mais particulares, formando uma base teórica para a análise de casos concretos.

MODO DE PRODUÇÃO, DIVISÃO SOCIAL DO TRABALHO E CLASSES SOCIAIS

Os conceitos de modo de produção e classes sociais são fundamentais para a compreensão da sociedade em geral e do capitalismo em particular. Esses conceitos estão intimamente relacionados. Não se pode fazer um resgate das várias teorias e concepções sobre estes termos, um material enorme produzido por sociólogos, economistas, historiadores, entre outros cientistas sociais e pesquisadores, e por isso será feita uma limitação da apresentação a uma das concepções, a concepção marxista.

Os seres humanos, para sobreviver, precisam satisfazer suas necessidades básicas, como comer, beber, habitar, reproduzir, entre outras. Essas necessidades básicas só podem ser satisfeitas por meio do processo de intercâmbio do ser humano com a natureza e com outros seres humanos. Nas sociedades de caçadores-coletores, os seres humanos apenas extraíam da natureza o que já existia, pela caça, pesca e coleta de frutos. Com o desenvolvimento das forças produtivas (i. e., da habilidade, das técnicas e ferramentas), os seres humanos passaram a domesticar os animais, a cultivar etc., mudando sua forma de se relacionar com a natureza e com outros seres humanos. O nomadismo é substituído pelo sedentarismo e o intercâmbio do ser humano com a natureza passa a ser mediado pelo trabalho.

O trabalho é uma relação social entre os seres humanos e destes com o meio ambiente. É por meio do trabalho que os seres humanos

conseguem extrair e transformar os produtos da natureza para satisfazer suas necessidades básicas. O trabalho, no entanto, é realizado por meio da cooperação, ou seja, não é individual, e sim coletivo. Essa cooperação ocorre sob variadas formas no decorrer da história da humanidade. O que interessa aqui é que esse processo foi se tornando uma necessidade humana, ou seja, o ser humano torna-se um ser social e humaniza-se por meio do trabalho.

O trabalho é, então, uma atividade humana fundamental, tanto no sentido de permitir a satisfação das necessidades básicas quanto no sentido de ele mesmo se transformar em necessidade. O trabalho é a base do modo de produção de uma determinada coletividade. As relações de trabalho são os elementos fundamentais do processo de produção e reprodução dos bens materiais necessários para a sobrevivência humana e, por conseguinte, da sociedade como um todo. O processo de produção é realizado por meio do trabalho.

O conceito de modo de produção expressa as relações sociais estabelecidas no processo de produção e distribuição dos bens materiais, para a satisfação das necessidades básicas de uma determinada população. Todo modo de produção é constituído por relações sociais de produção, relações que os seres humanos estabelecem entre si para realizar o processo de produção, e por forças produtivas, compostas por meios de produção (ferramentas, máquinas, instalações, terra etc.) e força de trabalho (capacidade técnica e habilidades existentes), que são herdadas do passado e permitem a realização da produção. Da mesma forma, todo modo de produção é um modo de vida^{28,29}.

Porém, com a emergência da sociedade de classes, pela constituição da propriedade privada, ocorre uma alteração radical nas relações sociais. O modo de produção passa a ser fundado em relações de classes sociais no processo de produção e reprodução dos bens materiais. As relações sociais igualitárias fundadas na cooperação são substituídas por relações de exploração e dominação. O processo de produção deixa de ser coletivo e a distribuição do que foi produzido deixa de ser igualitária.

O trabalho se torna alienado, ou seja, o trabalhador perde o controle de sua atividade e passa a ser dirigido por outro, o não trabalhador, o proprietário dos meios de produção³⁰. Uma vez que os trabalhadores perderam o controle de sua atividade, também perderam o controle do produto da sua atividade, que passou a ser con-

trolado pelo proprietário. O trabalho deixou de ser uma necessidade humana de realização e desenvolvimento de suas potencialidades e passou a ser apenas um meio para satisfação de outras necessidades e o trabalhador não se reconhece mais nos produtos do seu trabalho.

Assim emergiu, no interior desse modo de produção, uma divisão social do trabalho entre aqueles que produzem e aqueles que dirigem o processo de produção. Essa divisão faz emergir duas classes sociais: a produtora e a exploradora³¹. O trabalho alienado permite o surgimento do seu resultado, a propriedade privada, que é a expressão jurídica de uma relação social existente concretamente entre os trabalhadores que produzem os meios de sobrevivência da sociedade e aqueles que dirigem e se apropriam desses meios, os proprietários. Assim, nessas relações de produção – relações de propriedade que opõem proprietários e não proprietários, que são, respectivamente, não trabalhadores e trabalhadores – instituem-se duas classes sociais.

Nesse momento, torna-se importante um outro conceito, o de sociedade. **O conceito de sociedade expressa o conjunto das relações sociais existentes numa determinada época e território.** No interior desse conjunto de relações sociais, assume papel fundamental o modo de produção dominante, aquele que predomina enquanto forma de produção nessa sociedade. Isso se deve ao fato de que podem existir outros modos de produção no interior de uma mesma sociedade. Por exemplo, na época do escravismo colonial brasileiro, que era o modo de produção dominante, existia produção camponesa; outro exemplo é a produção camponesa ou artesã convivendo com o modo de produção capitalista. A importância disso para explicar a existência das classes sociais reside no fato de que o modo de produção dominante constitui em suas relações as duas classes sociais fundamentais, e os demais modos de produção geram outras classes sociais, não fundamentais em virtude do seu caráter não dominante.

Porém, o conceito de sociedade também ajuda a compreender outro elemento fundamental para entender as classes sociais – a divisão social do trabalho³¹. Nas sociedades simples (pré-históricas, indígenas), a divisão social do trabalho é rudimentar, ou seja, é baseada apenas em critérios sexuais e etários, em virtude das condições físicas inerentes a cada faixa etária e sexo – crianças, mulheres adultas, homens adultos e idosos. Com o processo histórico, essa divisão simples do trabalho foi sendo substituída por uma divisão cada vez mais

complexa e o surgimento da propriedade privada acabou marcando o nascimento das classes sociais e da divisão social do trabalho em sua forma mais complexa. A passagem da divisão rudimentar do trabalho para a divisão complexa instituiu novas divisões, entre as quais as ocupacionais, parcelares, além da divisão geral. A divisão ocupacional e parcelar são subdivisões da divisão geral do trabalho.

No que se refere à definição de classes, a divisão geral do trabalho na sociedade é que é fundamental, pois é nela que se identificam as classes sociais existentes, que ocupam uma determinada posição nessa divisão, determinada pelas relações de produção dominantes. Por isso, **cada classe social tem uma atividade fixa, com característicos modos de vida, costumes, representações e interesses comuns, bem como oposição a outras classes sociais**²⁹.

É a divisão social do trabalho em seu sentido mais amplo, em uma determinada sociedade, que institui as classes fundamentais (instituídas pelo modo de produção dominante); as demais classes (oriundas das relações de trabalho/produção nos modos de produção não dominantes e nas demais formas de trabalho existentes na sociedade – especialmente no que Marx denominou “superestrutura”, que se refere a denominar formas de regularização, na qual se encontram o Estado, as instituições, a cultura, entre outros) e a classe dos desligados da divisão social geral do trabalho.

Cada classe social ocupa uma posição no conjunto da divisão social geral do trabalho. As classes fundamentais são a classe produtora/explorada e a classe dominante/exploradora, que só existem nas suas relações mútuas.

A classe produtora é a que executa o trabalho produtivo, realiza o processo de produção de bens materiais necessários para a sobrevivência da sociedade, trabalho que é apropriado pela classe dominante; já a classe dominante/exploradora é a que realiza a exploração da classe produtora e comanda o processo de produção e distribuição de bens na sociedade. Na sociedade capitalista, são respectivamente o proletariado (classe operária) e a burguesia (classe capitalista).

As classes oriundas dos modos de produção não dominantes realizam o trabalho que produz meios de sobrevivência, seja somente para a autossubsistência ou para o resto da sociedade e, nesse último caso, tendem a estar subordinadas à classe dominante e sofrer também um processo de exploração diferenciado do exercido sobre a

classe produtora do modo de produção dominante, por exemplo, os camponeses e artesãos no interior do capitalismo.

Além dessas classes, existem outras que são formadas por trabalhadores improdutivos, no sentido de não produzirem bens materiais necessários para a sobrevivência da sociedade e apropriados pela classe dominante. Essas classes podem ser divididas em duas: as auxiliares da classe dominante e as subalternas.

As classes auxiliares da classe dominante são aquelas que executam o trabalho de reprodução das relações de produção dominantes, por meio da direção, normatização, repressão e legitimação. Exemplos dessa classe são os inseridos em atividades da burocracia e da intelectualidade na sociedade moderna, que executam a ação de direção e legitimação no sentido de reproduzir as relações de produção capitalistas. As classes subalternas são aquelas que executam atividades subordinadas que visam à reprodução geral da sociedade.

Há também a classe social dos desligados da divisão geral do trabalho, ou que participam temporariamente ou marginalmente dele, as classes marginais. Essa classe é composta pelo lumpemproletariado no capitalismo, que compõe o exército industrial de reserva (i. e., desempregados ou empregados temporários), vivendo sob variadas formas e utilizando distintas estratégias de sobrevivência (mendicância, prostituição, subemprego, criminalidade, entre outros) ou o chamado “proletariado” romano, que tem essa denominação porque na Roma Antiga era sustentado pela sociedade³².

Essa síntese da teoria das classes permite a compreensão da dinâmica das classes sociais, de suas lutas nos processos históricos, do lugar que ocupam em cada sociedade, bem como os interesses, os valores, os sentimentos e as formas de consciência que emergem a partir da condição de classe. No entanto, ainda resta um pequeno problema, geralmente evitado nas análises sobre as classes sociais: a questão do indivíduo e de seu pertencimento de classe; sem dúvida, muitos autores discutiram a relação entre o indivíduo e sua classe, porém poucos abordaram a relação do indivíduo que, por questão de idade, não está inserido em atividades laborais. O filósofo Sartre³³, ironizando, disse que para alguns “marxistas” as pessoas nascem quando “ganham o primeiro salário” (claro que aqui Sartre considera o montante de trabalhadores assalariados e não a população em geral).

Nessa relação entre classe e indivíduo, há uma mediação, que é a família. Por conseguinte, os indivíduos tendem a pertencer a uma classe social: no sentido individual, quando estão envolvidos em relações de classes ou no sentido familiar, com laços mais frágeis com a classe, embora fazendo parte dessa classe por intermédio da mediação da família. É importante reiterar que, no trato com os indivíduos, não existe família em geral, mas sim famílias de diferentes classes³⁴.

Essas observações, no entanto, são amplas por se referirem a todas as sociedades de classes (embora os exemplos tenham sido extraídos da sociedade capitalista). Porém, o fundamental é compreender as classes sociais, e suas especificidades, na sociedade capitalista.

As classes sociais no capitalismo

As duas classes sociais fundamentais – a burguesia (classe capitalista) e o proletariado (classe operária) – foram constituídas no cerne do modo de produção capitalista; é a relação entre essas duas classes que constituiu o próprio modo de produção capitalista, que tem como elemento fundamental a produção de mais-valor (também chamado mais-valia)³⁵.

A produção de mais-valor expressa uma relação social marcada pela exploração de uma classe social sobre outra. As relações de produção capitalistas são marcadas pelo processo no qual os trabalhadores estão desprovidos de meios de produção para realizar o trabalho e garantir seus meios de sobrevivência, e por isso são constrangidos a vender sua força de trabalho em troca de um salário. Esse constrangimento só ocorre porque no capitalismo tudo vai sendo paulatinamente transformado em mercadoria. Assim, para conseguir os meios de sobrevivência (alimentação, habitação, entre outros) os indivíduos precisam ter dinheiro para comprar tais mercadorias.

A aquisição de dinheiro na sociedade capitalista ocorre de diferentes formas: por meio de recebimento de renda (lucro, juros, entre outros), de remuneração salarial, pela apropriação (roubo) ou pelo recebimento (mendicância ou doação) de bens por outros adquirentes.

Alguns definem o capitalismo como um “modo de produção de mercadorias”, enquanto que, na verdade, a produção de mercadorias existiu antes do capitalismo e não é seu elemento essencial, e sim a forma específica como realiza tal produção, que é pela extração de mais-valor, exploração do trabalhador.

dos, por meio de empréstimo, entre outras formas, legais ou ilegais. No entanto, vale ressaltar que cada classe social terá a sua forma de aquisição de dinheiro, a classe capitalista vive do lucro derivado da exploração dos trabalhadores e aqueles que não são proprietários dos meios de produção e não podem, portanto, explorar os demais e obter lucro, conseguem dinheiro vendendo sua força de trabalho em troca de um salário ou utilizando uma das demais estratégias para a obtenção de dinheiro.

Dessa forma, o proletariado vende sua força de trabalho em troca de um salário, o capitalista utiliza essa força de trabalho no processo de produção e extrai, além da reposição dos custos do seu investimento na produção (com meios de produção e também com a força de trabalho, ou seja, seus gastos com o pagamento dos salários), um excedente, que é o mais-valor extraído dos trabalhadores.

Essa reposição dos gastos pelo capitalista é possível pelo fato de que apenas a força de trabalho acrescenta valor novo às mercadorias, os meios de produção em si (máquinas, ferramentas, instalações, matérias-primas etc.) não produzem valor novo, apenas repassam seu valor para as demais mercadorias produzidas (expresso sob a forma de custos). É o processo de transformação e criação de novas mercadorias que realiza o processo de valorização, realizado pela força de trabalho.

No entanto, a força de trabalho (o trabalhador) não recebe, sob a forma de salário, tudo o que acrescentou à mercadoria, mas tão somente uma parte. A outra parte do que produziu é apropriada pela classe capitalista, instituindo uma relação de exploração que caracteriza o modo de produção capitalista*. Por isso, essas duas classes sociais são fundamentais para o modo de produção capitalista**.

* Derivado disso se têm várias outras características do modo de produção capitalista que, por questão de espaço, não serão desenvolvidas aqui. A grande questão é que, a partir da exploração do trabalhador, ocorre o processo de acumulação de capital, que significa um processo de reprodução ampliada do capital, que, por sua vez, gera a concentração e centralização, culminando com a formação de oligopólios e a internacionalização. O capitalismo, assim, é expansionista e universalizante, tornando-se mundial e invadindo o conjunto das relações sociais.

** Claro que no interior dessas classes sociais existem as mais diversas subdivisões e podem ser feitas sob critérios distintos. No caso da burguesia, é possível distinguir entre a grande, média e pequena burguesia pelo montante de capital pos-

Contudo, além dessas, há outras classes: dos modos de produção pré-capitalistas e de modos de produção não capitalistas. As classes sociais do pré-capitalismo tendem a existir apenas no período de transição para o capitalismo e algum tempo depois, dependendo do contexto histórico e regional. As classes sociais do feudalismo, no caso da Europa – os senhores feudais e servos –, foram paulatinamente sendo destruídas. No lugar dos servos, uma nova classe foi sendo produzida a partir de um novo modo de produção subordinado ao capitalismo, o camponês, que gerou o campesinato. Assim, no período de transição do feudalismo para o capitalismo, além das classes decadentes (feudais), surgiram as classes ascendentes (burgueses, proletários, artesãos, camponeses), embora apenas algumas inseridas no modo de produção capitalista (burguesia, proletariado). Já as classes ligadas a modos de produção não capitalistas* seguiram a tendência de diminuir quantitativamente e serem abolidas com o processo de desenvolvimento capitalista.

As demais classes sociais da sociedade capitalista são aquelas ligadas ao Estado ou à sociedade civil, inseridas em processos de direção, normatização, repressão ou legitimação da sociedade capitalista ou em processos de reprodução do capital (comércio, serviços). Trata-se das classes de trabalhadores assalariados improdutivos**. Nesse grupo, estão inseridas algumas classes sociais privilegiadas (como a burocracia e a intelectualidade), que formam o conjunto das classes auxiliares da burguesia e também algumas classes desprivilegiadas (como a dos trabalhadores em serviços e comércio, trabalha-

suído ou então pelo setor de atividade: burguesia agrária, industrial, comercial etc. No caso do proletariado, também é possível estabelecer algumas diferenças, como as definidas pelo setor de atividade: operário fabril, agrícola, da construção civil.

Por isso, é bom recordar que modos de produção pré-capitalistas são aqueles que existiram antes do capitalismo e modos de produção não capitalistas são aqueles que existem simultaneamente com o capitalismo, estando subordinados a ele. A produção camponesa, por exemplo, é subordinada à produção capitalista via ação estatal, mercado, capital bancário e sofre um processo de exploração secundário, via troca desigual com capital comercial, sistema de juros com capital bancário, entre outras formas.

No sentido marxista do termo, ou seja, que não produz mais-valor, mas que podem ser socialmente relevantes e úteis.

dores domésticos), que integram as classes subalternas na sociedade moderna.

Por fim, há também o lumpemproletariado, composto pelos setores desligados ou marginalizados na divisão social do trabalho – empregados temporários, subempregados, desempregados – e pelos pequenos proprietários urbanos, que não chegam a extrair mais-valor por não usar força de trabalho externa e sim familiar ou própria, que se atribuem a nomeinação de proprietários, mas que na verdade estão exercendo trabalho familiar em pequenas propriedades, voltadas para o comércio ou os serviços.

As classes sociais no capitalismo apresentam inúmeras diferenças por seu modo de vida, seus interesses e sua oposição, bem como por sua importância política, pela contribuição ou situação na repartição da renda nacional, pela situação histórica, por sua imagem social, pelas formas de consciência, pelas tendências de crescimento ou de diminuição, entre outras. Há, porém, as classes sociais consideradas fundamentais, as mais genuínas classes dessa sociedade, pois o futuro do capitalismo está indissoluvelmente ligado a elas.

No entanto, para compreender processos mais particulares é necessário compreender outras divisões sociais (raça, sexo, cultura, geração etc.) e o desenvolvimento histórico que gera mutações nas classes e demais divisões sociais.

Modo de vida e reprodução social

Dentre as diversas formas de divisão social, a de classes tem um papel fundamental na vida do indivíduo, pois esse pertencimento de classe provoca específicas relações sociais, tanto nas relações de trabalho como nas demais relações sociais que trava, e que são consequência daquelas.

Por meio da inserção na divisão social do trabalho, o indivíduo terá características de relações de trabalho, de diferentes atividades e remunerações e, conseqüentemente, desenvolverá determinadas relações profissionais, de sociabilidade, familiares, de laços de amizade, diversas características do lazer que usufruem, entre outros. Enfim, a inserção do indivíduo na divisão social do trabalho determina seu pertencimento de classe e cada classe social tem um determinado modo de vida³⁵. Ou seja, o pertencimento de classe molda o modo de vida dos indivíduos; o modo de vida de um capitalista é radical-

mente diferente do modo de vida de um operário ou de um camponês. O modo de vida de um burocrata difere radicalmente do de um comerciário ou de um lumpemproletário. Assim, cada classe social gera determinado modo de vida cujos indivíduos componentes tendem a compartilhar. Esse modo de vida remete a todo um processo de relações sociais e familiares, renda, representações e cultura, que influenciam no seu processo social de reprodução³⁶.

A reprodução, aqui, é a da vida imediata, dos bens necessários para a sobrevivência e produção desses bens, e da procriação, ou reprodução da força de trabalho viva, tanto no sentido da sociedade em geral (reprodução social total) quanto no sentido de cada grupo e individual (reprodução das condições de existência individual ou grupal). No sentido que interessa aqui, é possível compreender reprodução social total como um elemento inseparável da reprodução social grupal ou individual, sendo elementos marcados por relações indissolúveis, pois o Estado, por exemplo, assume papel fundamental na reprodução da força de trabalho por meio das políticas estatais, e os indivíduos que buscam se inserir no mercado de trabalho ou sobreviver, alteram sua forma de reprodução a partir de tais políticas. Assim, existem diversos modos de vida e de reprodução social, de acordo com cada classe social e ainda segundo outras divisões sociais existentes.

Porém, é insuficiente reconhecer que existem distintos modos de vida e de reprodução social. É preciso entender que a divisão de classes gera modos de vida e de reprodução social diferentes e que essas diferenças são fundamentais para compreender o processo de reprodução social da saúde e da doença. O pertencimento de classe do indivíduo lhe proporciona determinadas relações de trabalho e modos de vida, e isso num espaço social concreto, o que significa condições de trabalho, tipo de habitação, formação cultural, valores, representações, preferências alimentares, acesso aos meios de consumo. Assim, a saúde de um indivíduo pertencente à classe operária e submetido a péssimas condições de trabalho, como era comum no século XIX e foi descrito por Engels³⁸ de forma detalhada, será afetada diretamente

³⁵ Não é possível discutir aqui as concepções diversas de reprodução, como as de Althusser³⁶ e Lefebvre³⁷, mas tão somente apresentar uma determinada concepção, retirada de Marx e Engels³⁸.

te por suas relações de trabalho. Essas condições precárias de trabalho não deixaram de existir, apenas atingem as camadas mais frágeis do proletariado contemporâneo.

Da mesma forma, as relações de trabalho, como demonstram os estudos ergonômicos, mostram a produção de vários problemas de saúde, inclusive de ordem psíquica que, sem dúvida, atingem também o corpo. As formas de habitar (condições da moradia, do bairro, de higiene, acesso a serviços de infraestrutura) e de se alimentar (tipo e quantidade) também interferem na saúde do indivíduo e estão relacionadas ao pertencimento de classe e ao modo de vida e de reprodução social da classe a qual pertence.

As classes privilegiadas (burguesia, burocracia) tendem a ter não somente melhores condições de trabalho, alimentação, habitação etc., como também acesso a serviços de saúde e educação de melhor qualidade e com maior rapidez. Já as classes trabalhadoras (proletariado, camponeses) tendem a ter condições de trabalho, alimentação, habitação de qualidade inferior e com morosidade. As classes que estão abaixo na pirâmide social (como o lumpemproletariado) tendem, muitas vezes, a nem ter acesso a parte dos serviços, além da precária alimentação e habitação, para os que a têm. Nesses casos, o modo de vida é mais um modo de sobrevivência, o que significa que a sua reprodução social é garantida por estratégias de sobrevivência e isso ocupa a maior parte de seu tempo de existência.

Nesse contexto, as relações familiares também são de grande importância. O modo de vida do indivíduo tem sua formação inicial no interior de uma família, que é sempre de classe³⁴. O modo de vida é constituído pelas relações de trabalho e pelas características do consumo, sendo que o primeiro permite o segundo. A exceção está nas classes privilegiadas, que não precisam do trabalho e para as classes inferiores que não o acessam. Inversamente, o consumo conspícuo das primeiras convive com o subconsumo das últimas.

As famílias são suportes dessas relações, pois na esfera familiar ocorre grande parte do processo de reposição da força de trabalho, no caso das classes trabalhadoras, a possibilidade do parasitismo para as classes privilegiadas, e a marginalização das classes inferiores.

Assim, os conceitos apresentados ajudam a esclarecer o processo de inserção individual no processo social e a análise das classes

sociais permite refletir sobre a forma de inserção e suas consequências para os indivíduos e grupos.

PERFIS EPIDEMIOLÓGICOS E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Na enfermagem em saúde coletiva, tomou-se como fonte para compreender os perfis epidemiológicos a construção de Queiroz e Salum¹⁸, que se inspiraram em vários outros estudos^{1,1,22,23} para explicarem porque os perfis epidemiológicos constituem o objeto da saúde coletiva e consequentemente das práticas de enfermagem em saúde coletiva.

As autoras consideraram que há vários perfis epidemiológicos porque existem vários grupos sociais – distintos por sua condição de classe ou fração de classe social, expostos a diferentes formas de trabalhar e viver. Esses grupos concretamente são expostos a diferentes potenciais de desgaste e de fortalecimento, o que lhes confere diferentes formas de adoecer e de morrer.

A Figura 4.1, que tem sido utilizada em sala de aula e aperfeiçoada ao longo dos anos, mostra os elementos que compõem os perfis epidemiológicos. A partir desse esquema é possível perceber que os perfis epidemiológicos são compostos pelos perfis de reprodução social – dimensão dos determinantes do processo saúde-doença – e pelos perfis saúde-doença – dimensão dos resultados do processo saúde-doença. Potenciais de desgaste e de fortalecimento, que são inerentes às formas de trabalhar e de viver dos diferentes grupos sociais, estão em constante embate, podendo produzir problemas de saúde que se expressam no corpo biopsíquico¹⁸.

São exemplos de potenciais de fortalecimento no trabalho: o salário, que permite desfrutar os bens que são culturalmente consruídos pelos homens, em maior ou menor condição de exploração; a jornada de trabalho; o tempo e as condições de ida-volta para o trabalho; o tipo de ocupação e as condições de trabalho; a formalidade, com registro em carteira, que garante alguns direitos de proteção social; os benefícios oriundos do trabalho, como seguro-saúde, entre outros. Já os potenciais de desgaste encontram-se na contramão,

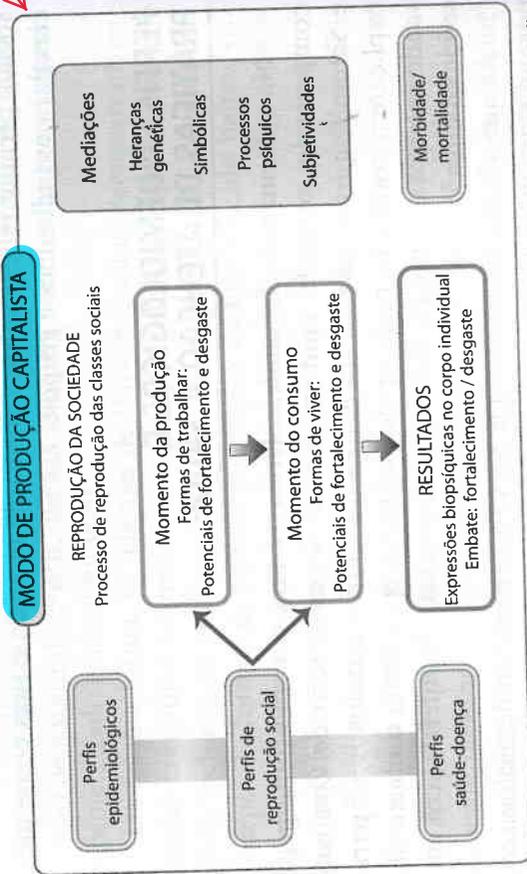


Figura 4.1 Composição de variáveis que operacionalizam a teoria da determinação social do processo saúde-doença. Adaptada da leitura de diversos autores da saúde coletiva^{18,22,23,39}.

constituindo a negação de direitos e a exploração mais acentuada no trabalho¹⁸.

São exemplos de potenciais de fortalecimento na vida: propriedade da habitação; espaço e infraestrutura de moradia que acomode de confortavelmente o núcleo familiar; acesso a serviços públicos de infraestrutura urbana; acesso a lazer e outras formas de bem-estar social e cultural; segurança; participação social e política; entre outros. Não contar com esses recursos significará estar exposto a maiores potenciais de desgaste¹⁸.

As ações em saúde nessa perspectiva teórica serão insuficientes e até mesmo contraproducentes se incidirem apenas nos perfis saúde-doença (i. e., nos resultados do processo, em doenças já instaladas); será necessário prevenir práticas em saúde que incidam também sobre os perfis de reprodução social, ou seja, sobre os determinantes do processo saúde-doença¹⁸.

É possível ir muito além do espaço da Unidade Básica de Saúde (UBS), que geralmente está organizada para a atenção individual das doenças já instaladas, como hipertensão e diabetes ou para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na sua individualidade, ou ainda de gestantes. Mesmo as visitas domiciliares

são realizadas para dar conta de problemas de saúde individuais, em geral para acamados ou pessoas com outras dificuldades.

Os grupos sociais, que compõem o território de abrangência de uma UBS, estão representados em diversos espaços sociais, como nos movimentos sociais, nos partidos políticos, nas organizações não governamentais, nas associações de bairro, e em outras instituições sociais do território. É possível também desenvolver práticas em saúde nos locais de trabalho, nos sindicatos de trabalhadores, nos órgãos de classe e de defesa popular. Os territórios podem contar também com serviços públicos e privados como escolas, creches, clubes e igrejas¹⁸.

Dessa forma, para incidir sobre o âmbito dos determinantes do processo saúde-doença é preciso acionar ações intersetoriais e no que diz respeito às práticas de enfermagem em saúde coletiva, que ampliem o objeto e incorporem ações de apoio técnico e político, que visem¹⁸:

- à ampliação do mercado de trabalho, da qualificação e de melhores condições de trabalho, como jornada, exposição a poluidores e outros agravantes do espaço de trabalho, padrões de produtividade, controle sobre o processo de trabalho, com reflexão sobre o objeto e a finalidade de trabalho;
- à manutenção e ampliação dos direitos sociais, de forma a ampliar a proteção social, como previdência social, seguro-desemprego, infraestrutura urbana, lazer, segurança pública, cultura, moradia e saúde¹⁸;
- ao controle de problemas que possam advir de má qualidade do planejamento urbano e outros problemas sociais e desastres não previstos, que amplie a segurança e a confiança social, como órgão públicos de vigilância e prontidão adequados aos diferentes contextos e espaços sociais¹⁸;
- ao monitoramento dos potenciais de desgaste e de fortalecimento inerentes aos perfis epidemiológicos dos diferentes grupos sociais, que amplie as possibilidades de controle sobre condições adversas, como comissões atuantes de controle de agravos no ambiente de trabalho e práticas efetivas de saúde do trabalhador e mais voltado para os locais de moradia,

como associações e outras formas de agregação social e participação social¹⁸.

RESUMO

A saúde coletiva é um campo de conhecimentos e práticas que se fundamenta principalmente da teoria da determinação social do processo saúde-doença. Neste capítulo, foram apresentadas algumas bases de formação desse campo e discutidas as categorias, os conceitos e as noções fundamentais para compreender essa teoria e como ela explica a realidade de saúde-doença dos diversos grupos sociais. A categoria reprodução social foi esmiuçada para que se tivesse a compreensão do conceito de perfis epidemiológicos, tomados como objeto da saúde coletiva. A partir dessa compreensão, são sugeridas práticas em saúde e seus âmbitos, ou seja, práticas que incidam sobre o âmbito dos determinantes do processo saúde-doença e não somente sobre as doenças já instaladas, ou resultados do processo saúde-doença.

PROPOSTAS PARA ESTUDO

- Quais são as características de constituição do campo da saúde coletiva?
- O que é reprodução social?
- Fale com suas palavras sobre o sentido de tomar o processo saúde-doença como processo social.
- Defina perfis epidemiológicos de grupos sociais e descreva como deve ser a atenção à saúde baseada nesse conceito.

ATIVIDADES SUGERIDAS

- Liste as possibilidades de desgaste e de fortalecimento de algumas ocupações que conhece.
- Faça a mesma atividade comparando a vida de famílias em condomínios com áreas de lazer e segurança, em bairros com

plena infraestrutura urbana, e a vida de famílias em favelas pouco urbanizadas.

A partir desses desgastes e fortalecimentos, planeje a atenção à saúde para essas famílias nos diferentes espaços sociais.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; 2003.
2. Costa NR. Ciências sociais e saúde: considerações sobre o nascimento do campo da saúde coletiva no Brasil. Saúde Deb 1992;(36):58-65.
3. Nunes ED. Saúde e sociedade na América Latina: Juan César García e os primórdios de uma sociologia da saúde. In: Nunes ED (org.). Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 113-5.
4. García JC. O nascimento da medicina social. In: Nunes ED (org.). Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1983. p. 95-132.
5. Klassen AC, Smith KC. The enduring and evolving relationship between social class and breast cancer burden: a review of the literature. Cancer Epidemiology 2011;35:217-34.
6. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública 1998;32(4):299-316.
7. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979.
8. Mota A, Silva JA, Schraiber LB. Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil: a obra de Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Donnangelo MCF. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: Buss PM. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO/ENSP; 1983. p. 19-35.
10. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.
11. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 135-58.
12. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

13. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología (epidemiología del trabajo). 2. ed. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1995.
14. Salum MJL, Bertolozzi MR, Oliveira MAC. O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e discontinuidades da história. In: Organization Panamericana de la Salud. La enfermería en las Américas. Washington: OPS; 1999. p. 101-18.
15. Queiroz VM, Egly EY. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem fundada no materialismo histórico e dialético. Rev Bras Enferm 1988;1(41):26-33.
16. Egly EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Cone; 1996.
17. Matumoto S, Mishima SM, Pinto JC. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad Saúde Pública 2001;17(1):233-41.
18. Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva. In: Livro-resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996 out 6-11; São Paulo. São Paulo: ABEN-Seção-SP; 1996. p. 347.
19. Queiroz VM, Salum MJL. A construção de perfis epidemiológicos e a responsabilidade da universidade pública na luta pela saúde como direito social. Congresso de Medicina Social; 2000.
20. Queiroz VM, Salum MJL. Ensaios para uma nova abordagem em enfermagem em saúde coletiva: resistindo às armadilhas da globalização subordinada e construindo a globalização da solidariedade social em direção à sociedade do tipo novo. FASM Rev 2001;(n. esp):11-31.
21. Lessa S, Lukács e a ontologia: uma introdução. Rev Outubro IES 2001;(5):83-100.
22. Breilh J, Granda E. Investigação da saúde e sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde; 1986.
23. Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: Ed. Unesp; 1991.
24. Campaña A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: Barata RB (org.). Condições de vida e situação em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 115-65.
25. Campaña A. Salud y reforma: reflexiones para la defensa del humano. In: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Reforma en salud: lo privado o lo solidario. Quito; 1997. p. 27-71.
26. Campos CMS, Stotz EM, Soarcs CB. Necessidades de saúde e direito à saúde: uma problematização da saúde coletiva. In: [cd-rom], VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial

de Saúde Coletiva; 2006. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva; 2006.

27. Paim JS. Do "dilema preventivista" à saúde coletiva. In: Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; 2003. p. 151-6.
28. Granou A. Capitalismo e modo de vida. Porto: Afrontamento; 1975.
29. Marx K, Engels F. A ideologia alemã (Feuerbach). São Paulo: Hucitec; 2002.
30. Marx K. Manuscritos econômicos e filosóficos. In: Fromm E. O conceito marxista do homem. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1983.
31. Viana N. Introdução à sociologia. Belo Horizonte: Autêntica; 2006.
32. Viana N. A consciência da história. Ensaios sobre o materialismo histórico-dialético. 2. ed. Rio de Janeiro: Achiamé; 2007.
33. Sartre JP. Questão de método. São Paulo: Difel; 1967.
34. Bertaux D. Destinos pessoais e estrutura de classe. Para uma crítica da antroponomia política. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
35. Viana N. Senso comum, representações sociais e representações cotidianas. Bauru: Eduse; 2008.
36. Althusser L. Sobre a reprodução. Petrópolis: Vozes; 1999.
37. Lefebvre H. A estrutura social: a re-produção das relações sociais. In: Martins JS, Foracchi M (orgs.). Sociologia e sociedade. Leituras de introdução à sociologia. São Paulo: LTC; 2006.
38. Engels F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Global; 1986.
39. Victora CG, Faccini LA, Barros FC, Lombardi C. Pobreza e saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Anais. Campinas, 2 a 6 de setembro de 1990, Abrasco, Departamento de Medicina Preventiva e Social/Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. p.303-15.

PARA SABER MAIS

- Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología (epidemiología del trabajo). 2. ed. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1995.
- Helene LMF, Salum MJL. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. Cad Saúde Pública 2002;18(1):101-13.
- Lacaz FAC. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. Cienc Saúde Coletiva 2001;6(1):233-42.

Copyright © 2013 Editora Manole Ltda., por meio de contrato com as autoras.

Este livro contempla as regras do acordo ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil.

Projeto gráfico: Texto & Arte Serviços Editoriais

Editoração eletrônica: Francisco Lavorini

Capa: Eduardo Bertolini

Ilustrações: Mary Yamazaki Yorado

Imagem do frontispício – Istockphoto®

Logotipo: Copyright © Associação Brasileira de Enfermagem – Seção São Paulo (ABEn-SP)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de

enfermagem / organizadoras Cássia Baldini Soares,

Celia Maria Sivalli Campos. -- Barueri, SP :

Manole, 2013. -- (Série enfermagem)

Vários autores.

ISBN 978-85-204-3018-7

1. Cuidados primários de saúde 2. Enfermagem em

saúde pública 3. Saúde pública I. Soares, Cassia

Baldini. II. Campos, Celia Maria Sivalli.

III. Série.

12-13793

CDD-610.734

Índices para catálogo sistemático:

1. Cuidados primários na saúde pública :

Promoção : Enfermagem 610.734

2. Enfermagem : Cuidados primários na

saúde pública : Promoção : Ciências médicas

610.734

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, por qualquer

processo, sem a permissão expressa dos editores.

É proibida a reprodução por xerox.

1ª edição – 2013

Direitos adquiridos pela:

Editora Manole Ltda.

Avenida Ceci, 672 – Tamboré

06460-120 – Barueri – SP – Brasil

Fone: (11) 4196-6000 – Fax: (11) 4196-6021

www.manole.com.br

info@manole.com.br

Impresso no Brasil

Printed in Brazil