

# A saúde-doença como processo social\*

Asa Cristina Laurell

Asa Cristina Laurell

*Graduou-se em medicina, em 1971, pela Universidade de Lund (Suécia) e obteve o grau de Mestre em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia, Berkeley, especializando-se em epidemiologia. De 1972 a 1974 coordenou pesquisa sobre problemas sócio-econômicos nas áreas de cortiços da cidade do México. Professora, pesquisadora e atual coordenadora do curso de pós-graduação de Medicina Social na Universidade Autônoma Metropolitana de Xochimilco, na cidade do México, vem desenvolvendo estudos sobre as relações de trabalho e saúde. Entre suas publicações citam-se: "Mortality and working conditions in agriculture in underdeveloped countries", Int. J. Health. Serv., 11, pp. 3-20, 1981; "Work and health in Mexico", Int. J. Health. Serv., 9, pp. 545-568, 1979; "Enfermedad y desarrollo: análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos", Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc., 84, pp. 131-157, 1976 (este em colaboração).*

---

\*"La salud-enfermedad como proceso social". *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes.

Desde o final dos anos sessenta, intensificou-se a polêmica sobre o caráter da doença. Discute-se se a doença é essencialmente biológica ou, ao contrário, social. Ocorre, assim, um questionamento profundo do paradigma dominante da doença que a conceitua como um fenômeno biológico individual. As razões do aparecimento ou, melhor dizendo, do ressurgimento desta polêmica devem ser buscadas tanto no desenvolvimento da medicina, como na sociedade com a qual ela se articula.

O auge desta polêmica, nos anos finais da década de 60, encontra explicação, fora da medicina, na crescente crise política e social que acompanha a crise econômica e com ela se entrelaça. A partir destes anos, vive-se uma nova etapa de lutas sociais, que, mesmo assumindo formas particulares nos diferentes países, caracterizam a época. Um dos traços das lutas populares neste período é que elas colocam sob suspeita, sob formas totalmente distintas e com perspectivas de alcance muito variável, o modo dominante de resolver a satisfação das necessidades das massas trabalhadoras. Isto ocorre tanto nos países capitalistas avançados como nos dependentes. Assim, no calor destas lutas, 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. Desta maneira, as novas correntes se inspiram nas lutas populares e se define, assim, a base social sobre a qual se sustentam.

Por outro lado, o motivo principal, interno à medicina, que dá origem ao questionamento do paradigma médico-biológico, encontra-se na dificuldade de gerar um novo conhecimento, que permita a compreensão dos principais problemas de saúde que hoje afligem os países industrializados, isto é, as enfermidades cardiovasculares e os tumores malignos. Além disso, deriva-se de uma crise de prática médica, já que parece claro, especialmente no cenário latino-americano, que a medicina clínica não oferece solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade, fato que se demonstra na estagnação dessas condições em grandes grupos, ou sua franca deterioração em outros.

Não obstante as evidências mostrarem as limitações da concepção biológica da doença e da prática que sustenta, é inegável que esta impulsionou a geração do conhecimento médica durante uma larga etapa. E assim, da mesma forma como a corrente que sustenta que a doença pode ser analisada fecundamente como um processo social, deve comprovar sua colocação e sua utilidade na prática.

A primeira tarefa, então, é demonstrar que a doença, efetivamente, tem caráter histórico e social. Para isto, é preciso distinguir dois problemas que estão subjacentes a esta questão. Por um lado, temos o conceito de saúde, que expressa como se conceitua e se define socialmente determinado fenômeno. Por outro lado,

esconde-se atrás da palavra "doença" um processo biológico que ocorre na população, independentemente do que se pense a respeito dela. É necessário, então, comprovar o caráter social de ambas.

Uma segunda tarefa da corrente médico-social será definir o objeto de estudo, que permita um aprofundamento na compreensão da processo saúde-doença como processo social. A tentativa da análise na direção assinalada parece levar a um beco sem saída, a menos que haja uma reflexão sistemática sobre a forma de construir um objeto de estudo que possibilite o avanço do conhecimento.

O último problema a ser abordado para formular as colocações a respeito da doença refere-se ao modo de conceituar a causalidade, ou melhor, a determinação. Isto se torna necessário porque a questão de planejar-se o estudo do processo saúde-doença como um processo social não se refere somente a uma exploração de seu caráter, mas coloca, de imediato, o problema de sua articulação com outros processos sociais, o que nos remete inevitavelmente ao problema de suas determinações.

Ao longo deste trabalho serão desenvolvidas algumas idéias a respeito dos três pontos expostos. Procederemos desta forma porque sabemos que o conhecimento e as formulações que existem com referência ao processo saúde-doença como processo social são fragmentários e, até certo ponto, hipotéticos. Não obstante, estamos convencidos da necessidade inadiável de avançar de modo mais concreto, para poder construir e enriquecer a teoria.

## O CARÁTER HISTÓRICO-SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. Ainda que provavelmente a "história natural" da tuberculose, por exemplo, seja diferente, hoje, do que era há cem anos, não é nos estudos dos tuberculosos que vamos apreender melhor o caráter social da doença, porém nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem.

Neste sentido, antes de discutir-se a forma de constituir os grupos a estudar, deveria ser possível constatar diferenças nos perfis patológicos<sup>1</sup> ao longo dos tempos como resultantes das transformações da sociedade. Mesmo assim, as sociedades que diferem em seu grau de desenvolvimento e organização social devem

---

<sup>1</sup>O perfil patológico se constitui considerando o tipo de patologia e a freqüência que determinado grupo apresenta em um dado momento.

apresentar uma patologia coletiva diferente. Finalmente, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas.

A demonstração mencionada é difícil no caso do México, seja pela pouca confiabilidade das estatísticas populacionais existentes, seja pela falta de investigação referente à problemática de que nos ocupamos. Todavia, cremos que tendo que optar entre nos mantermos na ignorância por razões de exigências técnicas ou utilizarmos a documentação deficiente que oferecem as estatísticas oficiais, temos que escolher a última alternativa. Deve ficar claro, porém, que não vão permitir mais que uma interpretação de tendências e de diferenças qualitativas.

Dependendo dos dados existentes, vemo-nos na obrigação de analisar o perfil patológico não em termos da doença mas da morte, que obviamente é um indicador bastante deficiente da primeira, principalmente quando os processos patológicos prevalentes são crônicos e, às vezes, não são, sequer, mortais.

Uma vez registradas todas as limitações, vamos adiante. A análise das principais causas de morte no México em 1940 e 1970 (Quadro 1), demonstra vários fatos: em primeiro lugar constatamos que, se considerarmos o conjunto, houve mudanças no perfil patológico em relação ao tipo de patologia e à frequência com que se apresenta. Assim, mesmo quando os dois primeiros lugares estão ocupados pelas mesmas doenças — a pneumonia e as gastroenterites e colites — em 1940 e 1970 a frequência com que se apresentam varia significativamente, já que as taxas baixaram à metade e à terça parte, respectivamente.

Há no período estudado uma diminuição importante nas doenças infecciosas, objetos de campanhas ou não, como a febre tifóide e a malária que não aparecem entre as dez causas principais, a varíola que foi erradicada e o sarampo, a coqueluche, a sífilis e a tuberculose, cujas taxas baixaram consideravelmente. Ao contrário, ocorre um aumento absoluto, nas taxas e no lugar que ocupam no quadro patológico, das doenças do coração, dos tumores malignos, das doenças do sistema nervoso central, do diabetes e dos acidentes.

Pode-se, então, constatar que os perfis patológicos que o México apresenta nos dois momentos históricos estudados são claramente distintos, fato que não é explicável em termos biológicos, especialmente porque as mudanças mencionadas não são o resultado de mudança na estrutura etária da população. Deste modo, as tendências observadas na população geral aparecem também entre os homens na idade produtiva. Por exemplo, no grupo de homens entre 45 a 64 anos, as taxas de mortalidade por doenças arteriosclerótica do coração aumentaram de 31,4 a 95,9 por 100.000 nos últimos 20 anos; por tumores malignos de 70,4 a 95,8 e por

acidente de 101,4 a 121,4.<sup>2</sup>

Isto significa que as mudanças registradas na mortalidade geral também se verificam nos grupos de idade jovem. As transformações ocorridas não podem ser explicadas como simples resultado do desenvolvimento médico. O decréscimo ou a erradicação de algumas doenças infecciosas é devido, sem dúvida, a medidas de prevenção específica, como as vacinas e as campanhas, mas não ao desenvolvimento do modelo médico-hospitalar.

Por outro lado, o decréscimo de outras doenças que necessitam de medidas específicas de prevenção, como seriam as pneumonias ou as infecções intestinais, não pode ser explicado como resultado o desenvolvimento médico. Finalmente, apesar das contestações dos que se colocam contra a “medicalização” da sociedade e seus efeitos iatrogênicos,<sup>3</sup> os aumentos das doenças antes mencionadas não se explicam a partir da prática médica. Deve-se buscar a explicação não na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos.

Outra forma de mostrar o caráter social da doença e que permite também um aprofundamento nos determinantes sociais do perfil patológico, é a análise das condições coletivas de saúde em diferentes sociedades, no mesmo momento histórico. No Quadro 2 são apresentadas as dez principais causas de morte no México, em Cuba e nos Estados Unidos da América do Norte. A comparação entre estes três países permite, *grosso modo*, avaliar o resultado do desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais no perfil patológico.

A comparação entre México e Cuba, países que se assemelham quanto ao desenvolvimento econômico, mas que diferem quanto às relações sociais de produção, ressalta vários fatos. Em primeiro lugar, observa-se que o perfil patológico mexicano é dominado pelas doenças infecto-contagiosas, com a pneumonia, a influenza e as infecções intestinais encabeçando a lista das principais causas de morte, sendo 40% da mortalidade total de origem infecciosa.<sup>4</sup> Ao mesmo tempo, como assinalamos antes, as doenças consideradas típicas da sociedade “moderna”, como as doenças isquêmicas do coração, os tumores malignos e os acidentes, começam a ocupar um lugar importante no perfil patológico. Finalmente, destaca-se a elevada taxa de mortalidade por cirrose hepática (21,4 por 100.000), que traduz a má nutrição e o alcoolismo, isto é, a pobreza e o desespero, fato que também se manifesta na altíssima frequência de morte violenta.

---

<sup>2</sup>A. C. Laurell, “Proceso de trabajo y salud”, *Cuadernos Políticos*, n. 17, 1978, pp. 69–71.

<sup>3</sup>I. Illich, *Nemesis médica*, Barcelona, Barral Editores, 1975, pp. 13–34.

<sup>4</sup>*World Health Statistic Annual 1972*. OMS, Genebra, 1975, pp. 186–97.

No perfil patológico de Cuba, o peso das doenças infecto-contagiosas é muito menor. Entre elas, somente a pneumonia e a influenza aparecem entre as dez principais causas de morte e toda a patologia infecciosa constitui 11% da mortalidade total.<sup>5</sup> Dominam, claramente, dois grandes grupos de doenças: as cardiovasculares, agrupadas em A80 até A86 na classificação das doenças da OMS<sup>6</sup> e os tumores malignos.

As estatísticas de mortalidade de Cuba demonstram que não existe relação mecânica e necessária entre o grau de desenvolvimento econômico e as condições coletivas de saúde, desmentindo a fatalidade patológica da “pobreza média”. Esta observação deve centrar a análise nas relações sociais de produção existentes na sociedade, que é o fator que distingue Cuba do México.

A análise do perfil patológico dos EUA revela que o tipo de doenças que predomina tem semelhanças notáveis com as de Cuba. Assim, as doenças cardiovasculares são as mais comuns, seguidas dos tumores malignos e dos acidentes. Destaca-se, ainda, entre as dez causas principais de mortes, o diabetes, em cuja apresentação influi o *stress*, e a cirrose hepática. Se bem que o perfil patológico dos EUA se assemelhe ao cubano quanto ao tipo de patologia, há uma diferença essencial quanto à frequência com a qual se apresenta essa patologia nos dois casos. Assim, por exemplo, se as doenças isquêmicas do coração são três vezes mais frequentes como causa de morte nos EUA do que em Cuba, os tumores malignos e os acidentes são aproximadamente 50% mais frequentes, o diabetes 80% e a cirrose 2,5 vezes mais comuns.<sup>7</sup>

Poder-se-ia pensar, então, que as diferenças nas taxas entre os EUA e Cuba seriam simplesmente o resultado das diferentes estruturas demográficas das populações, uma vez que a população norte-americana apresenta uma proporção maior de idosos que Cuba. Considerando-se que as doenças cardiovasculares e os tumores malignos têm maior incidência nas idades avançadas,<sup>8</sup> as diferenças encontradas se explicariam, assim, como simples efeito do fato demográfico. Atrás dessa interpretação há o que poderíamos chamar de concepção da “doença residual”, que surge juntamente com o aparecimento de um novo perfil patológico, dominado, principalmente, pelas moléstias cardiovasculares e tumores malignos. Tenta-se explicar tal fato como o surgimento de uma patologia residual, que antes estava encoberto pelas doenças infecciosas. Equivale a dizer: como o homem tem que morrer de alguma coisa ao chegar ao fim do seu ciclo vital natural e as doenças

---

<sup>5</sup>*Op. cit.*, pp. 102-13.

<sup>6</sup>*Clasificación Internacional de la Enfermedad*. OMS, Genebra, 1965.

<sup>7</sup>*World Health Statistics Annual, op. cit.*, pp. 107-11.

<sup>8</sup>B. D. Fallis, *Textbook of pathology*. London, McGraw-Hill, 1964, pp. 108, 397.

infecciosas já não matam, alguma doença degenerativa, como as doenças cardiovasculares ou o câncer, por exemplo, porá fim à sua existência. Esta explicação baseia-se numa concepção linear e “desenvolvimentista” da doença na sociedade, já que no fundo, vê a história da doença como simples resultado das forças produtivas, do grau de domínio do homem sobre a natureza. Assim, a história da doença, diz tal proposição, é sua eliminação progressiva e uma aproximação da saúde cada vez maior. Esta concepção, apesar de reconhecer que há uma história da doença, paradoxalmente não confere caráter histórico e social ao processo saúde-doença como tal, uma vez que não admite que cada sociedade crie seu próprio perfil patológico, ou seja, acredita que a transformação é apenas a eliminação de uma parte da patologia, que faz aparecer a outra. Desta forma, o processo saúde-doença da sociedade não se explicaria por suas determinações múltiplas, biológicas e sociais específicas, mas somente pela capacidade técnica da sociedade de eliminar certas doenças e, por exemplo, nutrir a população.

Revela, assim, um modo especial de entender a relação entre o homem e a natureza, construída como uma contradição antagônica, que se resolve por meio de uma relação de dominação daquele sobre ela.

A comparação das taxas de mortalidade da população masculina de Cuba e dos EUA, na idade de 35 a 64 anos, apresentada no Quadro 3, de um lado desmente que a diferença de freqüência de algumas doenças tenha relação com a estrutura demográfica e, do outro, contradiz a concepção da “doença residual”. Desta maneira, as doenças isquêmicas do coração são entre três e quatro vezes mais freqüentes como causa de morte entre os norte-americanos na faixa de 35 a 64 anos do que entre os cubanos da mesma idade, tendência que se verifica também quanto aos tumores malignos, à cirrose hepática, ao diabetes, aos acidentes e à taxa de mortalidade geral para cada grupo etário. Isso demonstra que, efetivamente, a explicação “residual” não justifica o que se observa, porque se se tratasse de patologia surgida ao decrescerem as moléstias infecciosas, Cuba e EUA deveriam apresentar as mesmas taxas de mortalidade pelas doenças investigadas. Não ocorrendo isto, encontramos, outra vez, um quadro específico de cada sociedade que não se explica como simples função de algum fator isolado.

Para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a freqüência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. Existindo uma articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes. Existe documentação empírica comprovando que a distribuição da doença e da morte é desigual e que é possível detectar perfis

patológicos específicos dos grupos sociais, se estes se construírem com critérios objetivos, problemas que trataremos mais adiante.

Um dos raros estudos latino-americanos que comprova a possibilidade diferencial de morrer na infância segundo a classe social foi realizado por Behm<sup>9</sup> na Costa Rica. Esta investigação demonstrou que o risco de morrer nos primeiros anos está diretamente relacionado com a ocupação do pai, ou seja, como o modo com este se insere na produção. Assim, a possibilidade de uma criança proletária urbana morrer antes dos dois anos de idade é quatro vezes do que a de uma criança de alta ou média burguesia; o risco da criança camponesa é cinco vezes maior.

O tipo de patologia varia de acordo com os grupos sociais, fato que foi demonstrado em um estudo feito por Celis e Nava<sup>10</sup> no México. Eles compararam as causas da morte e sua frequência, entre um grupo de pessoas que possuíam seguro de vida privado e um grupo constituído pelos que morreram no Hospital Geral da Cidade do México: grupos de representavam a burguesia e as camadas médias, altas e o subproletariado urbano, respectivamente. Os resultados mostraram que os pacientes do Hospital Geral morrem 30 vezes mais de amebíase, 8 de tuberculose, 6 de hepatite, 4 de infecções respiratórias agudas, e 3,5 de cirrose hepática e pelo seguro privado, por seu lado, morrem 3 vezes mais de doenças cardiovasculares e 2,5 de doenças do sistema nervoso central.

Procurando documentação fora da América Latina, parecem especialmente relevantes dois estudos realizados na Inglaterra. O primeiro deles compara a mortalidade, por grupos de causa, entre os distintos setores da população. O Quadro 4 reproduz os dados correspondentes à burguesia e às camadas médias altas e aos operários não qualificados. Como se pode verificar, a mortalidade é sistematicamente mais alta entre os operários; esta situação se reproduz em todos os grupos de idade.<sup>11</sup>

O segundo estudo mostra o crescimento dos diferenciais de mortalidade entre as classes sociais I a V, estabelecidos, pelos Registro Geral da Inglaterra,<sup>12</sup> no período 1921–1972.<sup>13</sup> Do Quadro 5, depreende-se que, no período estudado,

---

<sup>9</sup>H. Behm, *Social Economic determinants of mortality in Latin America*. Mimeog. Apresentado na Reunião da ONU/OMS sobre "Economic and Social Determinants of Mortality and its Consequences", Cidade do México, 1979.

<sup>10</sup>A. Celis e Y. Nava, "La patología de la pobreza", *Revista Médica del Hospital General*, n. 33, 1970, pp. 120, 124.

<sup>11</sup>J. Fox, "Occupational mortality 1970–1972", *Population Trends*, 9, 1977, p. 12.

<sup>12</sup>Não são classes no sentido materialista histórico da categoria, porém ao serem construídas em função da ocupação elas se aproximam, pois as classes I e II correspondem aos grupos empresariais e profissionais liberais e as II, IV e V aos trabalhadores com qualificação decrescente.

<sup>13</sup>R. Saracci, "Epidemiological strategies and environmental factor", *Int. Journal of Epidemiology*.



que corresponde (especialmente de 1949 em diante) à construção do Estado de Bem-Estar na Inglaterra, não houve diminuição dos diferenciais de mortalidade aos grupos sociais; até aumentaram, já que a diferença entre os grupos I e V foi de 43 em 1921–1923 e de 60 em 1970–1972. Cabem dois comentários a respeito deste quadro: em primeiro lugar, ele indica que os diferenciais de mortalidade entre os grupos sociais não são o resultado de acesso diferente aos serviços médicos. O Serviço Nacional de Saúde foi desenvolvido na Inglaterra a partir de 1946,<sup>14</sup> fato que garante o acesso de toda a população inglesa aos serviços médicos. A segunda questão que o Quadro 5 revela é relativa ao problema das relações entre as condições de vida e a saúde. Inegavelmente, o nível de vida geral dos ingleses melhorou, no período entre 1921 e 1972, mas essa mudança ocorreu essencialmente no campo do consumo. Isto quer dizer que as relações sociais de produção são as mesmas, e a sociedade de classes continua existindo, da mesma forma que os diferenciais de mortalidade.

Os dados apresentados permitem-nos confirmar que se verifica empiricamente o caráter social do processo saúde-doença, enquanto fenômeno material objetivo e tal como se expressa no perfil patológico dos grupos humanos. É assim porque, como mostramos, o perfil muda para uma mesma população de acordo com o momento histórico. Ainda assim, as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que, a nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção. Finalmente, é possível comprovar que o processo patológico dos grupos sociais de uma mesma sociedade se apresenta diverso quanto ao tipo de doença e sua frequência.

O caráter social do conceito de saúde e doença, isto é, a conceituação que se faz em um momento dado a respeito do que é doença, e porque se apresenta, torna-se mais fácil de comprovar. Segundo Conti,<sup>15</sup> a análise histórica mostra como as necessidades das classes dominantes, que se expressam como se fossem as necessidades da sociedade em seu conjunto, condicionam um ou outro conceito de saúde e doença. Na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista.

---

logy, vol. 7, n. 2, 1978, p. 105.

<sup>14</sup>H. Hatzfeld, *La crisis de la medicina liberal*, Barcelona, Ariel, 1965, p. 77.

<sup>15</sup>L. Conti, "Estructura social y medicina", in *Medicina y sociedad*, Barcelona, Fontanella, 1972, pp. 287-310.

O fato de que o conceito de doença tenha um componente claramente ideológico não quer dizer que seja falso, senão que é parcial, isto é, que não deixa ver além de uma parte da problemática. O caráter parcial, deste modo, não permite avançar o conhecimento, senão em algumas áreas, deixando outras ocultas.

## OBJETO EMPÍRICO E OBJETO CONSTRUÍDO?

Apesar de o caráter social do processo saúde-doença parecer um fato indiscutível, há observações contraditórias a esses respeito, na literatura científica. Uma série de investigações empíricas apresentam resultados aparentemente discrepantes.<sup>16</sup> Geralmente são estudos que tentam demonstrar que algum elemento social constitui um fator de risco de determinada doença. Partindo de uma conceituação tradicional tanto da doença como de suas causas supõem que a social atue como qualquer fator biológico. Ao apontar que o fator "A" nem sempre aparece relacionado com a doença "E", despreza-se a importância do social na etiologia da doença e se interdita seu caráter social.

Este problema remete-nos à análise de duas questões fundamentais para a compreensão do caráter social do processo saúde-doença: a do objeto de estudo e a da determinação. Em relação à primeira, é preciso definir o que estudar e como investigar para gerar conhecimento relativo ao processo saúde-doença, enquanto processo social. Isto nos leva a indagar do que se entende por doença. Se analisarmos a literatura epidemiológica, onde se encontram as investigações relevantes para o nosso tema, observamos que se lida essencialmente com dois conceitos que, no fundo, não são discrepantes. O primeiro é o conceito médico-clínico, que entende a doença como um processo biológico do indivíduo; o segundo é o conceito ecológico, que vê a doença como resultado do desequilíbrio na interação entre o hospede e seu ambiente. Este conceito coincide com o primeiro, já que, uma vez estabelecido o desequilíbrio, a doença se identifica da mesma forma como no primeiro caso.

Com o objetivo assim definido, que tipo de conceito pode ser gerado? Parece-nos claro que é uma conceituação que permite entender a doença exatamente como processo biológico e enquanto isto é válido. Se a finalidade é estudar o caráter social da doença, isto não nos permite um aprofundamento, pois o processo biológico estudado no indivíduo não revela, de imediato, o social. Há necessidade, então de ir além do objeto direto da medicina clínica e da epidemiologia e construir um objeto que nos permita o estudo empírico do problema.

---

<sup>16</sup>J. Cassel, "Psychosocial process and stress: a theoretical formulation", *Int. Journal of Health Services*, vol. 4, 1974.

O primeiro elemento que deveria ser reconhecido é que o caráter social do processo saúde-doença manifesta-se empiricamente mais claro a nível da coletividade que do indivíduo, tal como vimos no início deste trabalho.

Isto mostra que nosso objeto de estudo não se situa a nível do indivíduo e sim do grupo. Sem dúvida, não poderia ser qualquer grupo, mas um construído em função de suas características sociais, colocado somente em segundo lugar as características biológicas. Assim é porque o grupo não adquire relevância por ser constituído por muitos indivíduos em vez de apenas um, senão enquanto nos permite apreender a dimensão social propriamente dita deste conjunto de indivíduos, que, assim, deixam de ser entes biológicos justapostos.

Dado que não se trata de um grupo qualquer, mas constituído em função de suas características sociais, fica patente a necessidade de se partir de uma teoria do social que nos ofereça os elementos teóricos para a construção dos grupos. Isto é de grande importância, já que os médicos e epidemiologistas, geralmente, estudam os grupos tal como se revelam espontaneamente aos olhos do investigador. Assim, escolhem a população hospitalar, os residentes de determinadas zonas habitacionais, um grupo educacional, todos grupos circunstanciais ou selecionados arbitrariamente. Cabe assinalar que o funcionalismo estrutural em sociologia, tampouco resolve o problema de definir grupos que tenham vida social própria e objetiva, já que seu sistema de estratificação social é de caráter essencialmente subjetivo.<sup>17</sup> Sem dúvida, ainda que o estabelecimento dos grupos em bases e critérios sociais objetivos e reproduzíveis seja um passo necessário para a construção do objeto de científico, este não seria constituído pelos grupos como tais, mas sim pelo processo saúde-doença de um grupo, como se relaciona com o processo saúde-doença do indivíduo. Ademais, torna-se necessário explicitar a relação entre o biológico e o social deste processo e, finalmente, analisar o alcance dessa conceituação relativamente ao problema da determinação.

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. Definido desta maneira, o processo saúde-doença manifesta-se empiricamente de maneiras diversas. Por um lado, expressa-se em indicadores, tais como a expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou pela mortalidade.

---

<sup>17</sup>A. Cueva, *La teoría marxista de las clases sociales*. FCPS, UNAM, 1975.

Surge, imediatamente, uma pergunta: por que o processo saúde-doença tem caráter social, se é definido pelos processos biológicos do grupo? Pensamos que seja assim por duas razões parcialmente coincidentes. Por um lado, o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. Isso se expressa, por exemplo, no fato de que não é possível determinar qual é a duração normal do ciclo vital, por ser ele diverso em diferentes épocas. Isto leva a pensar que é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, dependendo das características da relação entre o homem e a natureza.

Se desta maneira a “normalidade” biológica define-se em função do social, também a “anormalidade” o faz, fato que demonstramos na primeira parte deste trabalho. O caráter simultaneamente social e biológico do processo saúde-doença não é contraditório, porém unicamente assinala que pode ser analisado com metodologia social e biológica, na realidade, como um processo único.

A necessidade de construir o objeto de estudo, tal como vimos, refere-se à possibilidade de verificar empiricamente o caráter social do processo saúde-doença. Reconhecido este fato, há que se especificar qual o alcance que podem ter as observações feitas sobre este objeto. É claro que este modo de abordar o estudo do processo saúde-doença permite-nos descrever as condições de saúde de um grupo, articuladas com as condições sociais deste. É, por si mesmo, um avanço, já que tem implicações diretas na prática sanitária, uma vez que visualiza a problemática de forma diferente daquela que ocorre quando é feita como uma descrição biológica das condições de saúde. Não obstante, a possibilidade de investigar o caráter social do processo saúde-doença através de objeto construído não se esgota na descrição distinta, mas a transcende. O estudo do padrão de desgaste e do tipo de patologia e sua distribuição nos grupos definidos por suas características sociais, também expõe a possibilidade de gerar conhecimento sobre a determinação destes processos, isto é, explicá-los.

Isto nos leva a esclarecer como se relacionam, o que se observou no estudo do objeto construído — “processo de saúde-doença coletiva” — e as conclusões sobre as suas características, com o processo saúde-doença estudado no indivíduo. Cabe assinalar, inicialmente, que uma vez construído nosso objeto através da seleção do grupo com base em suas características sociais, o estudo concreto se realiza nos indivíduos que o compõem, porém a interpretação dos dados não

se dá em função de cada caso, mas do conjunto deles. Ou seja, a construção do grupo significa considerá-lo em seu caráter propriamente social, isto é, pelo modo como se relaciona com o restante dos grupos no processo de trabalho da sociedade. A investigação do padrão de desgaste e do perfil patológico tem que ser feita relativamente aos organismos dos membros do grupo pesquisado não com a singularidade de cada caso individual, como é feito pela medicina clínica, mas estabelecendo-se o comum, isto é, que caracteriza o grupo.

A relação entre o processo de saúde-doença coletiva e o do indivíduo fica, então, estabelecida, porque o processo saúde-doença coletiva determina as características básicas sobre as quais assenta-se a variação biológica individual.<sup>18</sup> Visto isto a partir do paciente significa que sua história social assume importância, porque condiciona sua biologia e determina certa probabilidade de que adoça de um modo particular, porém, como sabemos, a probabilidade não se efetiva no indivíduo, senão como presença ou ausência do fenômeno. É por isso que a análise do caso clínico tem sua especificidade própria, já que, *a priori*, pode-se adoecer por qualquer causa e esta, para seu tratamento, tem que ser corretamente diagnosticada.

#### A RESPEITO DA DETERMINAÇÃO

O estudo do processo saúde-doença coletiva, desta forma, enfatiza a compreensão do problema da causalidade, pois que, ao preocupar-se pelo modo como o processo biológico ocorre socialmente, em consequência readquire a unidade entre “a doença” e “a saúde”, dicotomizada no pensamento médico clínico. Isto ocorre porque, visto como processo da coletividade, o preponderante é o modo biológico de viver em sociedade, que determina, por sua vez, os transtornos biológicos característicos, isto é, a doença que assim não aparece separada daquele, mas ocorrendo ambos como momentos de um mesmo processo, porém, diferenciáveis.

Esta reformulação da natureza da doença, que a recoloca como parte do processo biológico global, demonstra as limitações dos modelos de causalidade que ficam subjacentes ao pensamento médico dominante. Torna-se insustentável explicar a doença como o efeito da atuação de um agente, como pretende o modelo monocausal, porém a multicausalidade, tal como foi formulada por McMahan<sup>19</sup>

<sup>18</sup>Assim a medicina clínica e a epidemiologia abordam conscientemente o problema de modo distinto, já que a primeira tem por finalidade o aprofundamento na doença individual e a segunda pretende avançar na compreensão dos processos coletivos.

<sup>19</sup>McMahon, B. *Princípios y métodos de epidemiologia*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1975.

e Cassel,<sup>20</sup> também apresenta sérias limitações para fornecer uma explicação da doença tal como a definimos.

A insuficiência do modelo monocausal para explicar o surgimento da doença, ainda definida de maneira tradicional, é sobremaneira conhecida. Sem dúvida, o modelo multicausal tampouco consegue dar uma resposta satisfatória aos problemas colocados. As razões deste fracasso são de ordem distinta. A mais profunda, talvez, é dada por sua conceituação declaradamente agnóstica,<sup>21</sup> que coloca um paradoxo: pretender explicar partindo da suposição da impossibilidade de conhecer a essência das coisas. A limitação mais imediata do modelo multicausal, sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a “fatores de risco”, que atuam de maneira igual.

Dentro da corrente norte-americana de epidemiologia social, Cassel<sup>22</sup> é quem mais lucidamente situou a integração do social no complexo causal da doença, dando-lhe especificidade própria. Este autor situa dois problemas fundamentais ao estabelecer que o social não atua como um agente bio-físico-químico na geração da doença e, portanto, não tem especificidade etiológica, nem obedece a mecânica de dose-resposta. Disto se depreende, segundo Cassel, a necessidade de investigar os aspectos sociais da causalidade da doença, não em função de um conjunto de patologias. Ao chegar a uma proposição concreta, apresenta o *stress* como a mediação única entre o social e o biológico. Apesar de identificar alguns dos problemas fundamentais que se deve levar em conta para a compreensão da articulação do processo saúde-doença no processo social, termina por biologizar a sociedade, uma vez que a qualifica por seus efeitos biológicos e não por suas características próprias. Desta maneira, apesar da especificidade social ser o ponto de partida para Cassel, não consegue desenvolver sua proposição fundamental, pela inexistência de uma formulação teórica acerca do social.

As grandes limitações das explicações causais em voga evidenciam a necessidade de se buscar uma nova formulação do problema da causalidade ou, colocado de modo mais amplo, da determinação do processo saúde-doença. Até agora, Breilh<sup>23</sup> e Tambellini,<sup>24</sup> entre outros, têm desenvolvido idéias interessan-

---

<sup>20</sup>J. Cassel, *op. cit.*

<sup>21</sup>J. Breilh, *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*, México, 1977.

<sup>22</sup>J. Cassel, *op. cit.*

<sup>23</sup>J. Breilh, *op. cit.*, pp. 169–233.

<sup>24</sup>A. Tambellini Arouca, *Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito*, (Tese) Campinas, 1975, pp. 49–61.

tes a respeito. Seguindo-se a linha de pensamento destes autores e do presente trabalho, uma proposição sobre a interpretação da determinação do processo de saúde-doença tem que encarar a unidade deste processo, tal como o expusemos anteriormente, e seu caráter duplo, biológico e social. Isto significa reconhecer a especificidade de cada um e, ao mesmo tempo, analisar a relação que conservam entre si, o que implica em conseguir as formulações teóricas e as categorias que nos permitam abordar seu estudo cientificamente. Pode parecer uma observação supérflua, porém, o rigor científico de muitos investigadores médicos não se estende ao campo social, que é tratado como se seu estudo não exigisse ferramentas além daquelas que o senso comum utiliza.

A evidência empírica, tal como expusemos, permite-nos demonstrar que existe uma relação entre o processo social e o processo saúde-doença. Sem dúvida, esta observação, por si mesma, não resolve qual é o caráter desta relação. Isto porque temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro. Na verdade, enfrentamos uma "caixa negra", na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. Esse é, talvez, o problema mais candente para a explicação causal social do processo saúde-doença. Este problema não está resolvido. A reflexão sobre o caráter do processo da saúde-doença, porém, abre alguns caminhos para serem explorados.

O fato de se haver definido que o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos. Por exemplo, o modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente, é ao mesmo tempo biológico, pois implica em determinada atividade neuro-muscular, metabólica, etc. Outro exemplo poderia ser o comer, uma vez que o que se come e como se faz isso são fatos sociais, que têm sua contraparte biológica.

Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde-doença aponta, por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. Esta conceituação nos faz compreender como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação a este respeito.

A segunda vertente problemática que é necessário abordar refere-se ao modo de explicar a geração do momento do processo saúde-doença que temos definido

como coença. No momento, vamos deixar os aspectos obviamente sociais, ou seja, o que se refere ao aspecto ideológico da doença e as circunstâncias sociais que fazem com que determinado processo biológico interfira nas atividades cotidianas e nos centraremos no processo biológico material. Em primeiro lugar, é claro que o próprio padrão social de desgaste e reprodução biológica determina o marco dentro do qual a doença é gerada. É neste contexto que se deverá recuperar a não-especificidade etiológica do social e, inclusive, do padrão de desgaste e reprodução biológica relativo à doença, pois não se expressam em entidades patológicas específicas, mas no que chamamos o perfil patológico, que é uma gama ampla de padecimentos específicos mais ou menos bem definidos. Fora da relação entre o padrão de desgaste-reprodução e a doença na qual a determinação social se manifesta claramente, parece necessário buscar outros mecanismos de transformação do social em biológico. A pergunta chave para elucidar este problema, a nosso ver, refere-se ao caráter geral ou particular destes mecanismos, porque, se são particulares, somente o estudo dos casos particulares pode revelar quais são.

Para que as formulações anteriores assumam seu significado pleno, é necessário explicitar de outra maneira, como conceituamos o processo saúde-doença e sua articulação com o processo social. Em termos muito gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento,<sup>25</sup> apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Em nossa opinião, as categorias sociais adotadas do materialismo histórico, que nos permitem desenvolver esta proposição geral e aprofundar e enriquecer a compreensão da problemática da essência do processo saúde-doença e sua determinação, são a classe social, tal como propõe Breilh<sup>26</sup> e o processo de trabalho como foi desenvolvido em outro trabalho.<sup>27</sup> Sem dúvida, parece claro que o desenvolvimento futuro neste campo depende das possibilidades de empreender investigações concretas para poder incrementar e corrigir o desenvolvimento teórico, pois muitos dos problemas candentes não podem ser resolvidos senão através da prática de investigação.

Na introdução deste trabalho é assinalada a necessidade de se avançar de uma posição de crítica à explicação biológica da doença para a construção de uma interpretação distinta do processo saúde-doença que, tendo como eixo seu caráter social, pode impulsionar a geração de um novo conhecimento a seu respeito. A importância disso não reside somente no fato de se poder agregar alguns elemen-

---

<sup>25</sup>A. C. Laurell, "Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social", *Rev. Centro-americana de Ciencias de la Salud*, 3(6), 1077.

<sup>26</sup>J. Breilh, *op. cit.*

<sup>27</sup>A. C. Laurell, *Proceso de trabajo y salud*, *op. cit.*



tos novos, mas de se oferecer a possibilidade de abordar toda a problemática de saúde a partir de um ângulo diferente, isto é, como fenômeno coletivo e como fato social. Este enfoque tem implicações profundas para a prática, considerando-se que a medicina hospitalar pouco tem a ver com o processo saúde-doença na sociedade. É claro que uma nova prática não depende somente de uma interpretação do processo saúde-doença, mas também de que se coloque em bases sociais que a possam impulsionar e sustentar.

**Tabela 1** – Evolução das principais causas de mortalidade geral, México, 1940 e 1970

Causas	1940		1970		Mudança
	Taxa por 100.000	Ordem de importância	Taxa por 100.000	Ordem de importância	
Pneumonia	356,3	2	170,8	1	- 185,5
Gastrenterites e colites	490,2	1	141,7	2	- 348,5
Doenças do coração	54,3	9	68,3	3	+ 14,0
Mortalidade perinatal	100,7	4	51,5	4	- 49,2
Tumores malignos	23,2	—	37,6	5	+ 14,4
Acidentes	51,6	10	71,0	6	+ 19,4
Lesões vasculares do SNC	18,9	—	24,7	7	+ 5,8
Bronquites	66,8	8	16,7	—	- 50,1
Diabetes mellitus	4,2	—	15,3	—	+ 11,1
Tuberculose do aparelho respiratório	47,9	—	19,9	9	- 28,0
Febre tifóide	31,9	3	5,8	—	- 26,1
Malária	121,7	5	0,6	—	- 121,1
Varíola	6,8	—	—	—	- 6,8
Coqueluche	42,4	—	7,1	—	- 35,3
Sarampo	91,2	6	24,3	8	- 66,9
Sífilis	19,2	—	0,8	—	- 18,4
Homicídio	67,0	7	18,0	10	- 49,0

Fonte: Depto. de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, UNAM.

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

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

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

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

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

Taxas por 100.000 habitantes.

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

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

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

Fonte: Office of Registrar General.

Quadro adaptado de Fox.

Por razões técnicas os dados estão arredondados.

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

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

Fonte: R. Saracci