

Determinação social do processo epidêmico¹

Social determination of the epidemic process

Regina Giffoni Marsiglia^a

^aFaculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
Departamento de Medicina Social. São Paulo, SP, Brasil.
In memoriam

Rita Barradas Barata^b

^bFaculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
Departamento de Saúde Coletiva. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: rita.barradasbarata@gmail.com

Selma Patti Spinelli^c

^cFaculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
Departamento de Medicina Social. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: selmapattispin@uol.com.br

Introdução

A expressão “determinação social” não deve ser entendida como uma relação imediata, direta, unívoca, do tipo causa-efeito, entre o “social” e o processo epidêmico, ou seja, uma relação linear entre o contexto social e o aparecimento ou a produção de epidemias.

A perspectiva que aqui defendemos é de que há uma dupla conotação na relação entre o “social” e o processo epidêmico, de forma que esta relação deve ser analisada em dois planos: por um lado, cabe considerar as condições econômicas, políticas e sociais em que ocorre e se desenvolve o processo epidêmico. Por outro lado, temos a análise das práticas de intervenção e de controle que a sociedade adota frente ao processo mórbido.

Assim entendida, essa dupla determinação do social, seja no nível das condições sociais gerais em que se desenvolve a doença, seja no nível das práticas historicamente definidas para enfrentar o problema, interfere na explicação que se elabora sobre o processo mórbido, condicionando assim o próprio saber, a visão teórica do que seja a doença.

No século XVIII, o processo epidêmico era definido da seguinte maneira: “dá-se o nome de doenças epidêmicas a todas aquelas que atacam, ao mesmo tempo e com características imutáveis, grande número de pessoas” (Brum, 1776 apud Foucault, 1980, p. 24).

Michael Foucault, comentando esta definição, ressalta que a epidemia, mais do que uma forma particular de doença, é um modo particular de ver a doença. Não há diferença de natureza ou de espécie entre uma doença individual e um fenômeno epidêmico: uma afecção esporádica que se reproduza algumas vezes e simultaneamente é uma epidemia (Foucault, 1980).

Correspondência

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
Rua Dr. Cesário Motta Jr., 61. São Paulo, SP, Brasil. Cep 01221-020.

¹ Este texto é uma reprodução do capítulo que integra a obra *Textos de apoio: epidemiologia 1*, organizada por José da Rocha Carvalheiro (1985) e publicada no Rio de Janeiro pelo Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública e pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, com recursos doados pela W. K. Kellogg Foundation.

A percepção do fenômeno epidêmico passa de uma percepção essencial (qualitativa) para uma percepção cardinal (quantitativa):

A análise de uma epidemia não se impõe como tarefa reconhecer a forma geral da doença, situando-a no espaço abstrato da nosologia, mas reencontrar, sob os signos gerais, o processo singular, variável segundo as circunstâncias, de uma epidemia a outra que, da causa à forma mórbida, tece em todos os doentes uma trama comum, mas singular, em um momento do tempo e em determinado lugar do espaço.

Foucault ressalta, assim, o caráter particular de cada situação epidêmica, o que faz de cada epidemia uma singularidade, apesar de em si ela representar uma repetição de “casos idênticos”. Nesse sentido, ainda o mesmo autor acrescenta:

A epidemia tem uma espécie de individualidade histórica. Daí a necessidade de usar com ela um método complexo de observação. Fenômeno coletivo, ela exige um olhar múltiplo; processo único, é preciso descrevê-la no que tem de singular, acidental e imprevisto. (Foucault, 1980, p. 27)

Fica claro, portanto, que, antes de significar apenas uma repetição de casos, um fenômeno com dimensão exclusivamente quantitativa (número significativo de casos de uma doença), o processo epidêmico representa um modo particular de ocorrência da doença no coletivo. A dimensão quantitativa do processo dá a ele uma nova dimensão qualitativa.

A epidemia enquanto fenômeno coletivo exige, de um lado, um método complexo de investigação: obter uma informação cumulativa e constantemente revisada, totalizar os acontecimentos e estabelecer uma rede causal; de outro, o desenvolvimento de práticas de intervenção constantes e coercitivas.

Só poderia haver medicina das epidemias se acompanhada de uma política: vigiar a instalação

das minas e dos cemitérios, obter a incineração de cadáveres, controlar o comércio do pão, do vinho, da carne, regulamentar os matadouros, as tinturarias, proibir as instalações insalubres, estabelecer um regulamento de saúde, criar um corpo de inspetores de saúde. (Foucault, 1980, p. 27)

Todas essas medidas exigiam a constituição de uma consciência médica em nível do Estado e de um corpo de profissionais encarregados da coleta e controle das informações, com autoridade centralizada e poder de decisão sobre a população e os demais profissionais.

A mudança no “modo de ver a doença”, a constituição de um método complexo de observação dos fenômenos, bem como a constituição de um corpo de profissionais com autoridade reconhecida no nível do Estado, para interferir no processo, estão internamente relacionados às exigências colocadas pelas transformações econômicas, sociais e políticas do século XVIII: o desenvolvimento da industrialização, a constituição dos estados modernos com suas novas tarefas perante a sociedade.

Coube ao século XIX desenvolver a ideia da medicina como ciência social e formular com maior precisão e clareza o conceito de medicina social surgido na França no bojo das ideias revolucionárias. Mas é na Alemanha, durante o período revolucionário da metade do século XIX, que a concepção de medicina social foi bastante desenvolvida principalmente por Virchow, Neumanun e Leubscher, médicos engajados no processo revolucionário.

A concepção da medicina como ciência social resume alguns princípios:

1º - “A saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social”, isto é, a sociedade tem obrigação de proteger e assegurar saúde a seus membros;

2º - “as condições sociais e econômicas têm um efeito importante sobre a saúde e a doença, e tais relações devem ser submetidas à investigação científica”;

3º - “devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença, e as medidas indicadas devem ser tanto sociais quanto médicas”.

Dentro dessa concepção de medicina social, Virchow (1849, p. 46 apud Rosen, 1980, p. 78) desenvolveu uma teoria da doença epidêmica como manifestação do desajuste social e cultural: “Se a doença é uma expressão da vida individual sob condições desfavoráveis, a epidemia deve ser indicativa de distúrbios em maior escala da vida da massa”.

Sobre a epidemia de tifo ocorrida na Silésia, em 1847, Virchow (1951 apud Rosen, 1980, p. 78) afirmava:

Pode-se apontar como causas as condições atmosféricas, as mudanças cósmicas gerais e coisas parecidas, mas em si e per si estes problemas nunca causam epidemias. Só podem produzi-las onde, devido às condições sociais de pobreza, o povo viveu durante muito tempo em uma situação anormal.

Na Inglaterra, essa concepção de medicina social sofreu um novo desdobramento. A abordagem social da saúde e da doença avançou, e muitos autores reconheceram que as condições econômicas e sociais estavam intimamente relacionadas com a prevalência das doenças e que estas relações deveriam ser objeto de investigação científica. Entretanto, a ideia de que a saúde da população era objeto de responsabilidade social e de que, para prevenir as doenças e promover a saúde, eram necessárias medidas médicas e sociais, teve mais dificuldade em ser aceita, sendo reinterpretada e reduzida na Reforma Sanitária.

Nos momentos de crise social, o “social” emerge com maior intensidade e constância na interpretação dos diferentes campos de atividades humanas, inclusive na medicina. Fora dos momentos de crise, a tendência é reduzir a importância e principalmente a totalidade do “social” a simples fatores coadjuvantes no processo.

As diferentes concepções do social (e o conceito de multicausalidade) na medicina e na epidemiologia

Já no século XX, vários modelos explicativos do processo saúde-doença, quer se destinem à compreensão da doença no indivíduo, quer objetivem a explicação do fenômeno coletivo, incorporam aspectos sociais ou mesmo a ideia mais totalizada do social.

No modelo da História Natural das Doenças, de Leavell e Clark, desenvolvido no final da década de 40, como paradigma da chamada Medicina Integral e, destinado originalmente à reformulação da prática clínica que tem por objeto o indivíduo e sua família, o social participa como um fator causal relacionado ao hospedeiro e ao meio-ambiente. No hospedeiro, o social aparece como uma série de traços, tais como renda, instrução, ocupação, condições de habitação, nutrição, etc. No meio ambiente, ele aparece como condições que favorecem ou não o desencadeamento do processo mórbido.

A redução do social a esses fatores - atributos dos indivíduos - desconhecendo que na teoria sociológica há outras explicações, que tomam como objeto não o indivíduo mas as relações e as estruturas sociais, também ocorre, em certa medida, nas concepções que procuram ver o social como um contexto que envolve globalmente o agente e o hospedeiro, igualando-o às categorias físicas e biológicas. Ao tratá-lo como uma das categorias que compõem o ambiente, essa concepção acaba por negar a ideia de determinação, na medida em que atribui o mesmo peso na causação do processo mórbido às diversas categorias.

No Brasil, desde meados da década de 50, sob a influência das ideias norte-americanas do movimento de Medicina Integral e da Medicina Preventiva, a investigação epidemiológica e as chamadas ciências do comportamento procuram dar subsídios à ação clínica no sentido de tomar seu objeto de prática - o indivíduo - como uma totalidade “biopsicossocial”. Nessa situação particular, “o individual e o coletivo, a clínica e

a epidemiologia fazem seu encontro na História Natural” (Arouca, 1965, p. 152).

Na epidemiologia, o conceito-chave de “multicausalidade” nos permite captar a forma de inclusão do “social” no processo de produção das doenças.

A primeira tentativa de elaborar um modelo que substituísse a concepção de causa única e direta resultou na formulação de um modelo sequencial simples, incluindo três grupos de fatores, conhecido como “a balança de Gordon”.

Neste modelo, a saúde é vista como um estado de equilíbrio entre os fatores relativos ao “agente”, ao “hospedeiro” e ao “meio-ambiente”. A doença ocorre quando o equilíbrio é perturbado por mudança na força com que um ou mais fatores operam. O “social” é visto como uma das categorias que compõem o “ambiente”.

A redução operada pelo modelo, seja da realidade concreta resumida no termo “ambiente”, seja da complexidade implicada na multicausalidade reduzida a um esquema sequencial simples, mostra-se evidentemente insatisfatória.

Esta concepção de causalidade é a mesma utilizada por Leavell e Clark no modelo de História Natural da Doença para caracterizar o período prepatogênico do processo saúde-doença.

Ao modelo da balança de Gordon seguiu-se o conceito de “rede de causalidade”, onde predomina a idéia de interação recíproca entre os fatores relacionados ao agente, ao hospedeiro e ao ambiente, de tal forma que uma interferência em um dos pontos de interação seja capaz de repercutir nos demais. Este conceito fragmenta a realidade social concreta.

assim, sabe-se que o conceito de multicausalidade é passível de críticas. Tais críticas referem-se à parcialização que efetua na realidade, categorizada em termos de variáveis socioeconômicas e culturais da mesma forma que as variáveis biológicas. Evidentemente, os problemas que acometem os indivíduos em uma dada sociedade não são indiferentes ao seu modo de vida. Entretanto, o modelo de análise dos fatos, sociais e psicológicos, relacionados com a saúde não permite o reconhecimento da articulação existente

entre saúde e estrutura social, levando a uma concepção estática dos problemas médicos, que se resumem à descrição formal das relações entre tais problemas e outras esferas da estrutura social. (Marques apud Luz, 1979, p. 248)

Essa visão, segundo o mesmo autor, correria o risco de colocar na etiologia das doenças coletivas atitudes adotadas pelos elementos das classes populares em função dos conhecimentos inadequados que possuem, o que traria limitações explicativas para os problemas médicos na medida em que se apresentam “impregnadas de uma ideologia que oculta as verdadeiras relações entre estrutura social e saúde”.

A perspectiva ecológica tenta superar, no nível da pesquisa em doenças coletivas, a dicotomia entre indivíduo e sociedade, buscando uma interligação entre conhecimento da Epidemiologia, Sociologia e Economia.

No modelo ecológico, busca-se uma aproximação maior com a realidade complexa, na medida em que se coloca a relação de interação agente-hospedeiro em contínua e múltipla interação com o ambiente que a envolve. A atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, são por ele alterados e, por sua vez, alteram também o ambiente.

Assim, o ambiente passa a ter um papel de maior relevo do que os fatores relativos ao agente e hospedeiro, e a relação entre eles é vista de forma dinâmica em processo contínuo de mudança.

No entanto, alguns autores (Andrade apud Luz, 1979 p. 247) observam que mesmo esta nova visão da doença mantém a concepção tradicional da saúde como um estado biológico de equilíbrio, num processo de adaptação do organismo ao ambiente.

Para evitar esse “obscurecimento” da estrutura social na análise epidemiológica, seria necessário superar as limitações da visão ecológica e buscar formas de apreender o papel da estrutura de produção social na causação das doenças, em nível individual e coletivo. Doença e estrutura social não devem ser vistas como dois elementos ou dois fenômenos distintos, mas como partes de uma mesma totalidade que é histórica e socialmente condicionada.

A epidemiologia e o “coletivo”

A utilização pela Epidemiologia de determinadas categorias como “comunidade” e “população” reforçam a descaracterização do “social”, uma vez que excluem o conceito de “classe social”, ou seja, excluem a ideia de diferenciação social no interior da população pressupondo que ela é homogênea.

Na medida em que foram se desenvolvendo nas escolas médicas as áreas referentes à organização da prática médica, a administração dos serviços de saúde, o estudo do estado de saúde da população, a noção de coletivo ou, mais precisamente, as diferentes noções de “coletivo” começaram a se impor, contribuindo para que o social não fosse mais visto apenas como um conjunto de fatores que influenciam o indivíduo.

A noção de “coletivo” apresenta múltiplas conotações: “a amplitude possível das conotações assumidas pelo coletivo: coletivo/meio; coletivo/conjunto de indivíduos; coletivo/interações entre elementos; coletivo/conjunto de efeito e consequências da vida social; coletivo traduzido em social como campo específico e articulado de ‘práticas’” (Donnangelo; Campos, 1981, p. 3).

Embora apresentando essas várias conotações, por recorrer a vários campos do saber, que vão desde a ciência natural até a ciência social, a noção de coletivo se torna mais vulnerável às influências econômicas, políticas e ideológicas. Tal permeabilidade aparecerá no nível do conhecimento da doença, ampliando-se à área de explicação da própria epidemiologia e no nível das práticas de intervenção na realidade.

A partir da década de 60, aparecem no Brasil muitos estudos epidemiológicos sobre as condições sanitárias do país, com ênfase crescente nos aspectos sociais. Nesses trabalhos, o “social” é apontado ora como elemento causal, ora como fator desencadeante ou condicionante do comportamento das doenças, ou melhor, de sua distribuição. Também no campo da demografia, vários estudos passam a refletir essa preocupação em aproximar a questão demográfica da questão social.

Mais especificamente na Epidemiologia, percebe-se nessa época a adoção de uma perspectiva ecológica na análise do processo saúde-doença.

A partir da segunda metade da década de 70, as concepções do “coletivo” como “social” se acentuam ainda mais nos estudos epidemiológicos. A medicina é chamada a responder a conjunturas sociais específicas principalmente porque, enquanto prática coletiva, ela deve intervir no próprio social, e este fato se reflete na produção do conhecimento na área.

Os trabalhos publicados nesse período mostram a preocupação em dar um novo tratamento ao “social”. As análises do processo saúde-doença tentam ultrapassar os modelos anteriormente utilizados e desenvolver uma epidemiologia designada como social, onde se tenta a apreensão do “social” na sua totalidade.

As análises das práticas sanitárias, por outro lado, procuram articulá-las ao processo histórico da sociedade brasileira.

Nesses trabalhos, o “social” já não é apresentado como uma variável ao lado dos outros “fatores causais” da doença, mas antes como um campo onde a doença adquire um significado específico. O social não é mais expresso sob a forma de um indicador de consumo (quantidade de renda, nível de instrução, etc.). Ele aparece agora sob a forma de relações sociais de produção responsáveis pela posição de segmentos da população na estrutura social.

Muitos estudos na área da epidemiologia e na área da nutrição já procuram relacionar o estado sanitário e nutricional com a estrutura social, ressaltando os contornos da conjuntura social específica.

O estado sanitário passa a ser visto como expressão da evolução das condições de vida das classes sociais num dado período. E as condições de vida da população, por sua vez, como reflexo das condições mais gerais de produção nessa sociedade.

Em determinados momentos, o estado de saúde torna-se de tal forma crítico, eclodindo sob a forma de epidemias e de agravamento do quadro endêmico do país, o problema da doença e da mortalidade em nível coletivo.

Nesses momentos, que Madel T. Luz designa de conjuntura crítica de saúde, torna-se mais fácil para os estudiosos, a apreensão dos problemas sanitários porque:

por um lado, os dados sobre doença e mortalidade aparecem muito mais e são bem mais trabalhados a nível das ciências sociais e das ciências da saúde. Por outro lado, tais dados são tratados pelos meios de informação de massa e por diversos setores da sociedade - em função de seus interesses - como Índice de crise política, de desintegração institucional. A doença emerge, assim, como fato político, superando seus aspectos biológicos ou mesmo sua faceta epidemiológica. (Luz, 1979, p. 245)

Na explicação do processo epidêmico, fica mais clara a limitação teórica que representa a utilização do “social” como categoria composta por fatores relacionados causalmente com a produção de doenças. A perspectiva de pensar o “social” sob a forma mais totalizante - uma estrutura social particularizada em conjunturas econômicas, políticas e ideológicas - que condiciona uma dada situação de vida de grande parcela da população e um agravamento crítico do seu estado de saúde, dá ao estudo do processo epidêmico sua real dimensão enquanto fenômeno coletivo.

A epidemia de meningite em São Paulo: exemplo de determinação social do processo epidêmico

Nas epidemias de meningite meningocócica ocorridas no país em 1971 e 1974, não é possível

estabelecer uma relação de causa e efeito entre determinados fatores sociais e o desenvolvimento do processo epidêmico. Nesse fenômeno, o “social” deve ser abordado enquanto uma totalidade histórica concreta, que condiciona o modo de produzir os bens necessários à sobrevivência da sociedade, as formas de distribuição desses bens para o consumo e, conseqüentemente, as condições gerais de vida da população e as possibilidades de desenvolvimento do processo mórbido. No caso dessas duas epidemias que se superpõem, devemos apontar para uma dupla determinação social: (1) das condições socioeconômicas e políticas vigentes no país naquela conjuntura específica; (2) das condições de intervenção e respostas das instituições de saúde e do Estado em geral, à ameaça. Em outras palavras, de um lado, é preciso conhecer as condições de vida e o nível de saúde das várias classes sociais nesse momento e, de outro lado, conhecer a realidade da estrutura de assistência médica existente no país e as condições políticas do Estado brasileiro.

Em termos de estrutura de produção do país, a aceleração da industrialização e a transformação nas relações sociais de produção na agricultura tornaram o trabalho assalariado forma predominante de inserção de grandes parcelas de população no processo produtivo, não só na zona urbana como também na zona rural. Na agricultura, a partir da década de 60, o assalariamento criou o trabalhador volante (o boia-fria) que, separado dos meios de produção, vende periodicamente sua força de trabalho.

Por outro lado, após 1968, o modelo econômico desenvolvido no país procurou um desenvolvimento a altas taxas nos setores secundário e terciário da economia.

Tabela 1 – Expansão da economia brasileira na década de 1970

Setores	1970	1971	1972	1973	1974
Agricultura	5,6%	12,2%	4,1%	4,3%	8,7%
Indústria	11,6%	11,2%	13,8%	16,0%	9,0%
Comércio	9,0%	13,0%	11,9%	12,5%	11,7%

Fonte: Fundação Getúlio Vargas, estimativas preliminares in “Opinião”, 3 jan. 1975

O crescimento acelerado das atividades nesses setores evidentemente exigiu o emprego de um volume de capital que foi obtido através de investimento e empréstimos estrangeiros e, internamente, através de uma política de distribuição de renda, deliberadamente concentracionista, como podemos ver nos dados a seguir sobre rendimento mensal de faixas da população e sobre a evolução do valor real do salário-mínimo.

A evolução do salário-mínimo e o crescimento do produto real per capita no Brasil demonstram que, enquanto a produtividade aumentou, os salários se reduziram:

Esses dados, ainda que apresentados a título de rápida ilustração, nos levam a refletir sobre as condições de vida de grandes faixas da população nesse período: a perda do valor real do salário implicará a queda de capacidade de consumo, o que, por sua vez, leva à piora das condições de nutrição, de habitação, de saneamento, etc., e ao aumento de horas extras de trabalho, tentando compensar a desvalorização do salário. Que reflexos isso traz para o nível de saúde das grandes massas?

Podemos observar que, nesses anos, se deterioraram ainda mais as condições de saúde da população, crescendo o valor dos indicadores de mortalidade, principalmente de mortalidade infantil. Como podemos verificar pelo gráfico abaixo, o crescimento do indicador é contínuo a partir de 68:

Tabela 2 – População economicamente ativa segundo nível de renda, 1970

Rendimento mensal (em cruzeiros, salário-mínimo: 187)	Porcentagem s/total
Sem rendimentos	9,72
Até 50	11,41
51 a 100	20,24
101 a 150	12,78
151 a 200	15,41
201 a 250	4,46
251 a 300	5,61
301 a 400	5,07
401 a 500	3,75
501 a 1.000	5,93
1.001 a 1.500	1,14
1.501 a 2.000	0,83
2.001 ou mais	1,00
Sem declaração	2,38

Salário-mínimo = Cr\$ 187,00

Comentário: Verifica-se, também, que mais da metade da população ativa (54,35%) recebia então menos que 1 salário-mínimo e que cerca de 85% recebiam até dois salários-mínimos. Estas tendências concentracionárias, segundo estudos recentes da FGV e do Dieese, não cessaram de aumentar.

Fonte: Censo Demográfico IBGE, 1970

Gráfico 1 – Evolução do salário-mínimo real



Fonte: Eduardo Matarazzo Suplicy, "Alguns Aspectos da Política Salarial", *Revista de Administração de Empresas*, set/out. 1974.

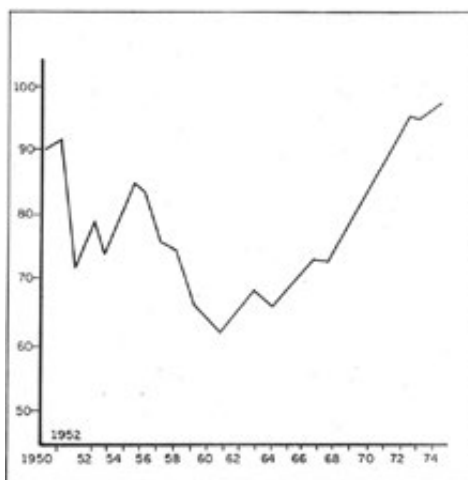
Gráfico 2 – Evolução do salário-mínimo face ao crescimento do P.R. per capita



Fonte: Eduardo Matarazzo Suplicy, art. cit.

Nota: Mesmas observações do gráfico anterior. O 13º salário foi adicionado ao salário de dezembro, de 1962 a 1964 e, repartido em duas parcelas iguais, aos salários de novembro e dezembro de 1965 a 1973. "Pode-se observar que, enquanto o produto real per capita cresci a acentuadamente, o salário-mínimo real caía. Esta queda teria acontecido mesmo que o salário-mínimo real tivesse permanecido constante. Para preservar a participação, teria sido necessário que as duas curvas crescessem paralelamente, como o I PAEG declarava ser a intenção da política salarial". In *Jornal Movimento*, 24 nov. 1975.

Gráfico 3 – A mortalidade infantil em São Paulo



Fonte: *O Estado de São Paulo*, p. 42, 10 abr. 1974, citado por Eduardo Matarazzo Suplicy.

Comentário: Observe-se o "salto" ascendente coincidente com a vigência do "milagre" (1968-1973); compare-se a evolução da taxa de mortalidade infantil – número de mortos por mil nascidos vivos – com a evolução do salário-mínimo real, à página 258.

Por outro lado, segundo estudos de Campos (Campos; Singer, 1977), a vida média da população não evoluiu nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro, na mesma proporção que o produto interno bruto. Vale ressaltar, ainda, que é nas capitais e principalmente nas capitais desses dois estados que se concentram as maiores rendas

per capita, melhores salários, grande parte dos serviços de infraestrutura urbana e os recursos de assistência médica. Por outro lado, Soares (1976), analisando a situação de saúde no Brasil no período de 1967/77, ressaltava que "a situação atual da saúde pública no Brasil é desastrosa, pois as doenças infectocontagiosas associadas

à desnutrição e a ausência de saneamento se propagam intensamente por todo o país”.

Vários outros autores são unânimes em ressaltar que, a medida que cresceu o produto interno bruto do país, no final da década de 60 e início da década de 70, as condições de saúde da população se tornaram mais precárias (Luz, 1979). E foi nesta situação de saúde que Luz (1979) denomina de “conjuntura sanitária crítica”, como reflexo de uma piora considerável das condições de vida de grandes parcelas da população, que se desenvolveu o processo epidêmico com os fenômenos bem definidos das duas epidemias.

Na segunda perspectiva de conceber a determinação do social sobre o processo, ressaltamos as formas de intervenção e as respostas dadas à problemática desencadeada pelas epidemias. De um ponto de vista mais geral, devemos ressaltar que, no processo epidêmico, a passagem do questionamento da saúde, do risco da doença e suas consequências para um questionamento dos poderes constituídos e das responsabilidades do Estado com respeito à segurança dos cidadãos se faz de uma maneira quase imediata. E, nestas condições, o Estado tem de responder às indagações e às críticas que lhe são dirigidas: isto explicaria, pelo menos em parte, a tentativa das autoridades de não reconhecer publicamente a existência da epidemia nos primeiros anos, e só virem a tomar medidas quando a sua própria autoridade começou a ser contestada. É interessante notar que essa autoridade não assumida de início se tornará, no auge do processo, bastante diminuída, e o próprio conhecimento em que ela tenta embasar as medidas que vai tomar se torna passível de discussão e descrédito por parte da população, dos meios de comunicação de massa e mesmo de boa parte da própria categoria médica.

Por outro lado, as características econômicas, políticas e sociais que apresenta o sistema de

saúde no país, com a divisão e a desarticulação das práticas desenvolvidas com respeito à assistência médica, previdenciária e à saúde pública, onde o controle básico da prestação de serviços se faz pela iniciativa privada, criaram obstáculos para as medidas de emergência que deveriam ser tomadas no que diz respeito ao atendimento dos doentes, controle dos portadores e proteção ao conjunto da população.

Só a muito custo e a partir de vários arranjos entre esses interesses conflitantes é que foi possível o Estado assumir mais centralizadamente as medidas para tratamento e, posteriormente, as medidas coletivas com respeito à proteção específica.

Referências

AROUCA, A. S. *O dilema preventivista*. 1965. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina de Campinas, São Paulo, 1965.

CAMPOS, O.; SINGER, P. (Coord.). *Economia da saúde*. São Paulo: Cebrap, 1977.

CARVALHEIRO, J. R. (Org.). *Textos de apoio: epidemiologia 1*. Rio de Janeiro: ENSP: Abrasco, 1985.

DONNANGELO, M. C.; CAMPOS, O. *Formação de quadros de pessoal para a saúde e produção de conhecimentos na área médica*. São Paulo: Fundap, 1981.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SOARES, L. E. Vendendo saúde: o Inps e a seguridade social no Brasil. *São Paulo em Debate*, São Paulo, n. 1-2, p. 59-63, 1976.

Recebido: 19/10/2018

Aprovado: 31/10/2018