

SOCIOLOGIA DA PROMOÇÃO À SAÚDE DO INDIVÍDUO-COLETIVO NO ÂMBITO DA EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

Eurenice Maria Da Silva*

RESUMO

Em alguns países subdesenvolvidos, as condições socioeconômicas vigentes, mantidas por uma perversa concentração de renda, pela má distribuição da propriedade fundiária e pela falta de visão dos detentores do poder econômico e político, fazem com que as classes de baixa-renda sejam incapazes de se prover de alimentação, moradia, educação, saúde e lazer. O cidadão pobre torna-se então cliente e dependente do Estado e este, por não ser competente naquilo que lhe é específico, torna-se paternalista. A epidemiologia desde suas raízes tem sempre reafirmado a força dos processos sociais na determinação da saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que servem de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações da saúde. Para a realização deste estudo, utilizamos como metodologia a pesquisa bibliográfica descritiva, no que concerne à sociologia da promoção da saúde do indivíduo-coletivo no âmbito da epidemiologia social, objeto de estudo em análise.

Palavras-chave: Processo saúde-doença. Sociologia da saúde.

1 INTRODUÇÃO

A história de luta pela vida de aspectos tradicionais e os ingredientes de uma cultura de classes, geralmente segmento da classe trabalhadora, são marcados pelo seu lugar na produção social de bens e serviços e sua relação com o Estado, mediada no caso específico pelas políticas sociais de saúde.

Marx (Capital - livro I, 1971), ao analisar as condições de produção da grande indústria, discorre longamente sobre o tema das condições gerais de produção. Ele fala tanto do desenvolvimento tecnológico como das conseqüências sociais de um avanço de forças produtivas que têm, como seu avesso, a constituição de um imenso exército de reserva. Marx adverte que a miséria, a pobreza e o

desemprego da classe trabalhadora fazem parte da mesma lógica do desenvolvimento capitalista. Nossa realidade é extremamente diferente e desigual, mas suas reflexões ajudam-nos a fundamentar a importância de compreender a vida dos trabalhadores.

Lojkine (1981) comenta que as diferenças dos bairros, referindo-se ao “urbano” da aglomeração da população e a localização dos bens de consumo coletivo, têm a mesma lógica que rege a acumulação de capital. A história de qualquer bairro, de qualquer favela e a sua configuração revelam as contradições entre as exigências dos trabalhadores e as restrições a seu desenvolvimento que a dinâmica do capitalismo impõe. Portanto, tanto as unidades produtivas como os

*Professora aposentada da Universidade Federal de Campina Grande. Mestre em Sociologia pela UNIVERSITÉ PARIS X – NANTERRE. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas – FCM e especialista em Educação pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Ex-professora da FACISA e da FCM. eurenicesilva@gmail.com.

locais de moradia são núcleos efetivos de luta de classes. Nos bairros onde vivem os trabalhadores continua o desgaste centralizado nas unidades produtivas. Ali, eles e sua família sofrem as conseqüências dos baixos salários, na alimentação insuficiente e nas precárias habitações, das dificuldades de acesso a transporte, isto é, da falta de condição de viver sadamente.

As ciências sociais nos revelam, através de estudos empíricos, que os fenômenos da saúde-doença não se reduzem a uma evidência “orgânica”, “natural” e “objetiva”. Estão intimamente relacionados às características de cada sociedade, onde tanto a concepção de saúde – doença é constituída, como o doente é um personagem social (Minayo, 1986).

Antropólogos como Levy Strauss (1975)¹, mediante trabalho de campo, ensinaram-nos que as idéias a respeito da saúde-doença costumam estar referidas a visões sociais muito profundas das comunidades, porque elas dizem respeito a questões altamente significativas para o ser humano quais sejam: a vida e a morte.

Nessa ordem de significações, estudiosos como Marcel Mauss (1974); Lévy Straus (1975); Mary Douglas (1971); através de seus trabalhos de campo, observaram que as falas, os mitos, os comportamentos e atitudes em relação à saúde – doença são altamente importantes para se compreender a relação individuo – sociedade, pois expressam:

- a) uma visão de mundo;
- b) o lugar social dos indivíduos;
- c) atitudes individuais, grupais e coletivas face à infelicidade dominadora;
- d) atitudes frente ao “pecado” que se personaliza na doença, isto é, ao rompimento do

homem com os limites dados pelas regras e normas da sociedade, freqüentemente traduzidas em códigos morais e religiosos;

e) ao “corpo doente” como símbolo do “infeliz”, do “alienante” de determinada sociedade: o sentido de sua importância, precariedade e de seus próprios limites.

Susan Sontag (1984) chama nossa atenção para o fato de que a doença e, particularmente, algumas doenças (como a sífilis, a tuberculose, o câncer e atualmente a AIDS) são metáforas da própria sociedade, de seu lado infeliz e de sua luta nunca totalmente vitoriosa sobre o mau (ou seja, funcionam para explicar desordem, desvio e devassidão do ser humano).

Dentro de uma sociedade que valoriza acima de tudo a produção, o corpo é concebido como um motor para funcionar. Essa concepção construída socialmente reflete de forma muito específica a realidade da classe trabalhadora, para quem o corpo é a única forma de sobrevivência, porque é força de trabalho.

A saúde é comumente vista pelas diversas disciplinas científicas desse campo (sociologia; antropologia; epidemiologia; psicologia; economia) como uma finalidade, isto é, como uma pauta a ser realizada, pressupondo-se uma definição prévia sobre normal e normalidade. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS)², saúde é um estado de bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos. Apesar das críticas da epidemiologia social e da saúde coletiva que apontam para a desigualdade social e seus determinantes, essa definição persiste como referência na consciência social e nas práticas das autoridades sanitárias. Entretanto, desde meados dos anos 80, a concepção de saúde é socialmente demarcada em termos positivos

¹ LEVY, Strauss, C. “Introdução à obra de Marcel Mauss”, in: Sociologia e Antropologia, Marcel Mauss, São Paulo : EPU/EDUSP, 1974.

² Organização Pan-Americana de Saúde. Vieira C. Desigualdade e Saúde na América Latina, Brasília, 1991.

pelas aspirações individuais ou coletivas, construídas consensualmente ou impostas em torno da vida saudável, e, no limite negativo, pela doença, pela incapacidade ou pelo sofrimento admitidos de acordo com os papéis e status dos indivíduos.

É nesse sentido que se pode falar de problemas de saúde tal como são definidos por atores sociais, em nível local de um sistema de saúde. Um problema de saúde é uma elaboração significativa para os sujeitos: os atores sociais atuam para restituir ou reordenar os processos vivenciados como naturais (OMS)³.

O problema da ordem está colocado em primeira instância nos termos da governabilidade democrática. Nesse sentido, a urgência e a prioridade dos dados de informação integram a dinâmica informacional comunicativa de uma epidemiologia centrada nos sujeitos, daqueles que definem as prioridades. Como Castellanos (1987) afirma, o foco da observação epidemiológica desloca-se do que e para quem formula os problemas de saúde.

Este trabalho tem como objetivo geral realizar um estudo de natureza bibliográfica e descritiva sobre a importância da epidemiologia social no processo saúde-doença, como realidades socioculturais, socioeconômicas e sociopolíticas.

O trabalho apresenta dois objetivos específicos: a verificação da integração individual à sociedade e doença vista como indivíduo inapto ao trabalho; e a análise das ações de saúde para garantir a qualidade de vida de indivíduos e coletividades.

Assim sendo, quanto à metodologia utilizada, esta pesquisa é bibliográfica e descritiva. Bibliográfica porque foi realizada uma investigação na literatura concernente à promoção à saúde do indivíduo-coletivo da epidemiologia social, objeto de estudo em análise. Em um segundo momento, foi feita

a leitura de livros, periódicos e sites na internet, que permitiram embasar teoricamente o estudo. A pesquisa bibliográfica, segundo Lakatos e Marconi (1991), compreende o levantamento de bibliografia já publicada em livros, revistas, publicações avulsas, etc., cuja finalidade é colocar o pesquisador em contato mais próximo com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, com o objetivo de reforçar a análise da pesquisa ou manipulação de suas informações.

A pesquisa é descritiva por descrever e analisar as informações coletadas na literatura, no que diz respeito ao assunto. Segundo Prestes (2003, p.26), a pesquisa descritiva é aquela em que “se observa, registra, analisa e interpreta os fatos sem que o pesquisado lhes faça qualquer interferência, estudando os fenômenos, mas sem manipulá-los”. De acordo com Cervo e Bervian (1996, p.44) “tais estudos têm por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias”.

Os dados secundários ou de natureza bibliográfica foram tratados sob a forma de abordagem qualitativa, que permitiu compreender, descrever e interpretar os significados da temática estudada. O tratamento qualitativo, segundo Vergara (2004, p.59), “apresenta e analisa os dados coletados de forma estruturada”. As pesquisas que utilizam a abordagem qualitativa descrevem a complexidade de determinado problema, analisa a interação de certas variáveis, compreende e classifica processos dinâmicos experimentando-os, e apresenta contribuições no processo de mudança (OLIVEIRA, 2004).

2 EPIDEMIOLOGIA: SAÚDE-DOENÇA

³ Organização Pan-Americana de Saúde. Vieira, C. Desigualdade e Saúde na América Latina, Brasília, 1991.

Muitos autores acreditam que a epidemiologia nasceu com Hipócrates. De fato, a estrutura e o conteúdo dos textos hipocráticos sobre as epidemias e sobre a distribuição de enfermidades nos ambientes, sem dúvida, antecipam o chamado raciocínio epidemiológico desde MacMahon, Pugh e Ipsem (1960) até Lilienfeld (1970).

Segundo o historiador de medicina Henry Sigeres (1941), os primeiros médicos ecléticos de Roma trabalhavam para a corte, o exército e, com certa exclusividade, para as famílias nobres. Eram receitadores de muitos fármacos para poucos enfermos (Láin-Entralgo, 1978). A era romana contribuiu somente com a realização de censos periódicos para qualquer estudo das raízes da epidemiologia.

No final do século XVIII, o poder político da burguesia emergente se consolidou.

A revolução industrial e sua economia política trouxeram a noção e o fenômeno concreto da força de trabalho. O desgaste da classe trabalhadora deteriorava profundamente suas condições de vida e de saúde. Posteriormente, Friedrich Engels escreveu o célebre livro “As condições da classe trabalhadora na Inglaterra em 1844”, reconhecido por Breilh (1989) como “um dos trabalhos com assinalamentos mais decisivos para a formulação da epidemiologia científica”. Formava-se então um proletariado urbano, submetido a intensos níveis de exploração.

“A crise das sociedades capitalistas ocidentais revelava, então, uma incapacidade do sistema econômico monopólico em prover condições mínimas de vida e de saúde para a maioria das suas populações” (DONNANGELO, 1976).

Uma das formas encontradas para amenizar o quadro social foi fazer uso da epidemiologia. Destinada ao estudo dos processos patológicos na sociedade, a nascente epidemiologia era tomada como uma patologia social, conforme proposta de Ryle

(1948). Isso representou o retorno triunfal do social.

A epidemiologia buscava retomar a tradição médico-social de privilegiar o coletivo, visto como algo mais do que um conjunto de indivíduos. Portanto, o conceito de epidemiologia social, segundo Breihl, “deve ser um conjunto de conceitos, métodos e formas de ações práticas que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença na dimensão coletiva ou social”.

2.1 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

“Sob o ponto de vista do bem público, uma das implicações práticas da epidemiologia é que o estudo das influências externas torna a prevenção possível, mesmo quando a patogênese da doença concernente não é ainda compreendida. Mas isto não quer dizer que a epidemiologia seja, de alguma maneira, oposta ao estudo de mecanismos ou, reciprocamente, que o conhecimento do mecanismo não seja às vezes crucial para a prevenção” (Acheson, 1979).

Acheson (1979), embora sem se referir explicitamente, opina que a prevenção se faz com base no conhecimento da história natural da doença, isso sem subjugar outros mecanismos de prevenção.

Segundo Leavel e Clark (1976), a “história natural da doença é o nome dado ao conjunto de processos interativos compreendendo as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente”.

Na expressão história natural da doença, o “natural” não pode e não deve ser entendido como uma declaração de fé de ordem filosófica, negando o social e privilegiando o natural. Na verdade, não há como se negar que, na história da doença, o social e o natural têm, cada qual, sua hora e sua vez.

Ao tratar a história natural de uma doença, (ACHESON, 1979) nos diz “como sendo uma descrição de sua evolução, desde seus primórdios no ambiente biopsicossocial até seu surgimento no

suscetível e conseqüente desenvolvimento do doente”.

A história natural das doenças, sob esse ponto de vista, nada mais é do que a descrição das múltiplas e diferentes enfermidades, e apontar os métodos de prevenção e controle das doenças.

2.2 PERÍODO DE PRÉ-PATOGÊNESE

Ou período da história natural denominado por Leavell e Clark (1976).

As pré-condições que condicionam a produção de doença, seja em indivíduos, seja em coletividade humana, estão interligadas, sendo reconhecida como estrutura epidemiológica que tem funcionamento sistêmico, formado por fatores suscetíveis ao ambiente e ao agente etiológico, que é responsável pela produção da doença.

É um sistema epidemiológico, o qual busca equilíbrio que trará uma maior ou menor incidência de doença, nas modificações de variação cíclica e no seu caráter (epidêmico ou endêmico).

San Martin (1981) nos diz “este conjunto de sistema é designado epidemiológico-social. Sendo assim pode-se entender esse sistema a partir do detalhamento dos fatores que o compõem. “Envolve, como já foi referido antes, as inter-relações entre os agentes etiológicos da doença, o suscetível e outros fatores ambientais que estimulam o desenvolvimento da enfermidade e as condições socioeconômicas culturais que permitem a existência desses fatores”.

- Fatores sociais

Modernamente, os condicionantes sociais da doença, considerada em nível coletivo, têm sido tratados a partir de dois pontos de vista, quais sejam: na pré-patogênese e social - podem ser definidos como uma categoria residual, conjunto de todos os fatores

que não podem ser classificados como componentes genéticos, que podem ser agrupados didaticamente, com vistas a uma melhor compreensão, em quatro tipos gerais cujos limites não se pretende que sejam claros ou finalmente definidos:

- I - fatores socioeconômicos
- II - fatores sociopolíticos
- III - fatores socioculturais
- IV - fatores psicossociais

I - Fatores socioeconômicos

Os grupos sociais economicamente privilegiados estão menos sujeitos à ação dos fatores ambientais que estimulam a ocorrência de certos tipos de doenças cuja incidência é acintosamente elevada nos grupos economicamente desprivilegiados. Segundo Rennaud (1992), os pobres:

- são percebidos como os mais doentios e mais velhos;
- são duas ou três vezes mais propensos a enfermidades graves;
- permanecem doentes mais amíúde;
- morrem mais jovens;
- procriam doenças de baixo peso, em maior proporção;
- têm taxa de mortalidade infantil mais elevada.

A título de exemplo, pode ser lembrado que a desnutrição, as parasitoses intestinais, o nanismo e a incapacidade de se prover estão sempre onde a miséria se faz presente.

Como já deve ter ficado claro, modernamente na epidemiologia os componentes socioeconômicos são associados aos diferenciais de morbidade e mortalidade. Por outro lado, o conceito de classe social, como uma totalidade ao mesmo tempo econômica, jurídico-política e ideológica, é o que procura explicar, de uma forma mais abrangente, o processo saúde-doença como processo

biopsicossocial. Em outras palavras, segundo Victoria et al (1990), “Determinar uma série de variáveis intermediárias como renda, escolaridade, nível de consumo etc, que por sua vez influenciam o processo saúde-doença”.

II - Fatores sociopolíticos

Identicamente ao que acontece com os fatores econômicos, os fatores políticos são indissociáveis da totalidade que os condiciona, Renaud (1992).

São alguns dos fatores políticos que devem ser fortemente considerados ao se analisarem as condições de pré-patogênese em nível do social, segundo San Martin (1981).

- Instrumentação jurídico-legal;
- Decisão política;
- Rigidez política;
- Participação consentida e valorização da cidadania;
- Participação comunitária efetivamente exercida;
- Transparência das ações e acesso à informação.

III - Fatores Socioculturais

No contexto do social, devem ser citados preconceitos e hábitos culturais, credices, comportamentos e valores, valendo como fatores pré-patogênicos contribuintes para a difusão e manutenção de doenças. Vale a pena citar como exemplo de padrão externo de comportamento, com características pré-patogênicas cuja influência se faz sentir quase que diretamente, o proceder das populações rurais em regiões subdesenvolvidas da África e do Brasil, que conservam o hábito de defecar na superfície do solo, nas proximidades de mananciais. Este traço cultural foi no passado e

continua sendo, no presente, um dos fatores contribuintes para a disseminação da esquistossomose, cuja endemacidade é alimentada pela permanência de uma pobreza crônica. Um outro exemplo de padrão externo de comportamento, com influência quase que direta na difusão de doença, vem da larga expansão que nas últimas décadas tiveram as doenças de transmissão sexual entre os jovens, fenômeno que deve ser associado às atuais liberdade e promiscuidade sexuais, Renaud (1992).

São os padrões conceptuais de comportamento que poderiam imaginar sob a forma de um gigantesco superego cultural, determinando o pensar e o fazer coletivos. Como fatores na pré-patogênese, esses comportamentos estariam mais adequadamente inseridos no sistema de valores internalizados de natureza cultural, social, econômica e política do que entre os comportamentos externos.

Segundo Renaud (1992), podemos nos referir a:

- passividade diante do poder exercido com incompetência ou má fé;
- alienação em relação aos direitos e deveres da cidadania;
- transferência irrestrita, para profissionais da política, da responsabilidade pessoal e social;
- participação passiva como beneficiárias do paternalismo do estado;
- incapacidade de se organizar para reivindicar.

Esta tem sido a essência de nossa cultura política, bem como a de outros povos subdesenvolvidos, reforçada através de nossa história pelos extratos político-econômicos, em benefício de alguns, com prejuízo para o todo.

IV - Fatores Psicossociais

Os fatores psicossociais que estimulam

diretamente sobre o psiquismo humano, com conseqüências somáticas e mentais danosas, encontram-se: marginalidade, ausência de relações parentais estáveis, desconexão em relação à cultura de origem, falta de apoio no contexto social em que se vive, condições de trabalho estressante, promiscuidade, transtornos econômicos, sociais e pessoais, falta de cuidados maternos na infância, carência afetiva de ordem geral, competição desenfreada, agressividade vigente nos grandes centros urbanos e desemprego, Renaud (1992).

2.3 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Falar em epidemiologia e proteção saúde-doença, individual e coletiva, impede que não se deixe dissertar um pouco sobre a saúde pública no Brasil.

A idéia de que a população constituía capital humano e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosas unidades que reduziam a vida produtiva, ou “útil” da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área de saúde se tornou global:

- não se limitava às épocas do surto epidêmico, mas entendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma “política de saúde”. Esta, por sua vez, não pode existir isolada, devendo articular-se com os projetos e as diretrizes governamentais voltados para outros setores da sociedade, tais como educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho. No conjunto, a presença e a atuação do Estado nessas áreas recebem o nome de política social (Yida, 1994).

- Política de saúde e políticas sociais (Yida, 1994)

Historicamente, a política social tem sido o setor menos privilegiado pelas autoridades republicanas, apesar do trabalho de cada um dos cidadãos ser considerado a grande fonte geradora da riqueza nacional. Essa contradição é explicada pela lógica das relações sociais dominantes no Brasil e na maior parte dos países do passado colonial, ainda que haja repetidas promessas oficiais de criar condições para a melhoria do padrão de vida da população. Na verdade, o Estado acaba privilegiando os investimentos na expansão da produção. Com isso, beneficia muito mais a elite econômica do que a parcela mais pobre da sociedade. A adoção do regime republicano manteve, pelo menos em boa parte, a política da desigualdade que beneficia os grupos sociais mais ricos, condenando a maioria da população a condições precárias de vida.

O compromisso governamental com as necessidades básicas da população tem sido relegado sempre em segundo plano, perpetuando um círculo vicioso: desamparado e sem participação decisiva nas decisões do governo, o trabalhador recebe salários baixos e vive mal, adoecendo com facilidade; doente e mal alimentado, ele tem a sua vida produtiva abreviada, tornando mais difícil a superação da pobreza nacional.

O momento econômico-financeiro é ideal para revisar a relação entre capital e trabalho, relacionada à saúde do trabalhador. As mudanças trazidas pela globalização têm relação direta com as formas de organização de produção e, conseqüentemente, com o processo de trabalho.

O mundo do trabalho se fragiliza, dissemina insegurança na vida social e áreas geográficas são abandonadas. As massas humanas, que se tornaram desnecessárias à rentabilidade do sistema, são descartadas, principalmente quando se trata de países

dependentes como o Brasil, onde as condições de “superexploração” do trabalho dão pinceladas mais fortes nas condições de saúde e de vida da população. O que acaba, contudo, por acentuar as grandes linhas daquilo que será apresentado ao mundo como modelo brasileiro de desenvolvimento possuidor de todas as virtudes, segundo a propaganda, é o alto grau do que se processa sob o eufemismo de abertura externa da economia e que não passa de subordinação confusa, em que as características nacionais desaparecem ou tendem a desaparecer (Benjamin et al, 1992, Mattos et al, 1995, Sodré, 1997).

A relação entre saúde/doença e processo de produção sempre esteve presente como preocupação dos estudiosos, desde a época em que o homem deixou de ser artesão e dono do seu processo de trabalho.

Avaliar os impactos para a saúde neste quadro apresentado é uma tarefa de difícil complexidade. Estamos diante de situações antigas que geram fatores nocivos à saúde dos trabalhadores e que ainda não foram debelados. A estas, somam-se ricos novos que também não estão diagnosticados. Perceber o impacto à saúde, resultado do somatório de antigos e novos agentes, é o desafio colocado para todos os que se envolvem com o tema (Oliveira & Vasconcelos, 1992).

Dessa forma, a organização do trabalho ordenou e reordena até os nossos dias o modo de produção, tornando-se uma referência que deve ser explorada em função de seus efeitos sobre a saúde do trabalho enquanto uma questão central, pois ela surge como uma expressão concreta do conjunto das relações e contradições que vive a classe trabalhadora (Laurell & Noriega, 1989, Melo, 1993).

As condições sociais apresentam estreita relação com as doenças existentes nas classes sociais com importante papel na determinação da saúde. Muito pouco, entretanto, foi feito para transformar estes conceitos em verdadeiras revoluções na

prestação de assistência à saúde.

Porém, como já foi citado, as sucessivas mudanças das práticas sanitárias tiveram suas origens relacionadas com as necessidades das elites em suas constantes reivindicações pela melhoria da saúde e do bem-estar do Estado. Tinham como base o fato de que o trabalhador deveria ser controlado, fosse através dos regulamentos do Estado que intervinha nos assuntos pessoais para assegurar o bem-estar social ou pelo confinamento dos doentes em instituições e, até mesmo, a segregação de determinados segmentos da sociedade em guetos ou vilas (Rosen, 1980).

2.4 O ESTADO E A PREVIDÊNCIA SOCIAL

O governo criou em 1966 o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o qual foi subordinado ao ministério do trabalho, assim o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o ministério da saúde deveria elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias (Oliveira, 1986).

Pela constituição de 1967, o Estado deveria apoiar as atividades privadas; a atuação governamental seria apenas complementar aos serviços prestados pela medicina privada, com isso, o INPS firmou convênios com hospitais instalados no país, utilizando o setor privado para atender à massa trabalhadora (Oliveira, 1986).

Para as atividades conveniadas, a fragilidade desse sistema de atendimento à população foram os atrasos dos recursos pelo governo, mais do que os prejuízos materiais, levando a mais grave consequência - à degradação dos serviços médico-hospitalares prestados à população trabalhadora.

Em 1971, começava a funcionar o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que estendia aos trabalhadores do campo os direitos previdenciários.

Nos anos 80 e 90, com os novos ares de abertura política, os moradores da periferia dos grandes centros começaram a lutar pela melhoria de suas condições de vidas. Com assessoria de padres e médicos sanitaristas, foram criados os conselhos populares de saúde encarregados de obter melhor saneamento básico e a criação de hospitais e centros de saúde nas áreas mais carentes (Oliveira, 1986).

Um dos principais produtos desse movimento foi a elaboração de um documento intitulado Direito Universal à Saúde, o qual compromete o Estado a firmar com ênfase que o acesso à assistência médico-sanitária é direito do cidadão e dever do Estado.

Surgiu o Sistema Unificado de Saúde (SUS), encarregado de organizar, no plano regional, as ações do Ministério da Saúde, do INAMPS e dos serviços de saúde estaduais e municipais. Mesmo assim, na década de 90, o Brasil continuou sendo um país gerido por desigualdades e injustiças gritantes no setor da saúde; os dados permanecem trágicos, mesmo com a precariedade das estatísticas sanitárias, principalmente nas áreas rurais.

A dimensão injusta da sociedade pode ser claramente observada através da análise e da distribuição da pobreza e das doenças nas diferentes regiões brasileiras.

Por último, é preciso ressaltar que a proteção da saúde depende, sobretudo, das decisões políticas. A participação da sociedade é o elemento mais importante para garantir a melhoria de saúde no país (Yida, 1994)⁴.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trazendo a reflexão para o objeto epidemiológico, o processo saúde doença em populações, pode-se dizer que, por um lado, caberia à

epidemiologia explicar e compreender quais seriam as causas das doenças que diminuem a quantidade de anos vividos e agravos que comprometem a qualidade de vida. Ou seja, segundo Oliveira e Vasconcelos (1992), a estrutura na qual as condições de vida e de trabalho estão fixados tem sua origem na relação direta com a divisão das classes sociais. É, portanto, com base na relação capital-trabalho que se define a conjuntura econômica e política na qual o indivíduo está posicionado. Cria-se, por assim dizer, modos diferenciados de exposição à ação patogênica dos diferentes riscos à saúde da população, na qual se fixam os modos de morrer e adoecer.

A promoção à saúde pode contribuir para a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde, nesse sentido para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo.

Os determinantes sociais no processo saúde-doença realizam uma síntese inovadora de conceitos interdisciplinares (como a sociologia, a psicologia, a ciência política, a economia, a epidemiologia) sobre a saúde e sobre a maneira de produzi-la; explicando as contradições do conflito de classes e da relação capitalismo e saúde, em que os indivíduos são induzidos a mudar seus hábitos de vida para terem saúde.

Nesse processo, atualmente, os grupos sociais mais abastados recorrem aos serviços de seguro-saúde, enquanto os trabalhadores pobres dependem exclusivamente do SUS. No entanto, o serviço público infelizmente não tem se renovado de forma adequada a responder eficazmente as novas demandas postas pela atenção à saúde coletiva, garantindo o acesso a bens e serviços de qualidade.

⁴ YIDA, M. Cem anos de Saúde Pública. São Paulo: Editora da UNESP, 1994.

SOCIOLOGY OF THE PROMOTION OF THE INDIVIDUAL - GENERAL'S HEALTH OF THE SOCIAL EPIDEMIOLOGY

ABSTRACT

In some underdeveloped countries, the social and economical conditions kept by a malicious concentration of income, by the bad distribution of rural property and by the lack of social view from the political authorities, proportionate a quite difficult reality for the poorest people, who become completely dependent of the support of the state to provide food, habitation, education, health and leisure. The poor citizen becomes client of the state, and the state seems to be incompetent and become thus paternalistic. Since the origin of epidemiology, the importance of the social process in the definition of the public health has been reaffirmed, it proposes specific measures of prevention, control, or disease eradication. Epidemiology provides information to support planning, management and evaluation of an action to provide health. The methodology of this research is bibliographic and descriptive. This paper studies the sociology of the promotion of the individual-general's health in the ambit of the social epidemiology.

Keywords: Health-disease process. Health's sociology.

REFERÊNCIAS

ACHESON ED. **Clinical, Practice and Epidemiology**. Two words or one? Brit med. j. 1979.

BREIHL, J. **Epidemiologia: Economia, Medicina y Política**. México: Fontamara, 1989.

BREIHL, J. **Producción y Distribución de la Salud/Enfermedad como hecho coletivo**. Quito: Editorial Universitário, 1980, 360p.

BENJAMIN, C. et al. **A opção brasileira**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1998.

CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**, 4ª ed. São Paulo: Makron books, 1996.

DOUGLAS, M. **Natural symbols**. Nova Iorque: Pantreon Books, 1971.

LAÍN-ENTRALGO, P. **Historia de la medicina**. Barcelona: Salvat Editores, 1978.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª ed. Rev. e ampl. São Paulo: ATLAS, 1991.

LAU RELL, A. C. e NORIEGA, M. **Processo de produção e Saúde – trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LEAVEL, H.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. 744p.

- LEVY-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: **Sociologia e Antropologia**, Marcel Mauss. São Paulo : EPU/EDUSP, 1974.
- LOJKINE, Jean. **O Estado Capitalista e Questão Urbana**. Rio de Janeiro: Ed. Martins Fontes, 1981.
- MACMAHON, B.; PUGH, T.; IPSEN, J. **Epidemiologic Methods**. Boston: Little, Brown & Co., 1960.
- MARX, K. **O Capital**. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.
- MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.
- MINAYO, M. C. S. Nossa dor é a dor da nossa vida. In: **Tempo e presença**, nº213, outubro de 1986, Rio de Janeiro.
- OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONELLOS, L. C. F. Política de Saúde dos trabalhadores no Brasil: Muitas questões sem respostas. In: **Revista de Saúde Pública**, 1992, 8 (2) 150-156.
- OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. In: **Previdência Social**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa**. TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- PRESTES, M. L. de M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. São Paulo: Respel, 2003.
- RENAUD, M. De la epidemiologia social e la sociologia de la prevención: 15 anos de investigación sobre la etiologia social de la enfermedad. **Cuadernos Médicos Sociales**: 1992; 60:49-65.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980, p.27-73.
- RYLE, J. **Changing Disciplines**. London: Oxford University Press, 1938.
- SAN MARTIN, H. **Salud y Enfermedad**. 4 ed. México: La Prensa Mexicana, 1981. 893p.
- SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.
- VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- VIEIRA, C. Desigualdade e saúde na América latina. **Oganização Pan-Americana da saúde**. Brasília: 1991.
- YIDA, M. **Cem anos de Saúde Pública**. São Paulo: Ed. da UNESP, 1994.