

Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde

Júlio César França Lima

Introdução

Podemos dizer que o trabalho em saúde surge a partir do momento em que o homem procura dar respostas às suas necessidades de saúde. Precisamente, a partir do momento em que começa a se perguntar sobre seus carecimentos e as possíveis formas de resolvê-los, e quando, com a resposta, funda e enriquece esse tipo de trabalho com as mediações que articula para satisfazer tais carecimentos. Essas necessidades variam de sociedade para sociedade e dentro de uma mesma sociedade em distintos momentos históricos, configurando aos poucos uma estrutura de normatividade em que os homens vão definindo o que é 'normal' e 'patológico' para a vida social e individual.

Essa dimensão ontológica necessária para a reprodução dos homens em sociedade fundamenta toda atividade laborativa, e, por isso, Lukács (1978) diz que se pode designar o homem que trabalha como um ser que dá respostas e que tanto a pergunta como a resposta são produtos da consciência. É isto que distingue o trabalho humano de todos os outros tipos de trabalho: o papel ativo e decisivo que joga a consciência no processo de produção da existência, na medida em que o produto "é um resultado que no início do processo existia 'já na representação do trabalhador', isto é, de modo ideal" (Lukács, 1978: 4). Nessa medida, o carecimento material, para esse autor, é o "motor do processo de reprodução individual e social" (p. 5). Por isso, podemos dizer, que a satisfação das necessidades de saúde é um dos elementos fundamentais para a sobrevivência dos homens em sociedade.

A capacidade de os homens responderem aos seus carecimentos acompanha o próprio desenvolvimento social, e, para que a satisfação ocorra, eles devem mobilizar não só o 'complexo do trabalho' como também uma 'cadeia de mediações' que, do ponto de vista ontológico, apontam para a possibilidade tanto do desenvolvimento do trabalho em níveis cada vez mais complexos, no sentido do seu aperfeiçoamento, quanto do desenvolvimento dos próprios homens que trabalham. Já não se trata, então, de uma adaptação passiva ao

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

ambiente, meramente reativa, mas de uma adaptação ativa, que transforma consciente e ativamente o mundo circundante.

Portanto, as necessidades de saúde, assim como as respostas que os homens mobilizam para satisfazê-las, devem ser entendidas na sua historicidade e na sua articulação com a totalidade social da qual emergem e fazem parte. Em outras palavras, a re-produção das necessidades de saúde e a constituição do trabalho em saúde devem ser entendidas em suas conexões com os modos históricos de produção da existência.¹

No presente artigo, o objetivo é analisar a re-configuração, o desenvolvimento e a organização do trabalho em saúde com a emergência da sociedade capitalista. Com o advento desse novo modo de produzir a vida, o corpo humano adquire um novo significado social, como sede da força de trabalho, o que torna o trabalho em saúde um elemento estratégico tanto para o capital, pelo controle das tensões sociais a partir do aumento do consumo das classes subalternas, quanto para os trabalhadores, pelas perspectivas abertas de ampliação efetiva dos direitos sociais, constituindo, assim, novas e contraditórias necessidades de saúde.

Esta análise será realizada a partir da indicação metodológica de Foucault (1981), que, ao historicizar o nascimento da medicina social no Ocidente, identifica três modalidades: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho. Essas formas de organização do trabalho em saúde não se excluem mutuamente, pelo contrário, se superpõem no tempo e em espaços sócio-históricos diferenciados; influenciam e são influenciadas pelo processo de constituição do capitalismo na Alemanha, França e Inglaterra, respectivamente.

Antes, porém, com base em Luz (1988) e Mendes Gonçalves (1992), discutimos o desenvolvimento da racionalidade médica, entendendo-a como parte integrante e produtiva da racionalidade moderna, que se instaura sob o capitalismo, com profundas implicações na disciplina do corpo individual e na disciplina do corpo social. Essa medicina racionalista, profundamente influenciada no seu início pelo mecanicismo, vai tornar-se a estrutura epistemológica do trabalho em saúde, ao mesmo tempo que vai erigindo o corpo individual como seu objeto de trabalho privilegiado, sem deixar de ser também uma disciplina do social.

¹ Sobre necessidades de saúde, ver Batistella, texto "Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

A Constituição da Racionalidade Médica Moderna

Mendes Gonçalves (1992) identifica o trabalho do xamã, feiticeiro ou pajé como uma das formas mais antigas de trabalho social que se organizou ao redor do que se tenderia a compreender como necessidades de saúde. Essas necessidades e as intervenções geradas para respondê-las não podem ser pensadas como certas ou erradas, mas como sócio-historicamente determinadas, e o significado destas só pode ser entendido no conjunto da sociedade em que o xamã vive e trabalha – a sociedade comunitária primitiva. Nessa sociedade, a concepção de 'doença' prevalente tem sua base em um pensamento mágico, que associa o 'mal' à presença de certas 'entidades', coisas animadas que se apossam do indivíduo ou que se agregam a ele, fazendo-o sofrer. Diferentemente do pensamento religioso, o xamã concebe essas 'entidades' no mesmo plano da realidade imediata onde estão todas as outras coisas, manipulando-as através de rituais, com o objetivo de exorcizá-las e expulsá-las do corpo do homem.

Através de muitas particularizações, de muitas mudanças de sentido e de objetos aparentes, segundo Mendes Gonçalves, pode-se dizer que durante toda a história das sociedades ocidentais até praticamente o final do século XVIII “os objetos de trabalho postos nos processos de trabalho em saúde tiveram sempre a característica de ‘entidades’” (Mendes Gonçalves 1992: 31 – grifos meus). Com isso, o autor aponta que, com exceção da Grécia Clássica, onde se desenvolve a medicina hipocrática,² o que predomina durante todo o período da Idade Média até o século XVIII é a concepção de doença desenvolvida pelo cristianismo.

² A medicina hipocrática rompe com a estrutura mítico-religiosa do saber cotidiano e constitui as bases do conhecimento sistemático da natureza de caráter filosófico-científico, no qual a doença deixa de ser, durante alguns séculos, uma entidade com vida própria. Ela se desenvolve na Grécia para satisfazer as necessidades de saúde dos cidadãos livres da *pólis*, tão proprietários quanto o médico do saber filosófico geral sobre a natureza, não se destinando a atender às necessidades dos escravos ou dos pequenos artesãos livres, denotando aí o seu caráter de classe. A concepção de natureza como estado de equilíbrio dinâmico da realidade, dentro da qual o homem se inclui, leva à concepção de 'doença' como reação espontânea natural (da natureza) ao desequilíbrio, com 'intenções' de cura. Dado o lugar do homem dentro da natureza, essa concepção de 'doença' está subordinada a uma concepção positiva da 'saúde', não como um estado neutro e silencioso do qual está ausente o desequilíbrio, mas como objetivo a ser alcançado através da compreensão e da adesão às regras verdadeiramente naturais. A 'doença' aqui não é um 'ser', mas um estado qualitativo da natureza e, ao mesmo tempo, não é do homem, mas apenas está nele, à medida em que ele é parte da natureza. Ver Mendes Gonçalves (1992: 31-33).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Para o pensamento religioso, a doença é uma provação, o preço a ser pago para alcançar o paraíso, e as 'entidades' não estão na realidade imediata como no pensamento mágico do xamã, estão para além dela. Assim sendo, o núcleo central da atividade terapêutica desloca-se, paradoxalmente, da intervenção para a expectância, isto é, para o acompanhamento solidário do transe do sofrimento para a morte e para a vida eterna. Com isso, para Mendes Gonçalves, tem-se duas conseqüências importantes para o trabalho em saúde, até o desenvolvimento e consolidação da sociedade capitalista. A primeira, é que por ser expectante e passiva, essa medicina cristã suscita um desenvolvimento tecnológico relativamente escasso, opondo, assim, religião e tecnologia. Em segundo lugar, a organização do trabalho em saúde sob a forma de assistência, incentivada pelo trabalho religioso, se difunde e fica como herança para o processo de trabalho em saúde, com as assimetrias, hierarquias e poderes aí implicados.

Esse 'reino sobrenatural' do pensamento religioso começa a ser abalado e, posteriormente, abolido, com o desenvolvimento e constituição da denominada racionalidade científica moderna, contemporânea do Renascimento no século XVI. Esse momento histórico, segundo Luz (1988), não deve ser visto como a passagem para 'a' racionalidade, no sentido de uma travessia das trevas para a luz, mas compreendido como uma época de transformações sociais e de ruptura de visão-organização do mundo, uma fase de sínteses e continuidades. Uma época que contesta os limites do que se pode pensar e daquilo que se deve crer, mas também do que pode ser e do que se deve fazer.

Tanto para Luz quanto para Mendes Gonçalves (1992), a racionalidade médica é parte integrante e produtiva da racionalidade moderna, que também não deve ser identificada com a idéia weberiana de um 'tornar-se progressivamente racional', mas deve ser vista como o avanço histórico de uma forma específica de racionalismo. "Um racionalismo filosófico, é verdade, mas também social, que funciona como estrutura epistemológica de explicação e ordenação dos seres e do mundo, e como princípio moral das relações entre os homens e as coisas, e dos homens entre si" (Luz, 1988: 29). Sendo assim, a ciência moderna é mais que uma forma de 'desvendamento' do mundo, ela é, sobretudo, uma forma de ordenação do mundo; uma forma de decodificação do significado das coisas e eventos, mas principalmente de atribuição de ordens de sentidos, através da prática sistemática de um conjunto de operações que constituem o método científico.

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

A partir dessa época, foi sendo moldada uma estrutura de explicação do mundo e do ser humano que, para Luz, mantém até os dias de hoje dois traços estruturais. Em primeiro lugar, a atitude antropocêntrica ativa que caracteriza o Renascimento. Ou seja, trata-se da afirmação do homem proprietário da natureza, da cisão entre a 'ordem divina' e a 'ordem humana' e entre esta e a 'ordem natural'; trata-se da representação da alteridade da natureza face ao humano e o correspondente caráter de 'estranheza' e de objetividade da Natureza face ao homem. Alteridade com a consistência de objeto cognoscível e que vai produzindo uma profusão de imagens e metáforas da Natureza como 'engenho', 'máquina', 'autômato', cujos mecanismos devem ser expostos. Ao ser coisificada, a Natureza torna-se objeto e a razão torna-se sujeito do conhecimento. Esta é a condição epistemológica e ontológica para que o homem possa conhecê-la e moldá-la, para que coloque sobre a Natureza o selo da razão.

O segundo traço estrutural que nasce dessa atitude pragmática e crítica em relação ao saber constituído, da busca sistemática de ordens de sentido a partir de evidências empíricas e da construção artesanal de métodos para a produção de novos saberes, é o experimentalismo, através do método científico moderno. Um 'novo modo de produzir verdades', fundamentalmente utilitário, na medida em que se volta para a solução de problemas imediatos impostos pela realidade – estabilização da produção agrícola, domínio dos ventos e oceanos para possibilitar os descobrimentos náuticos e a conquista de novas terras, o controle das revoltas populares, das guerras e das doenças venéreas, pestes e outras epidemias –, e, ao mesmo tempo, exploratório, interventor e desbravador.

Seu caráter exploratório se evidencia pela busca de novas explicações para coisas e eventos e pela proposição de novas ordens de significados dessas mesmas coisas e eventos, a partir da experimentação de novos modelos de observação, da construção de engenhos e autômatos e da elaboração de linguagens capazes de expor esses eventos, das quais firma-se como a mais importante a matemática, a linguagem da razão. A criação de instrumentos de observação empírica expressa a dimensão interventora baseada no experimentalismo, dando início à era da tecnologia da ciência e ajudando a fazer da racionalidade moderna, cada vez mais, um modo específico de produção de verdades específicas através das disciplinas científicas.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

cas. Por último, o caráter desbravador evidencia-se tendo em vista que o experimentalismo se constitui como estratégia de desvelamento das 'coisas ocultas' na Natureza, sejam elas de ordem material ou de ordem intelectual.

Se hoje a metáfora da máquina, tão bem expressa no mecanismo do relógio, não é mais levada a sério nas disciplinas mais avançadas, como a física, a química, astronomia e em certos ramos da biologia, a tendência metodológica a decompor o objeto em elementos, a comparar esses elementos entre si e ordená-los em uma totalidade racionalmente montada e hierarquicamente recomposta, permanece dominante na base da maioria das disciplinas, sobretudo nos grandes ramos das ciências mais próximas da vida humana: a biologia e a medicina, ou melhor, uma certa medicina racionalista e mecanicista.

Mas, se essas foram as condições para tornar a Natureza objeto da ciência e força produtiva, a ruptura mais significativa da racionalidade moderna, para Luz, é a ruptura do próprio sujeito do conhecimento – o homem –, que será dividido em vários compartimentos: razão, paixões, sentidos e vontade. Esta compartimentalização, que se afirmará entre a segunda metade do século XVII e o final do século XVIII, com a emergência do capitalismo industrial, é que cria as condições históricas para tornar o homem, tal como a Natureza, objeto da ciência, isto é, para naturalizá-lo, torná-lo coisa passível de intervenção, de transformação, de modelação e de produção. Se o 'reino sobrenatural' foi abandonado pela ciência como improdutivo para o conhecimento, o mesmo não ocorreu com o 'reino humano', o mundo das relações sociais e dos indivíduos.

O processo de racionalização social que se desenvolveu na Europa, principalmente na França, com Montesquieu e Rousseau, no século XVIII, apóia-se exatamente na realidade da vida social. As guerras, as epidemias, a fome e a miséria, o banditismo, a agiotagem, a loucura, a prostituição e seu corolário, as doenças venéreas, forneceram a matéria-prima da intervenção e a motivação teórica para as instituições e os discursos disciplinares sociais que tentarão, com algum sucesso, desde então, racionalizar os comportamentos e administrar moralmente o 'caos social'. Entre esses discursos – incluindo o da educação que não será de menor importância no sentido de 'mudar a natureza humana' e 'fortalecer a natureza do indivíduo' – está o discurso médico.

É neste sentido, que Luz (1988) e Mendes Gonçalves (1992) afirmam que as práticas de saúde foram uma das frentes mais importantes da constituição da racionalidade moderna, o que reafirma a tese de Donnangelo (1976), de

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

que o trabalho em saúde é uma prática social e não somente uma prática técnica. E isso não se deveu exclusivamente ou mesmo fundamentalmente a um movimento de natureza intelectual, mas decorreu, antes, da capacidade, demonstrada na prática, de dar conta de forma mais efetiva das novas necessidades sociais de saúde, emergentes com o capitalismo.

Ao mesmo tempo, tal qual a Natureza, a idéia do homem como um autômato superior, como um grande engenho cujo conjunto de peças encaixam-se ordenadamente e se movem segundo uma lógica articuladora, característico do modelo mecanicista, está na base do desenvolvimento dos diversos ramos da medicina, principalmente fisiologia e anatomia, que tiveram um efeito 'produtivo' de verdades – teorias e conceitos – e de tecnologia – invenção de instrumentos de pesquisa. Harvey, em 1628, demonstra a circulação do sangue, com base em uma série de imagens mecânicas, como bombas, válvulas, canais, foles, extraídas do modelo de engenharia hidráulica da época; Leeuwenhoek, em 1673, inventa o microscópio; Malpighi, em 1688, descreve a pequena circulação nos capilares sanguíneos com o auxílio do microscópio, inaugurando a era da microanátomo-fisiologia; Sartório (1561-1638) mediu, durante anos, sistemática e experimentalmente, os eventos fisiológicos, tendo inventado, para ajudá-lo em suas observações, o termômetro clínico; Cowper, em 1694, descreve o sistema muscular; Lázaro Spallanzani (1729-1779) realizou com animais experiências sobre reprodução, circulação e respiração (animal e humana), apoiando as teorias da química mecanicista de Lavoisier e contrariando as teses vitalistas da geração espontânea dos germes, através de experiências com líquidos aquecidos; Morgagni, no mesmo período, utilizou sistematicamente a dissecação de cadáveres para suas investigações clínicas, estabelecendo as bases da anatomia patológica no século XVIII, ponto de partida da anatomoclínica.

O mecanicismo será um traço constitutivo da racionalidade médica moderna, assim como foi para todas as ciências naturais, e Luz defende a idéia de que a lógica mecanicista que supõe o homem como uma grande máquina antecede o período áureo do mecanicismo clássico (segunda metade do século XVII e a primeira metade do século XVIII). Para a autora, o imaginário mecânico chega à medicina antes que nas disciplinas nobres da racionalidade científica moderna, como a física e a astronomia, com a instituição da moderna anatomia e da nova fisiologia, a partir das obras de

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Leonardo da Vinci (1452-1519) e de André Vesálio (1514-1564), respectivamente, que rompem com as velhas concepções do organismo humano.

Apesar desse progressivo conhecimento, a incorporação tecnológica ao trabalho em saúde ocorreu muito lentamente, decorrente talvez da oposição entre o modelo religioso de assistência ou da medicina cristã e o desenvolvimento tecnológico, como nos indica Mendes Gonçalves(1992). Para Singer et al. (1981), essa lenta assimilação do conhecimento pelo trabalho em saúde é análoga ao atraso da incorporação das conquistas da física e da química pelo trabalho industrial, o que só ocorreu com a Revolução Industrial, no final do século XVIII. Os autores chegam à conclusão de que há razões para acreditar “que a verdadeira ‘explosão’ de conquistas no campo médico, que se verifica a partir da segunda metade do século XIX, também se explica pelas transformações sócio-econômicas então ocorridas” (p. 20).

Mas, para o mecanicismo se realizar no nível do saber médico e da prática clínica, foi necessário também construir um sistema classificatório das doenças que podiam danificar essa máquina humana, constituindo-se assim a patologia, que se organiza a partir do modelo da botânica e depois da história natural. Em um primeiro momento, o efeito desse processo, ao nível do saber, é transformar a medicina em um discurso disciplinar sobre a doença e, com a reorganização dos hospitais, em uma ciência das ‘entidades patológicas’. Assim, a patologia detém sobre a prática clínica a liderança da teoria e o privilégio da ciência sobre a arte, obtendo-se, dessa forma, uma dupla objetivação: do corpo humano, que se torna a ‘sede das doenças’, e das doenças que se tornam ‘entidades patológicas’.

Desse ponto de vista, a questão epistemológica fundamental para Luz é que saúde, vida e cura tornar-se-ão, progressivamente, até o século XVIII, questões metafísicas, portanto supérfluas para o conhecimento. Ao desconsiderar a questão da vida, a medicina, aos poucos, verá, na observação dos indivíduos doentes, homens vivos, uma fonte de confusão, de ‘des-conhecimento’. Essa tendência exacerba-se com a anatomoclínica do século XIX, com a prática da autópsia. A partir de então, para a medicina moderna, o conhecimento anatomopatológico dos órgãos, tecidos e sistemas componentes do ‘organismo humano’, como ‘sedes das doenças’, será o objeto de conhecimento privilegiado. A saúde passará a ser vista cada vez mais não como afirmação da vida, mas como ausência de doenças.

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

Através das categorias de: doenças, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintomas etc, elaboradas no período clássico, a medicina instaurar-se-á como discurso sobre objetividades, discurso que institui: a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos. (Luz, 1988: 92)

Nesse processo, a medicina, que antes era a ciência das entidades patológicas, vai tornando-se progressivamente a ciência do normal e do patológico, categorias com profundas implicações na 'disciplina do corpo doente individual' (medicina) e na 'disciplina do corpo social' (sociologia). Portanto, para Luz (1988), a medicina é uma disciplina do social (ou ciência social), não por ser portadora de um discurso sobre a sociedade como produtora de doenças, mas pelos efeitos sociais do discurso natural sobre o corpo doente. Não se trata de tematizar, como o faz a medicina social, a partir do século XIX, como veremos adiante, a realidade social opressora do capitalismo como 'origem', 'causa', ou, 'determinação' das doenças. "É, pelo contrário, por produzir um discurso *natural* sobre uma *realidade social*: o corpo do homem, seu sofrimento, sua morte, através da doença" (p. 94 – grifos da autora). Dessa forma, o trabalho em saúde, protagonizado pelo avanço da medicina em torno das categorias de 'doença' e 'organismo', não só integra como é parte produtiva da racionalidade moderna – é uma prática social e não somente uma prática técnica.

Mercantilismo e a Medicina de Estado

Antes que a clínica se torne soberana entre as práticas de saúde, o trabalho em saúde começa a ser organizado mais marcadamente na segunda metade do século XVIII, pela "extensão do campo de normatividade da medicina" (Donnangelo, 1976: 47). Isto é, o que se generaliza não é o cuidado médico, mas a interferência da medicina na organização das populações e de suas condições gerais de vida, a partir do desenvolvimento da noção de 'polícia médica', que emerge no âmbito das diferentes sociedades européias, nomeadamente Alemanha, França e Inglaterra, configurando um novo modo de articulação das práticas de saúde com as estratégias políticas e econômicas da nova estrutura da produção capitalista.

É a partir da dimensão coletiva do fenômeno saúde e doença, ou do trabalho de saúde pública, como será conhecido mais tarde, que o trabalho em saúde se organiza, o que vai contribuir para o próprio desenvolvimento e sistematização da epidemiologia ou, na sua acepção mais restrita, da higiene, como

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

uma área do saber e da intervenção do setor saúde no âmbito do social, como veremos adiante. A preocupação central que se manifesta nos primórdios do mercantilismo é controlar a ocorrência das doenças, isto é, evitar a incapacidade para o trabalho, e não tanto recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença.

Isto porque ainda não estavam dados todos os elementos para transformar o hospital em instrumento terapêutico, ou seja, com a finalidade de curar os homens. Para isso, terá que esperar o desenvolvimento da fisiologia e da patologia, como instrumentos capazes de realizarem o diagnóstico; o advento da era dos micróbios, com o desenvolvimento da bacteriologia e da teoria dos germes; assim como o desenvolvimento do arsenal terapêutico farmacológico, das técnicas de cirurgia – muito limitadas antes do aparecimento da anestesia –; e a profissionalização do pessoal de enfermagem.

Esse hospital começa a ser inventado no final do século XVIII, no contexto da I Revolução Industrial, na Inglaterra, mas só se realiza no início do século XX. Entre 1775-1780, tanto nesse país como na França, médicos especialmente designados começam a desenvolver uma nova prática, “a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” (Foucault, 1981: 99), determinando, com os inquéritos hospitalares, um amplo programa de reestruturação do trabalho hospitalar. Até então, os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média não eram, de modo algum, nem uma instituição médica com finalidade terapêutica, nem a medicina era uma prática hospitalar. O hospital geral era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, de separação e exclusão não só dos doentes, mas também dos loucos, devassos, prostitutas etc., em que a função médica não aparece. Era considerado um morredouro, um lugar para morrer, e não um lugar destinado a realizar a cura. “O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo” (p. 101), que pode ser perigoso para a sociedade em decorrência do possível contágio. Em contrapartida, o pessoal hospitalar – religioso ou leigo –, fazem aí uma obra de caridade, procurando assegurar, com isto, a salvação da alma do pobre no momento da morte, ao mesmo tempo que a própria salvação ao cuidar do pobre. Portanto, a função essencial do hospital é a assistência espiritual mais do que a material, oferecendo aos doentes os últimos cuidados e o último sacramento na tran-

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

sição da vida para a morte, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.

Rosen (1980), tal qual Foucault, aponta para essa função do hospital medieval e renascentista. Entretanto, Donnangelo (1976), chama a atenção para outra função que a assistência cumpriu: a de controle das tensões sociais, particularmente na Inglaterra. Quando esse país sai da Idade Média, um dos resultados imediatos do desaparecimento da ordem feudal foi o aumento da pobreza, que passa a ser considerada um perigo potencial para a segurança do Estado.

À desintegração das estruturas feudais e à liberação em diferentes graus, nas distintas sociedades, de massas de indivíduos desprovidos de meios de subsistência e de integração a qualquer coletividade territorial, correspondeu o desenvolvimento de mecanismos de assistência, tanto pública quanto privada, que revestem o caráter de uma tutela da sociedade sobre tais massas. Essa tutela não implica a elaboração de qualquer idéia de direito à assistência mas equivale a uma reação frente à insegurança latente gerada pela presença de grupos altamente móveis e vistos como perigosos à sociedade, não enquanto 'categoria social' mas como vagabundos e criminosos potenciais. (Donnangelo, 1976: 61)

Daí que, aos métodos violentos de prevenção da vadiagem e da mendicância vêm logo agregar-se, naquele país, o reconhecimento oficial do pauperismo e a formalização da assistência, com a aprovação, em 1601, da Lei dos Pobres, que torna cada paróquia – a menor unidade de governo – responsável pela administração e gestão dos recursos, com baixa interferência do poder central. Essa 'posse' ou a retenção geográfica do pobre foi um mecanismo importante, durante o crescimento gradual da produção manufatureira e industrial, para a contenção das pressões que a grande massa desempregada, uma vez efetivamente livre no mercado, poderia exercer sobre a ordem econômica e social.

Até a reforma dessa lei, em 1834, a pobreza, na Inglaterra, era uma categoria ampla e imprecisa, e o pobre se definia pelo não-trabalho, mas este não-trabalho é entendido como indigência ou mendicância, jamais como desemprego. O trabalhador pobre era concretamente simbolizado pela figura do indigente, na prática sinônimo de 'pessoa comum' ou todo aquele que estivesse em estado de necessidade. Em 1696, surge a primeira *workhouse* – que se popularizaria no século XVIII –, em Bristol, onde, tal qual em um centro de manufatura, os pobres aprenderiam a trabalhar e a se sustentar. "Sua função primária foi a tentativa de transformar o pobre em elemento economicamente produ-"

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

vo” (Donnangelo, 1976: 65). Nesse país, a ideologia do individualismo e do liberalismo econômico antecipou-se em relação às outras sociedades europeias, e a pobreza aí representa não a manifestação de efeitos negativos da estrutura social, mas uma incapacidade puramente individual e, portanto, um fato de responsabilidade também individual.

Nesse contexto, a assistência representou, para Donnangelo, uma das principais condições que impediram a emergência, na cena política, do problema da pobreza como questão social, chegando mesmo a considerar, diferentemente de Rosen, que o caráter local e predominantemente privado da Lei dos Pobres, bem como sua ênfase discriminatória em relação ao indigente, teria permitido, na Inglaterra, uma assistência mais regular e uma medicalização³ mais efetiva e contínua que em outras sociedades.

Rosen não deixa de apontar que, no decorrer dos setecentos, houve um reconhecimento crescente da necessidade de assistência médica a certos grupos da população. “Foi nesse período, particularmente entre 1714 e 1790, que foram criados dispensários, hospitais gerais e hospitais para grupos específicos de pacientes em Londres e nas províncias” (Rosen, 1980: 210), construídos principalmente por contribuições da iniciativa privada (filantrópica), dado os limites de ação do governo local. Dessa forma, a legislação de 1601 vai representar, durante mais de dois séculos, um mecanismo importante de controle social, introduzindo na história da medicalização “um princípio de intervenção médica que corresponde tanto a uma forma de permitir que a pobreza tenha acesso em algum grau ao cuidado médico quanto a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade” (Donnangelo, 1976: 64).⁴

Sendo assim, duas preocupações centrais dominam os debates dos então incipientes Estados nacionais: o combate à pobreza, que será controlada pela assistência, e o crescimento da população, que será incentivado

³ Por medicalização, Donnangelo entende a extensão da prática médica a setores cada vez mais amplos da sociedade. Isso ocorre em dois sentidos: o primeiro pela ampliação quantitativa dos serviços de saúde e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico; o segundo, pela extensão do campo de normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para obtê-la, bem como às condições gerais de vida. Mas, para essa autora, esse processo de medicalização não foi um fenômeno simples e linear de aumento de consumo; pelo contrário, representa uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram os interesses e o poder de diferentes classes sociais.

⁴ Sobre aspectos históricos da cidadania na Inglaterra, ver Reis, texto “Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil”, no livro *Sociedade, Estado e Direito à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

pelo controle da ocorrência de doenças, ou pelo que mais tarde será reconhecido como o trabalho de saúde pública, e eventualmente pelo estímulo ao casamento e procriação.

Como parte da nova estratégia político-econômica impõe-se pensar a população, registrá-la, controlá-la e formular os princípios de sua relação com o poder do Estado, “a quantidade de população é fundamental para que o Estado possa repousar sobre bases econômicas e políticas sólidas” (Donnangelo, 1976: 49). Por outro lado, torna-se fundamental para dar conta da expansão de um capitalismo que cada vez mais penetra na produção, tornando-se manufatureiro.

Assim, a prevenção de danos à população torna-se condição primordial para aumentar a capacidade produtiva, que possibilite a acumulação de riqueza, a constituição dos exércitos e, conseqüentemente, o aumento da força do Estado e do poder das monarquias absolutistas, que, no continente europeu, apoiavam a expansão do capital mercantil ou manufatureiro. Portanto, qualquer diminuição da produtividade do trabalho causada por doença ou morte era um problema econômico significativo. Conseqüentemente, as medidas destinadas a preveni-las eram objeto de profunda consideração, e o trabalho em saúde devia ser capaz de remover todos os obstáculos para aumentar a população apta para o trabalho produtivo. Daí decorre principalmente a necessidade de calcular a força ativa das populações, de definir as condições de seu crescimento e de implantar medidas capazes de favorecê-lo.

Para o capital mercantil, a produção industrial torna-se cada vez mais central na atividade econômica, e a economia política clássica passa a considerar o trabalho como a principal fonte de riqueza, elemento essencial para o enriquecimento nacional. Nesse contexto, começa a se desenvolver uma nova concepção de trabalho, não mais ligada à noção de *tripalium*,⁵ que, do ponto de vista educativo, tem como base o aprimoramento das habilidades manuais e a repressão a qualquer movimento de criatividade dos trabalhadores, mas à noção de *labor*, que se difunde, apoiada na idéia de que o desenvolvimento da máquina significava a liberação do homem do trabalho penoso, e que iria representar e consolidar a enorme força revolucionária da ordem burguesa então

⁵ Instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes munidos de pontas de ferro, utilizado por agricultores para bater o trigo, as espigas de milho e o linho, com o objetivo de rasgá-los e esfiapá-los. Entretanto, é mais conhecido como instrumento de tortura, e é com esse sentido que a palavra trabalho significou por muito tempo – e ainda significa – algo como sofrimento, padecimento e cativo, conforme Nosella (1987) e Albornoz (1986).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

nascente. A máquina passa a significar a possibilidade de reduzir a jornada de trabalho para transformar o homem escravo em cidadão político, culto e artista, emulando o desejo de que suas mãos pudessem dispor de tempo para a *poiésis*, isto é, para as ações criativas, sociais e políticas.

O drama do Prometeu acorrentado é ainda a imagem mais plástica e expressiva da luta do homem para a libertação do trabalho como instrumento de tortura. O novo fogo que o heroísmo humano roubará do Olimpo da razão sem dúvida será a moderna forma de organizar o trabalho produtivo, isto é, a nova divisão do trabalho e, sobretudo, a máquina. Pelas máquinas, as mãos do homem, conforme pensavam os cientistas do Renascimento, ficariam cada vez mais longe da terra e livres. A partir dos séculos XV e XVI o trabalho exige do homem cada vez menos habilidades das mãos e cada vez mais a livre disponibilidade do corpo. [...] O trabalhador da modernidade, em função do trabalho manufatureiro e industrial, e como conseqüência do êxodo rural, sente-se 'livre como pássaros', dirá Marx. (Nosella, 1987: 31-32).

Albornoz (1986), contudo, destaca outro aspecto associado a essa nova visão do trabalho, que tem na reforma protestante a sua base. Com Lutero, o trabalho sofre uma reavaliação dentro do cristianismo, deixando de ser visto como uma punição para o pecado, que servia aos fins últimos da caridade, e passa a ser entendido como a base e a chave da vida. Nesse sentido, todo aquele capaz de trabalhar tinha o dever de fazê-lo, e o trabalho torna-se uma virtude, um modo de servir a Deus e caminho religioso para a salvação, ao mesmo tempo em que o ócio passa a ser encarado como antinatural e pernicioso. "Para esse cristianismo, a divisão do trabalho e a diferenciação dos homens em camadas e profissões [...] parece ser o resultado da vontade divina" (p. 55). Daí que a pobreza não só é abominada como suas causas são atribuídas à falta de vigor moral e labuta sistemática.

Assim, pouco a pouco, o corpo humano passa a ter um significado social novo e original, ele passa a ser a sede da força de trabalho. Agora, não interessa mais escravos e servos fixados nas terras e feudos, mas homens livres para um mercado de trabalho em expansão, onde poderão dispor de sua força, de seu corpo, e 'livremente' comercializá-la com o capitalista em troca de salário. Dada à natureza dessa relação social, na qual proprietários de riqueza empregam o trabalho de não-proprietários para produzir mais riqueza, essa mercadoria especial, que produz valor, deve ser comprada e vendida no mercado de trabalho como qualquer outra mercadoria. Essa força de trabalho livre, pronta para ser vendida e consumida nos processos de trabalho, por um lado, deve ser

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

educada e aprimorada, no sentido de torná-la mais adequada às novas funções nas fábricas e nos serviços modernos.

Segundo Nosella (1986), a educação burguesa, tão bem refletida na Ilustração francesa, no século XVIII, ao invés de cultuar as habilidades manuais, vai reforçar o nivelamento cultural, o amor ao trabalho que liberta, o amor à disciplina, transmitir informações básicas de ciências naturais e mecânicas, difundir uma religião natural, defender o espírito laico e o individualismo civil.⁶

Todavia essa força de trabalho “deve estar disponível em quantidades e qualidades adequadas à nova dinâmica da produção social, muito mais vulnerável à sua carência relativa” (Mendes Gonçalves, 1992: 35). De início, a população era relativamente escassa, e entre os fatores responsáveis por essa escassez incluíam-se as condições sanitárias então vigentes. Durante o século XVII e desde antes, os países europeus eram freqüentemente acometidos por epidemias de peste, difteria, tuberculose, sarampo e febre tifóide. As primeiras estatísticas vitais compiladas nesse período, como as de William Petty (1623-1687), médico inglês, chamaram a atenção para as altas taxas de mortalidade infantil. De acordo com sua ‘aritmética política’,⁷ os problemas de doença e de saúde da população deviam ser prioritários dado sua importância para a força política e econômica do Estado e, nesse âmbito, era fundamental o controle das doenças transmissíveis, principalmente a peste, e a diminuição da mortalidade infantil.

⁶ Foucault (1979) relata que a França normalizou primeiro os canhões, a fim de assegurar a utilização por qualquer soldado de qualquer tipo de fuzil e a reparação de qualquer canhão em qualquer oficina, e depois normalizou seus professores. As primeiras Escolas Normais, destinadas a dar a todos os professores o mesmo tipo de formação e, por conseguinte, o mesmo nível de qualificação, data de 1775, antes de sua institucionalização em 1790. A Alemanha, ao contrário, normalizou primeiro seus médicos, no mesmo período.

⁷ William Petty é considerado pioneiro no estudo quantitativo dos fenômenos sociais, através do uso dos métodos estatísticos na saúde pública. Rosen (1980) diz que as propostas de Petty refletiam o ideal de vida da ascendente classe média inglesa, inspiradas no utilitarismo, no individualismo e na filosofia experimental. Sua aritmética política é um método de análise funcional e de medição, com o objetivo de tratar os problemas econômicos e sociais. Para ele, não interessava o cálculo por si mesmo, mas sua relação com os problemas político, econômico ou social, a partir dos quais deveriam tomar as medidas necessárias que acarretassem o aumento do poder e da riqueza nacionais. Pioneiro no uso da estatística, começou a procurar regularidades matemáticas em acontecimentos como nascimentos e mortes, incidência de doenças e outros. Essa tendência de matematizar os fenômenos sociais e, especificamente, o desenvolvimento da estatística, está associada ao desenvolvimento da capacidade de formalização matemática do raciocínio abstrato, próprio da racionalidade científica moderna; ao uso do conhecimento matemático na busca de regularidades no mundo físico; à sua influência nos campos político e econômico; e à necessidade crescente da população em aprender a calcular e medir.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Era essencial também conhecer o número da população – total de homens e mulheres do país, a distribuição por idade, causas de morte, número de nascimentos etc. Mas era importante conhecer principalmente o ‘valor do povo’, isto é, o número dos grupos da população considerados mais produtivos, tais como fazendeiros, manufatureiros, comerciantes, marinheiros e soldados, daí sugerindo estudos específicos sobre a morbidade e mortalidade nas diferentes profissões.

Para Donnangelo (1976), a diferenciação do trabalho em saúde e, mais especificamente, da prática médica conforme se destine aos diferentes grupos sociais não é um fenômeno histórico que se instaura com o capitalismo. O que é novo nesse novo modo de produção da vida é que essa diferenciação adquire especificidade como decorrência da forma pela qual nele se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Assim é que, concomitante à progressiva medicalização da sociedade capitalista, verifica-se, de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme o seu significado para o processo econômico e político, e de outro, uma diferenciação das instituições de saúde voltadas para diferentes tipos de ações e clientela.

Essa ‘aritmética política’ visa essencialmente retirar os obstáculos ao pleno desenvolvimento da prosperidade nacional e aumentar o poder do Estado, mais do que à melhoria das condições de saúde da população, e ocorre especialmente na Inglaterra, França e Alemanha, durante os séculos XVII e XVIII. Em todos esses países estabelecem-se programas para o cálculo da população através de estatísticas de nascimento e de mortalidade, bem como políticas eventuais de estímulo aos casamentos e nascimentos.

Mas foi na Alemanha que a idéia de aumentar e controlar a população, e particularmente o nível de saúde desta através da ação médica, mais se desenvolveu, a partir da noção de *Medizinichopolizei* ou ‘polícia médica’ (1764),⁸ con-

⁸ O termo polícia deriva do termo grego *politeia*, que significa constituição ou administração de um Estado. Ao final do século XVIII, a ciência da polícia, como refere Rosen (1980), se constituiu como um sistema de pensamento e comportamento administrativo que referia todas as atividades ao bem-estar do Estado alemão absoluto e mercantilista. O ponto de partida desse sistema eram as condições práticas de segurança, abrangendo os problemas de saúde e bem-estar, considerados responsabilidade do Estado. O termo polícia médica popularizou-se em 1764, com o livro de Wolfgang Thomas Rau, mas foi a partir dos trabalhos de Johann Peter Frank, publicados em 1779, que vai exercer influência na Europa e Estados Unidos até o final do século XIX. Para uma síntese da discussão em torno da noção de *Staatswissenschaft* ou ciência do Estado e do processo de estatização da medicina que ocorre na Alemanha, consultar Foucault (1981: 80-83).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

siderado um marco no pensamento das relações sociais da saúde e da doença. Um conceito abrangente que, com o desenvolvimento do mercantilismo, busca dar soluções para uma série de preocupações dos Estados nacionais, particularmente a Alemanha, em torno de diversos aspectos da vida social, tais como população, estatística vital, organização da medicina, saúde da mãe e da criança, moradia, vestuário, nutrição, acidentes, ocupação, recreação etc.

Segundo seus princípios: a) o Estado deve zelar pela saúde da população; b) os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas também pelo controle e manutenção da saúde da população; c) esse controle deve atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos. Para isto, impõe-se, restringir o exercício da medicina a pessoal médico competente, produto de uma educação regular e eficiente; supervisionar o funcionamento dos hospitais; e promover a educação do povo em matéria de saúde.

Tais princípios marcaram acentuadamente a prática médica na Alemanha e implicaram, em fins do século XVIII e princípios do século XIX, na implantação de um sistema complexo de observação e registro de nascimentos, de mortes, da morbidade, da ocorrência de endemias e epidemias, bem como na instauração de uma série de mecanismos de controle, pelo poder político, da formação do médico, do exercício da prática médica, dos efeitos dessa prática sobre o estado de saúde das populações. Implicaram, enfim, em um esquema de disciplinarização da medicina pelo Estado e em uma correspondente função de controle atribuída à medicina sobre a vida social. 'Medicina de Estado' é a forma pela qual Foucault designa essa modalidade de redefinição social da prática médica na Alemanha. (Donnangelo, 1976: 51)

Isso significa que até a constituição de uma medicina da força de trabalho, o corpo que trabalha não é objeto de trabalho da medicina, mas o corpo dos indivíduos como constituintes do Estado. É a força estatal, em suas dimensões política e econômica, que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver, por meio do controle da doença em escala social e de sua participação no processo mais geral que reorganiza os elementos da vida social na constituição da estrutura de produção capitalista. Portanto, as medidas referentes ao enquadramento da população no processo de reorganização social durante o mercantilismo constitui o elemento imediato de uma reestruturação do trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que o define como prática social.

Rosen (1980) também aponta nessa direção, e, para ele, o cameralismo, versão alemã do mercantilismo, é mais que uma política de poder, cujo objetivo supremo era colocar a vida econômica e social a serviço dos poderes políticos do

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Estado, mas também uma concepção de sociedade, na qual o bem-estar social está intimamente relacionado ao bem-estar do Estado. “Na medida em que o poder era considerado como o primeiro interesse do Estado, a maioria dos elementos da política mercantilista era explicada e justificada pelo fortalecimento do poder do reino. Politicamente, *raison d'état* era o fundamento da política social” (p. 146).

Desse ponto de vista, o combate ao ‘charlatanismo médico’ e a sua contraparte – a formação de médicos competentes – foram uma das peças fundamentais para a consolidação da prática médica e para o fortalecimento do poder do Estado. A temática do charlatanismo, já presente na proposta de combate aos práticos desde William Petty, em 1648, e a conseqüente necessidade de regular a educação e o exercício profissional em saúde, tão recorrente durante a segunda metade do século XVIII, foi justificada pela necessidade de promover a saúde e aumentar a população. Segundo Rau (apud Rosen, 1980: 165),

o valor dessas atividades [tratar dos doentes e supervisionar a saúde da população], no que se refere à profissão médica, é em grande parte eliminada pelas ações odiosas e nefastas de charlatães e curandeiros (...) Para se dispor de um pessoal médico competente, é necessário decretar um regulamento de polícia médica que regulará a educação médica, supervisionará boticas e hospitais, prevenirá epidemias, combaterá o charlatanismo e possibilitará o esclarecimento da população.

Assim toma impulso, no final do século XVIII e início do século XIX, a aprovação dos regulamentos médicos em diversos Estados alemães. Em sua maioria, diziam respeito às qualificações e deveres do pessoal médico, ao controle de epidemias, à supervisão do abastecimento alimentar, ao controle da prostituição e supervisão de hospitais. Portanto, uma das ações mais contundentes da política de saúde no período foi, de um lado, a disciplinarização da medicina pelo Estado; de outro, a função política que a partir daí lhe é atribuída – a disciplinarização da vida social. Dessa forma, a prática médica vai sendo reorientada para estar cada vez mais vinculada às exigências da acumulação capitalista e da centralização do poder.

Entretanto, Rosen, assim como Donnangelo, chamam a atenção de que, ainda que o conceito de polícia médica tenha exercido forte influência nos países europeus, quando adotado fora da Alemanha – país com forte centralização de poder e relativo atraso econômico quando comparado à Inglaterra e França –, é despojado de seu sentido de amplo controle sobre as condições de vida das populações e sobre a própria prática médica. A tendência foi limitá-lo às áreas

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

em que a intervenção governamental era aceita com mais facilidade, como no controle das doenças transmissíveis, saneamento do meio-ambiente, organização e supervisão do pessoal médico, e à oferta de cuidados aos indigentes. Mesmo na Alemanha, durante o século XIX, o conceito de polícia médica vai perdendo o caráter criativo e inovador que teve quando da sua criação, dado que o grau de liberdade e iniciativa individual aumentou socialmente.

De todo modo, destaca Donnangelo, as discussões em torno dos princípios de uma política nacional de saúde representaram o início de um processo de formulação sistemática das relações entre saúde e condições de vida nas sociedades européias, que se utilizando de noções como pobreza, trabalho e produtividade retiravam progressivamente a doença do âmbito exclusivo do 'natural' ou do biológico, ao mesmo tempo em que articulavam as práticas de saúde aos projetos de reorganização social. A expressão mais elaborada dessa articulação é o desenvolvimento do conceito de 'medicina social', que emerge em um contexto absolutamente diferente do de 'polícia médica', na medida que expressa a forma pela qual se desenvolveu a luta política e a questão social a partir da Revolução Francesa.

Medicina: uma ciência social?

Apoiada amplamente sobre várias classes e camadas sociais, a ascensão da burguesia ao poder político na França trouxe, com a Revolução, um princípio político-ideológico inteiramente novo em relação ao trabalho em saúde: o princípio da igualdade. E aqui não se está dizendo, como chama a atenção Mendes Gonçalves (1992), que as sociedades capitalistas sejam igualitárias, muito ao contrário, é possível demonstrar que nessa sociedade a desigualdade básica é estrutural. Entretanto, ela se baseia na aceitação da idéia de que a igualdade é não só desejável como possível, e essa ideologia se mantém, durante a maior parte do tempo, às custas do consenso provisório arduamente construído, às vezes apenas graças ao recurso à força física.

A obtenção do consenso acerca das virtudes potenciais dessa forma de organização social (...) não pode se basear apenas em palavras (...), mas passa necessariamente por conflitos e negociações em que as concessões feitas são aceitas, ao menos durante um certo tempo, como provas suficientes daquelas virtudes. E as próximas negociações que vierem a ocorrer se darão sempre em um patamar renovado de realidades objetivas, que deve caracterizar-se enquanto se mantiver a estrutura básica dessas sociedades, pela manutenção daquela desigualdade básica e ao mes-

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

mo tempo por ganhos efetivos das partes 'mais desiguais'. (Mendes Gonçalves, 1992: 36)

Nessa dinâmica político-ideológica derivada do princípio da igualdade, ampliaram-se, gradativamente, em escala quantitativa e qualitativa, os direitos garantidos às classes subalternas. Mas, além da ideologia de liberdade e igualdade política formais dos cidadãos sob um Estado baseado no interesse geral do povo, a Revolução introduziu também a questão social, representada pela presença da pobreza no campo político.

A doutrina da assistência à pobreza elaborada nos anos que se seguiram à Revolução de 1789 foi inteiramente nova por referência aos métodos usuais de tratamento da questão. À caridade religiosa deve suceder-se uma laicização da assistência, ao fundamento religioso do direito ao cuidado opõe-se agora um fundamento social – o dever de assistência da coletividade nacional frente aos cidadãos que necessitam de auxílio. O direito ao auxílio afirma-se como substituto do direito ao trabalho que a sociedade tem por obrigação assegurar. (Donnangelo, 1976: 54-55)

Esse processo de reforma política e social baseado no irrompimento da grande massa do 'povo' na vida política implicou novas atribuições para o trabalho em saúde, que foi sendo progressivamente reestruturado nos oitocentos, não só na França, mas também na Inglaterra e Alemanha, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas. Do ponto de vista da prática médica, sucedem-se, particularmente na França, os projetos de reforma médica, as medidas visando à assistência obrigatória e gratuita aos enfermos e à reestruturação dos hospitais não mais como lugar de confinamento da pobreza, mas como lugar de cura. Do ponto de vista político, o engajamento da medicina nas discussões em torno da correção dos males sociais, da opressão e da pobreza, entre outros.

A concepção de medicina social, que encontra sua forma mais acabada na primeira metade do século XIX, desenvolve-se na França tendo como suporte não a estrutura do Estado, como na Alemanha, mas o progressivo fenômeno da urbanização. Ela se intensifica, na segunda metade dos setecentos, exigindo a organização das grandes cidades de modo coerente, homogêneo, com um poder único e bem regulamentado, ou, como sintetiza Foucault (1981: 86), pela necessidade de "constituir a cidade como unidade". Isso é decorrente de razões econômicas, tendo em vista que a cidade é um lugar de produção de mercadorias e de mercado, que unifica as relações comerciais, exigindo, por isso, mecanismos de regulação homogêneos e coerentes. Mas também por razões políticas, pois o desenvolvi-

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

mento da industrialização é acompanhado pelo crescente aparecimento de uma população operária pobre que se vai tornar, no século XIX, o proletariado urbano, aumentando as tensões políticas no interior da cidade.

São freqüentes e cada vez mais numerosas as agitações e sublevações urbanas, decorrentes da alta de preços dos alimentos ou da baixa dos salários, que se não eram um fenômeno novo, ganham em intensidade, conduzindo às grandes revoltas contemporâneas da Revolução Francesa. Desenvolve-se, com isso, também o que Foucault denomina 'medo urbano': medo das oficinas e fábricas que se estão construindo, do amontoamento da população, medo dos esgotos, das epidemias urbanas e dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade etc.

Daí a necessidade de um poder político capaz de esquadrihar esta população urbana. Não um poder que exclua os homens desse espaço, como no caso da lepra, mas um poder que consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los e constatar o estado de saúde de cada um, que foi um modelo de organização do trabalho em saúde suscitado pela peste ou morte negra, como era conhecida. Um modelo não mais de exclusão, mas de internamento; não mais de agrupamento fora da cidade, mas de análise minuciosa da cidade e de registro de todos os fenômenos; não mais um modelo religioso, mas militar.

Para Foucault, essa medicina urbana tinha essencialmente três grandes objetivos. Em primeiro lugar, analisar os lugares de acúmulo, de confusão, de perigo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença – lugares de formação e difusão de epidemias e endemias, como os cemitérios, que, a partir de 1780 começam a ser removidos e construídos nas periferias das grandes cidades, assim como os mortos passam a ser enterrados em caixões individuais.

O segundo objetivo é o controle da circulação das coisas, essencialmente da água e do ar. Isso porque, à época, a concepção do ar como causa ou simples veículo de doenças impregna a teoria miasmática,⁹ predominante até o apareci-

⁹ Para essa teoria, os miasmas não se originam nem do calor, nem do frio, nem da umidade, nem da secura. Eles dependem de misteriosas e inexplicáveis alterações nas entranhas da terra. Pelos seus eflúvios, a atmosfera torna-se contaminada, e os organismos dos homens são predispostos e determinados. Certas partículas atmosféricas "insinuam-se entre os sucos do corpo, desagregando-os, misturam-se ao sangue e finalmente contaminam todo o organismo" (Barata, 1985: 17). No Brasil, a intervenção no espaço urbano-social é característico do projeto de medicina social que se implanta aqui no século XIX, mas já está presente desde o final do século XVII, e tem como pressuposto a teoria miasmática (ver Machado et al., 1978).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

mento da bacteriologia na segunda metade do século XIX. Além disso, as qualidades do ar frio, quente, seco ou úmido em demasia, e/ou uma ação mecânica direta do ar sobre o organismo, eram consideradas como grandes fatores patógenos. Para desbloquear o ar, torná-lo sadio e de qualidade, era necessário arejar as cidades, abrindo grandes avenidas no espaço urbano, destruindo tudo que impedisse a sua circulação. Criam-se, assim, grandes corredores de ar, como também os corredores de água, entendendo-se que a água devia, com sua corrente, lavar a cidade dos miasmas que, sem isso, aí permaneceriam.

Por último, essa medicina urbana intervém na organização das fontes de água limpa e no esgotamento sanitário, consideradas uma das principais responsáveis pelas epidemias que assolavam as cidades, particularmente Paris.

Sob o impacto da crescente urbanização dos países europeus e da consolidação do sistema fabril, sucedem-se com força crescente durante toda a primeira metade do século XIX, e sob a influência dos movimentos revolucionários, na França e Alemanha, as afirmações do vínculo entre saúde, medicina e sociedade, que reiteram duas temáticas principais: a identificação sistemática das condições de vida social como fonte de enfermidade e a postulação da medicina como instrumento de reorganização social. Nesse momento, a questão do direito à saúde começa a ser colocada pelos movimentos revolucionários como um direito social. É entendido fundamentalmente como um direito coletivo e não como um direito de assistência médica individual; é evocado como um direito à vida e não como um direito ao cuidado médico, como mais tarde vai se expressar com o desenvolvimento e consolidação da prática hospitalar.

Nas primeiras décadas do século XIX surgem numerosos inquéritos oficiais e particulares sobre as condições de vida das diferentes classes sociais, sobre as condições de trabalho ou sobre os efeitos dos níveis de renda, nutrição e condições de moradia e saneamento para o estado de saúde, revelando claramente que as taxas de morbidade e mortalidade estavam relacionadas à situação social dos diferentes grupos sociais. Os estudos de Villermé, em especial o referente às condições de saúde dos trabalhadores têxteis, levantam a opinião pública e provocam a elaboração da primeira legislação sobre o trabalho, na França, em 1841, regulando o trabalho de crianças nas fábricas. (Donnangelo, 1976: 56)

A França é o berço desse pensamento inovador, e quando o termo medicina social foi forjado por Jules Guérin, em 1848, condensava um longo processo de elaboração das relações entre saúde e condições de vida e trabalho. Donnangelo chama a atenção que esse conceito é proposto no momento do

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

processo revolucionário em que novamente as diferentes classes sociais se aglutinavam na realização do projeto político da burguesia francesa, mas no qual, já então, o proletariado desempenhou papel político ativo e tentou a implantação de sua 'república social', ainda que, para tanto, não dispusesse de condições objetivas.

A emergência desse pensamento inovador não se circunscreveu à França. Estendeu-se aos demais países europeus e, particularmente, à Alemanha, onde esse conceito se desenvolve de forma mais precisa a partir da concepção de causação social da doença, isto é, das relações entre as condições de vida e trabalho das populações e o aparecimento das doenças, e que tem, na revolução de 1848, a sua origem.

Mendes Gonçalves (1994) destaca que o primeiro fato que caracteriza o conceito de medicina social na Alemanha é o seu alcance, pois não se tratava de subordinar as práticas de saúde ao Estado em função da acumulação da riqueza nacional, como propunha o conceito de polícia médica, mas de subordinar o Estado ao projeto médico de reorganização completa da sociedade, e que pode ser sintetizado na fórmula de Virchow de que "a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala" (apud Mendes Gonçalves, 1994: 75).

O segundo fato diz respeito ao estatuto lógico do saber que se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno saúde/doença,¹⁰ propondo a superação de sua fase intuitivo-normativa para uma fase científica, isto é, as relações entre as condições econômicas e sociais e a saúde e a doença deviam ser investigadas. Essa proposição deriva da experiência histórica com as epidemias e do desenvolvimento da capacidade de formalização matemática do raciocínio abstrato própria da racionalidade científica moderna. Observou-se que, contando os casos de doença e relacionando-os com o tempo, o espaço e com as características dos doentes e dos ambientes em que eles viviam, podiam-se tirar duas conclusões: de que era possível prever quantos casos ocorreriam em uma próxima unidade de tempo e em um espaço geográfico e demográfico delimitado; e era possível verificar a associação entre a ocorrência de doença e um ou vários fatores presentes no homem ou no ambiente.

¹⁰ Sobre o processo saúde/doença, ver Monken e Barcellos, texto "O território na promoção e vigilância em saúde", no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Por último, essa concepção caracterizou-se pela sua politização concreta, que a identificou com posições sociais que, tendencialmente, iam além dos limites da consolidação do capitalismo, na medida em que, potencialmente, negavam a estrutura social e pelo esforço para sua superação. No limite, isso significava que, para produzir saúde, era preciso mudar a sociedade.

Rudolf Virchow e Salomon Neumann partiam de três princípios: 1) a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social. A saúde e a educação são condições necessárias para gozar uma existência saudável;¹¹ 2) as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à investigação científica; 3) que deviam ser tomadas as providências necessárias para promover a saúde e combater a doença, e que essas medidas deviam ser tanto sociais como médicas (Rosen, 1980).

Para Virchow, as causas das doenças, eram tanto sociais, econômicas e políticas quanto biológicas e físicas. Para ele, era possível apontar como causas as condições atmosféricas e/ou as mudanças cósmicas gerais, com base na teoria miasmática, mas em si e por si estes problemas não eram a origem das epidemias. Estas eram produzidas onde, devido às condições de pobreza, o povo vivia durante muito tempo em 'situação anormal'. Neumann, por sua vez, estava convencido de que, se a pobreza, a fome e a miséria não eram idênticas à morte, à doença e ao sofrimento crônico, eram, junto com o preconceito, a ignorância e a estupidez, fontes inesgotáveis de seu aparecimento.

A partir dessas idéias, Virchow desenvolve a teoria sócio-histórica das doenças epidêmicas, diferenciando-as em natural e artificial, e onde a cultura ocupa um lugar importante entre o homem e a natureza. Para ele,

as condições de vida são tanto naturais quanto artificiais, dependendo da situação espacial e temporal do indivíduo. O desenvolvimento da cultura, multiplicando as relações entre os indivíduos, também complexifica as condições de vida (...). Conseqüentemente, as epidemias são naturais ou artificiais dependendo se as mudanças das condições de vida ocorrem espontaneamente (através de acontecimentos naturais) ou artificialmente (devido ao modo de vida) (apud Rosen, 1980:84).

As epidemias naturais tinham origem em acontecimentos, tais como mudanças de estação, de tempo etc. Elas retornavam com frequência ou per-

¹¹ Sobre a relação entre educação e saúde, ver Morosini, Fonseca e Pereira, texto "Educação e saúde na prática do agente comunitário", no livro *Educação em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

maneciam, na medida em que as condições externas se mantinham inalteradas, ou quando “a grande massa não se protegeu por meios artificiais (...). Fluxos, febres intermitentes e pneumonia sempre têm surgido sob a forma epidêmica” (Virchow apud Rosen, 1980: 84).

Porém, é através da definição das epidemias artificiais que o caráter sócio-histórico da teoria de Virchow fica mais explícito. Para ele, estas eram atributos da sociedade, produtos de uma falsa cultura ou de uma cultura não acessível a todas as classes. As epidemias de tifo, escorbuto e tuberculose, entre outras, eram indicativas da desordem política e social, e conseqüentemente afetavam predominantemente aquelas classes que não participavam dos benefícios da cultura.¹² Neste sentido, elas não só eram produtos das contradições sociais, mas também manifestações significativas do processo histórico.

A história mostrou mais de uma vez (...) como os destinos dos maiores impérios foram decididos pela saúde de seu povo e de seu exército; não há mais dúvida de que a história das doenças epidêmicas deve ser uma parte inseparável da história cultural da humanidade. (...) As doenças epidêmicas, exibindo um caráter até agora desconhecido, aparecem e desaparecem depois que novos períodos de cultura começaram freqüentemente sem deixar traços. Como casos típicos tomemos a lepra e o suor inglês. A história das epidemias artificiais é a história de alterações sofridas pela cultura do homem. Irrupções violentas de epidemias nos assinalam os momentos em que a cultura muda de direção. Toda verdadeira revolução cultural é seguida de epidemias, pois uma grande parte do povo só gradualmente penetra no movimento cultural e dele começa a se beneficiar. (Virchow apud Rosen, 1980: 85)

A elaboração dessas idéias foi suscitada pelo processo de industrialização e urbanização pelo qual passava a Alemanha. Apesar do ritmo mais lento desse processo, se comparada com a Inglaterra e a França, por volta de 1848, o número crescente de indigentes, a existência de uma classe assalariada, a presença do proletariado industrial, não podiam ser negados. A utilização de mão-de-obra feminina e infantil era uma realidade e cada vez mais ficavam evidentes as péssimas condições de vida e trabalho da população, campo fértil para a eclosão das epidemias. “Como na Inglaterra e na França, a industrialização foi acompanhada de uma matança de inocentes. Os que sobreviviam ao berço eram abandonados aos ternos cuidados da fábrica e da mina” (Rosen, 1980: 87).

¹² Sobre a discussão entre cultura e saúde, ver Pedrosa, texto “Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde”, no livro *Educação em Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Neumann, coerente com os princípios esboçados anteriormente, elabora e submete, em 1849, à Sociedade Berlinense de Médicos e Cirurgiões, um projeto de Lei de Saúde Pública no qual esboça um amplo programa de reforma sanitária.¹³ Entre as medidas propostas está a organização de serviços médicos públicos para os pobres, incluindo a escolha livre de médicos, acompanhada do 'direito do cidadão ao trabalho'; um programa de higiene industrial, com ênfase na regulação legislativa das condições de trabalho; a proibição do trabalho infantil antes dos quatorze anos; a redução do dia de trabalho nas profissões consideradas perigosas; a proteção das mulheres grávidas; o estabelecimento de padrões para a ventilação dos locais de trabalho e a prevenção do envenenamento industrial através da utilização de materiais não-tóxicos. Defende também a regulamentação do exercício profissional da medicina e o reconhecimento da estatística como instrumento importante na investigação das relações causais entre condições sociais e os problemas de saúde. Para Neumann, não se tratava de uma estatística médica em sentido estrito, mas de uma 'estatística social', ponto de vista que irá desenvolver nas suas investigações posteriores. Virchow também afirmava que a estatística era um padrão de medida: "comparamos vida com vida e veremos onde há maior densidade de mortes, se entre os trabalhadores ou entre os privilegiados" (apud Rosen, 1980: 88).

Mas as opiniões de Virchow e seus colaboradores não frutificaram à época. Com a derrota da revolução de 1848, o movimento pela Reforma Sanitária rapidamente chegou ao fim. Se durante a última metade do século XIX, na Alemanha, essa concepção social não desapareceu, a reforma se transformou em um programa mais limitado. Ao mesmo tempo, afirma Rosen, a extraordinária rapidez com que as ciências naturais se desenvolviam deu a elas enorme prestígio junto à medicina. É nesse período que surge a bacteriologia, que parecia ser a resposta ao problema da causação da doença. Sob tais condições, não foi difícil passar o doente e seu ambiente para um plano secundário e estabelecer uma relação de causa e efeito entre germe e doença.

¹³ Sobre o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, ver Braga, texto "Sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI", no livro *Sociedade, Estado e Direto à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

Com a chegada da década de 1880, anunciou-se a idade de ouro das descobertas bacteriológicas e a era dos micróbios,¹⁴ como demonstra o Quadro 1 a seguir. Resulta, a partir daí, que as ações de saúde pública se efetivassem, ignorando cada vez mais as relações entre doença e condições sociais. Emil Behring, por exemplo, em 1893, em um ensaio em que trata da terapia etiológica das doenças transmissíveis, proclama, apaixonadamente, a bacteriologia como a verdade médica definitiva e Robert Koch como seu profeta. Faz restrições à associação causal entre a miséria social e doença, assim como à necessidade de uma ampla reforma social, tal qual proposta por Virchow. Assinala que a sugestão tinha seus méritos mas que “de acordo com o procedimento de Robert Koch, o estudo das doenças infecciosas podia ser levado adiante sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais sobre política social” (Rosen, 1980: 78-79).

Quadro 1 – Descobertas médico-sanitárias entre os anos 1880-1900

Ano	Doença-organismo	Descobridor
1880	Febre Tifoide (bacilo encontrado em tecidos) Hanseníase (ex-lepra) Malária	Eberth Hansen Laveran
1882	Tuberculose Mormo	Koch Loeffler e Schutz
1883	Cólera Estreptococo (erisipela)	Koch Fehleisen
1884	Difteria Febre Tifoide (isolamento do bacilo) Estafilococo Estreptococo Tétano	Klebs e Loeffler Gaffky Rosenbach Rosenbach Nicolai
1885	Coli	Escherich
1886	Pneumococo	Fraenkel
1887	Febre de Malta Cancro Mole	Bruce Ducrey
1892	Gangrena Gasosa	Welch e Nuttall
1894	Peste Botulismo	Yersin, Kitasato van Ermengen
1898	Bacilo da disenteria	Shiga

Fonte: Rosen, 1994: 245.

¹⁴ A era dos micróbios começa com Louis Pasteur, quando este inicia seus estudos sobre o clássico processo de fermentação, em 1856, envolvendo a produção de vinhos e cervejas no norte da França, concluindo sobre a dependência desse processo da presença de certos organismos. Mais tarde, na década de 1860, estudando a doença do bicho da seda, dessa vez sob encomenda dos industriais franceses de têxteis, consolida a possibilidade da relação causal entre germes e doença. Mas foi com Robert Koch, em 1876, que a origem microbiana de uma doença passa a ser demonstrada e sua origem biológica imediatamente elucidada, com seus estudos sobre o *bacillus* do antraz. Daí por diante, enquanto os estudos de Koch aprofundam e indicam técnicas para o cultivo e estudo das bactérias, Pasteur volta-se para os mecanismos de infecção e desenvolve conhecimentos de prevenção e tratamento das doenças transmissíveis, estabelecendo com isso o princípio da imunização antibacteriana e antitóxica.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

A derrota do movimento revolucionário de 1848 e, posteriormente, o desenvolvimento da bacteriologia, assinalam a primeira morte da medicina social e da sua concepção social das doenças, tal como era considerada na França e Alemanha. Por outro lado, assinala Mendes Gonçalves (1994), esse momento marca, por oposição, o nascimento definitivo do sanitarismo, cujo melhor exemplo é a Inglaterra, e da epidemiologia como área do saber que se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno saúde e doença, mas comprometida, em suas linhas gerais, com a reprodução da ordem social.

A Medicina da Força de Trabalho e o Nascimento da Epidemiologia

A partir da segunda metade do século XVIII, o ritmo e o caráter da vida econômica na Inglaterra começam a mudar profundamente em decorrência do que se convencionou chamar de I Revolução Industrial. O que caracteriza esse processo é a substituição, na produção de mercadorias, da força física do homem pela energia das máquinas, liberando uma força produtiva nova e mais adequada ao processo de valorização do capital. A introdução do trabalho morto sob a forma de máquinas no lugar do trabalho vivo gera uma nova capacidade de extração de mais-valia, a mais-valia relativa, que se define pela redução do tempo de trabalho socialmente necessário para produzir a mesma quantidade de valores de uso, sem que isso signifique o abandono da extração da mais-valia absoluta, que se dá pela ampliação (intensiva e extensiva) da jornada de trabalho (Bottomore, 1988). Daí por diante, a extração de mais-valia pode ocorrer através do aumento simultâneo da produtividade, com a introdução incessante de inovações tecnológicas, e da intensidade do processo de trabalho.

A grande indústria, no entanto, só se firmou e criou uma base técnica adequada quando se apossou de seu meio característico de produção, a própria máquina, e começou a produzir máquinas por meio de máquinas. Isso só foi possível com a descoberta, no início do século XIX, do *slide-rest*,¹⁵ dispositivo mecânico que veio substituir a mão humana na produção e que teve duas consequências imediatas: o aperfeiçoamento e barateamento de todas as máquinas, estimulando invenções e aperfeiçoamentos ulteriores, e a emancipação do

¹⁵ Marx se refere aqui à segunda máquina a vapor de Watt de 1784, também chamada de máquina de ação dupla. A base de carvão e água, foi o primeiro motor a produzir sua própria força motriz, possibilitando o total controle humano sobre sua potência energética. Ver Marx (v II, 1988: 9).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

processo de produção não só dos limites da força humana como também dos limites de outras forças naturais, tais como a animal, a hidráulica e a eólica, permitindo assim a concentração da produção nas cidades.

É um processo que marca o início da aplicação consciente das ciências da natureza no processo de produção de mercadorias. A ciência, de produto intelectual do desenvolvimento social, a partir desse momento passa a ser incorporada como força produtiva do capital, ao mesmo tempo em que provoca também a revolução urbana, com o acelerado crescimento das cidades industriais, e o desemprego. As ferramentas especiais do cardador, do batedor, do torcedor e do fiandeiro das manufaturas de lã, por exemplo, vão-se transformando em outras tantas máquinas especiais. Os trabalhadores começam a perceber assim que as máquinas não estavam a seu favor, como os iluministas apregoavam à época.

A jornada de trabalho nas indústrias não diminuía para os trabalhadores; muito pelo contrário, aumentava, pois só a jornada lucrativa do dono da máquina era beneficiada. Perceberam os trabalhadores que as máquinas tinham vínculos e compromissos políticos com o capital e, por causa disso, acabavam sendo hostis a eles. Enfim, perceberam que as máquinas eram relações humanas, eram políticas e, portanto, começaram a depositar suas esperanças de libertação não tanto nessas máquinas capitalistas, e sim em seus companheiros, os trabalhadores. Surgiram os sindicatos. (Nosella, 1987: 33)

Essa nova compreensão de que a relação produtiva é uma relação social subverte toda a explicação tecnicista, mecânica e funcional da relação de trabalho. E isso vai colocar para o movimento socialista a necessidade de superar a concepção de trabalho como 'labor', pela de *poiésis*, "que visa relacionar a máquina com o homem universal e eliminar a separação entre trabalhadores das mãos e trabalhadores da inteligência" (Nosella, 1987: 37). Uma concepção essencialmente marcada pelo conjunto das atividades sociais que buscam superar a divisão entre teoria e prática, e pela idéia de que para se relacionar com a máquina é necessário possuir conhecimentos científico, tecnológico e político – ter uma formação politécnica.

Nesse contexto de acentuado desenvolvimento da economia inglesa, de alteração do quadro político com a consolidação da hegemonia política das frações industrial e financeira da burguesia, e da emergência das organizações operárias, representadas pelas *Trade Unions*, que a retenção geográfica dos pobres nas paróquias, tal como estabelecia a Lei dos Pobres de 1601, já não

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

atendia às novas necessidades de acumulação do capital, o que exige a sua reforma em 1834. Do mesmo modo, leva também à formalização legal da saúde pública ou sanitarismo, versão inglesa da medicina social, que aí encontra seu máximo desenvolvimento por comparação às demais sociedades européias da época (Donnangelo, 1976).

Para o novo industrialismo, a mobilidade dos trabalhadores era exigência essencial para a civilização industrial que então surgia. A força de trabalho precisava estar disponível em quantidade adequada nos locais que fosse mais necessária e, conseqüentemente, os industriais pediam um mercado de mão-de-obra aberto ao jogo livre da oferta e da procura.

Por outro lado, diz Rosen (1980), a doutrina da necessidade filosófica, baseada na crença na ordem natural da sociedade, a economia política de Smith, Malthus e Ricardo, e a filosofia administrativa de Bentham, estão na base das propostas sobre o fim da assistência aos pobres capazes. A pobreza e a ociosidade deviam ser reguladas pela razão e pela necessidade e não por uma provisão legal dirigida a eles, o que iria somente agir como incitamento à ociosidade. Os pobres deviam ser compelidos a se defenderem sozinhos e estimulados a se ajudarem sendo econômicos. A Lei dos Pobres de 1601, nesse sentido, era um obstáculo à auto-ajuda, ao progresso individual e social.

De outro lado, aceitava-se como princípio básico que a empresa privada livre era a mola principal do progresso social. Sendo assim, a lei também era um obstáculo, um impedimento social a ser removido para libertar o potencial da iniciativa individual. A ação do indivíduo visando ao seu próprio benefício faria mais para melhorar a condição do pobre que qualquer assistência legal.¹⁶ Finalmente, para manter a ordem econômica e a harmonia entre os homens era necessário “considerar a mão do legislador como a mão invisível que guia o homem em sua ação econômica e social” (Rosen, 1980: 230).

É nesse contexto que é aprovada o Ato de Emenda à Lei dos Pobres, em 1834, que incorpora e implementa os princípios do relatório elaborado por Edwin Chadwick, ‘radical filosófico’ e membro da Comissão Real para investigar a administração e o funcionamento da Lei dos Pobres de 1601. O principal objetivo da lei de 1834 foi criar um mercado livre de mão-de-obra, transformá-la em

¹⁶ Sobre a discussão da ação estatal sobre a pobreza, ver Pereira e Linhares, texto “O Estado e as políticas sociais no capitalismo”, no livro *Sociedade, Estado e Direto à Saúde*, nesta coleção (N. E.).

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

uma mercadoria livre das amarras paroquiais, ao mesmo tempo em que restringiu o atendimento ao pobre, considerado daí em diante como o mais miserável dos miseráveis fora das casas de trabalho.

Portanto, esse movimento significou uma ruptura com o estatuto da pobreza, revelando sob essa categoria a força de trabalho que se torna necessária à produção industrial.

O núcleo dessas disposições encontra-se no fato de que, admitindo a assistência a velhos e doentes, excluía contudo desse direito as pessoas aptas ao trabalho, juntamente com suas famílias, a menos que se sujeitassem ao internamento nas *workhouses*. (...) Trata-se, portanto, antes de mais nada de reduzir a massa de incapacitados aparentes ao seu limite mínimo e liberar para o mercado de trabalho – aumentando ao mesmo tempo a competição neste mercado – o volume disponível de força de trabalho adequado aos interesses do capitalismo industrial competitivo. Isso implica a correspondente exigência de desarticular em definitivo os laços anteriormente estabelecidos entre o 'pobre' e a freguesia a que 'pertence', de forma tal que ele possa irromper e circular livremente no mercado. (Donnangelo, 1976: 65-66)

Mas, além do sentido econômico, essa nova legislação também tem um sentido político, consubstanciada na transformação do antigo pobre em proletariado industrial, o que coloca em evidência um novo tipo de pobreza.

A pobreza continuará a expressar-se pelas várias formas de carência e enfermidade mas não se identifica com o não-trabalho, diz respeito agora a uma categoria social claramente discernível, que pode ser e será doravante mais freqüentemente remetida à forma que assume o processo de acumulação de capital. Ademais, o proletariado industrial, diferentemente dos pobres de paróquia, introduz na vida política novas formas de organização – em especial os sindicatos e, através delas, associações voluntárias de assistência, passíveis de expressar a 'solidariedade de classe'. (Donnangelo, 1976: 66-67)

E são as condições do proletariado urbano-industrial que fazem emergir a questão da saúde pública, imediatamente após a reforma da Lei dos Pobres. A economia de mercado, as novas fábricas e o ambiente urbano moderno começam a produzir problemas de saúde, exigindo novos meios de proteção da saúde e prevenção das doenças. Desde o final do século XVIII e entrando pelo século XIX, começa a ocorrer, com freqüência cada vez maior, febres epidêmicas, tifo etc., decorrentes da superlotação de fábricas e das jornadas de trabalho de 13 a 16 horas, inclusive para mulheres e crianças; das moradias superlotadas e insalubres; dos baixos salários, da ausência de serviços sanitários básicos etc. O aumento na taxa de mortalidade geral da população acompanha

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

o crescente número de habitantes das grandes cidades, tais como Bristol, Leeds, Liverpool, Londres, Manchester etc. Na década de 1830, as taxas de mortalidade da população urbana são superiores ao crescimento populacional das cidades. Em 1832, uma epidemia de cólera que começou em Paris, se propaga por toda a Europa, cristalizando em torno da população proletária uma série de medos políticos e sanitários. “Cada vez mais a Inglaterra vivia em cidades e trabalhava em fábricas e, à medida que esta nova forma de vida se difundia, as condições de saúde pioravam, tornando insuficiente qualquer esforço voluntário e gradual para enfrentar o problema” (Rosen, 1980: 233). A necessidade de controlar, por razões econômicas e políticas, a ação dos fatores que acarretavam os elevados índices de enfermidades e mortes, vai exigir a adoção de medidas capazes de atingir coletivamente a população.

Nesse âmbito, Chadwick vai exercer um papel importante, pois, segundo Rosen, ele considerava que a pobreza era conseqüência muitas vezes de doenças pelas quais o indivíduo não podia ser responsabilizado e tinha a convicção de que a saúde era afetada pelo estado do ambiente social e físico. Em 1842, lança um documento fundamental da saúde pública moderna no qual aponta “sem deixar margem a dúvidas, que a doença estava relacionada a condições ambientais ruins causadas por falta de esgoto, suprimento de água e meios para remover o lixo das casas e ruas” (Rosen, 1980: 236). Essas questões receberam uma atenção maior com a adesão dele à teoria miasmática, fazendo com que a saúde pública fosse definida mais como um problema de engenharia do que de medicina, em decorrência das ações, tais como drenagem, limpeza das casas e ruas, melhor abastecimento d’água e melhor sistema de esgotos, além da retirada eficiente de todo o lixo das cidades.

Entretanto, Foucault (1981) também aponta para o que considera uma iniciativa inovadora do sanitarismo inglês: a idéia de uma assistência controlada. Isto é, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os pobres a satisfazer suas necessidades de saúde quanto um controle pelo qual a burguesia ao assegurar a saúde dos pobres também se protege. “Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre” (p. 95). Para Foucault, a partir da legislação médica contida na Lei dos Pobres de 1834, vê-se claramente a transposição do grande problema político da burguesia à época: a que preço, em que condições e como assegurar sua segurança política.

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

Singer et al. (1981), na sua análise, também apontam para essas iniciativas de 'cordão sanitário', bem como para as preocupações em torno da segurança política da burguesia, tendo em vista que os problemas de saúde suscitados pela Revolução Industrial não afetavam apenas os trabalhadores, mas também as classes dominantes. Isto porque, a) estas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais; b) as más condições de vida e saúde reduziam significativamente a produtividade do trabalho, conseqüentemente o lucro; c) a situação dos operários era terreno fértil para movimentos de revolta, que punham em perigo a ordem burguesa constituída. Em síntese, era preciso intervir para remediar essa situação, de modo a garantir condições mínimas para a reprodução da força de trabalho e para que a capacidade de trabalho dos operários fosse preservada. O Estado devia intervir não só criando leis trabalhistas que limitassem a exploração do trabalho, principalmente infantil, como também serviços de saúde que pudessem garantir a reprodução da força de trabalho.

Em um primeiro momento, portanto, essas ações privilegiam as medidas de saneamento do meio, que efetivamente contribuíram para a redução das taxas de mortalidade por doenças transmissíveis na Inglaterra. Em um segundo momento, em torno de 1870, segundo Foucault (1981), com a organização de um serviço não de cuidados médicos, mas de controle médico da população. Trata-se dos sistemas de *health service* ou *health officers* que têm início na Inglaterra em 1875, chegando ao final do século XIX com quase mil unidades. Sua função compreendia o controle da vacinação obrigatória, a organização do registro das epidemias e doenças com riscos epidêmicos e localização dos lugares insalubres e eventual destruição desses focos de insalubridade. Esses serviços tinham como característica atingir o conjunto da população, isto é, o objeto de intervenção era a população em geral e não os indivíduos, os cuidados eram coletivos e não individuais.

É a partir desse objeto que a epidemiologia se desenvolve como área do saber que se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno saúde e doença. Entretanto, não mais comprometida com a mudança social, mas com a reprodução da ordem social. Ao redor dela, desenvolvem-se as diversas disciplinas da higiene, como saberes de estrutura normativa que procurarão traduzir os conhecimentos gerados para perspectivas aplicadas e aspirando ao estatuto de puramente técnicas.

Essa estruturação, inicialmente, deve ser compreendida como resposta às necessidades expressas explicitamente no plano coletivo, seja uma certa quantidade e produtividade da população, seja um padrão igualitário de saúde ou de

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

condições ambientais de vida. Em seguida, esse saber deve constituir um objeto passível de intervenção nesse mesmo plano, isto é, deverá compreender a saúde e a doença como expressão de um fenômeno essencialmente supra-individual. Finalmente, a tal objeto coletivo, esse saber deverá fazer corresponder instrumentos de trabalho adequados, tanto para sua apreensão como para a manipulação, tais como o desenvolvimento das estatísticas de população e o amplo conjunto de ações higiênicas.

Assim, o saber epidemiológico irá caracterizar-se, primeiramente, pela progressiva codificação da investigação sobre as dimensões coletivas da saúde e da doença nos moldes do 'método científico', inspirado no positivismo,¹⁷ derivando daí a extrema restrição em captar a historicidade do seu objeto: os corpos coletivos investidos socialmente. Em segundo lugar, e, por conseqüência, foi sendo erigido como único método capaz de explicar o seu objeto, bloqueando enfoques alternativos como não científicos, mais por razões políticas do que científicas. Em terceiro lugar, historicamente, a epidemiologia passou a se referir às delimitações da doença, realizadas no interior da clínica fisiopatológica como elementos invariantes, ou seja, ficou presa à formalização biológica da estrutura anatomofisiológica do corpo individual produzida por esta, excluindo, assim, toda a diversidade e historicidade de seu objeto.¹⁸ Por último, ao tomar a doença como invariante e atributo individual, a epidemiologia "é obrigada pela lógica indutivo-quantitativa a tomar to-

¹⁷ No sentido amplo, o positivismo refere-se à teoria do conhecimento proposta por Francis Bacon, John Locke e Isaac Newton, a qual afirma a primazia da observação e a busca da explicação causal por meio da generalização indutiva. Nas ciências sociais, ficou associado a três princípios afins: o princípio ontológico do 'fenomenalismo', no qual o conhecimento só pode fundamentar-se na experiência, que no limite é a fetichização dos 'fatos'; o princípio metodológico da 'unidade do método científico', o qual proclama que os procedimentos da ciência natural são diretamente aplicáveis ao mundo social com o objetivo de estabelecer leis invariantes ou generalizações semelhantes a leis sobre fenômenos sociais; e o princípio axiológico da 'neutralidade', que se recusa a conceder aos enunciados normativos o *status* de conhecimento e mantém uma rígida separação entre fatos e valores (Bottomore & Outhwaite, 1996: 592-593). Referindo-se ao positivismo no âmbito das ciências da vida, Canguilhem (apud Mendes Gonçalves, 1994: 98, nota 22) diz que, "uma terapêutica científica [é] superior a uma terapêutica mágica ou mística. É verdade que conhecer é melhor do que ignorar quando é necessário atuar, e, nesse sentido, o valor da filosofia da ilustração e do positivismo, inclusive o cientificista, é indiscutível". A questão que se coloca é que o seu objeto foi não apenas captado em suas características biológicas, mas com exclusividade, o que quer dizer que foi captado por desqualificação das demais características do mesmo corpo, ou ainda, de outras determinações.

¹⁸ Sob esse aspecto, Donnangelo (1976: 24), nos ajuda a entender que "é no conjunto complexo de relações que mantém com elementos externos a ele que o corpo se elabora e reelabora, de maneira tal a só realizar-se, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, através das qualificações ou determinações que adquire no plano da existência material e social". Portanto, o corpo dos homens não pode ser visto como homogêneo, invariável e a-histórico, ele é relação social.

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

dos os possíveis aspectos fenomênicos da realidade que queria hipoteticamente contrastar com aquela invariante, sob a forma de variáveis atributivas dos mesmos indivíduos” (Mendes Gonçalves, 1994: 79).

Portanto, essa radical mudança de concepção do objeto da epidemiologia corresponderá a equivalentes mudanças no nível dos instrumentos de intervenção na realidade. A saúde e a doença, de fenômenos essencialmente sociais, em Virchow, tornam-se fenômenos biológicos, cujas probabilidades de ocorrência são também, mas não apenas, e não necessariamente, socialmente determinadas. Sendo assim, a sua intervenção incide não no social diretamente, mas nos efeitos do social sobre os indivíduos. Em vez de propor mudanças nas condições que resultam em habitações precárias e insalubres e nutrição deficiente, proporá o isolamento das fontes de infecção, a correção das condições de infraestrutura das habitações e a educação sanitária e nutricional da população.¹⁹

À medida que a clínica lograr difundir a idéia da doença como atributo individual, complementarmente a epidemiologia estará instrumentalizando as práticas que, institucionalizadas progressivamente nos aparelhos estatais de saúde pública, cumprem a função de mitigar os efeitos ‘acidentalmente’ danosos que a forma de organização social da vida acarreta para os indivíduos. (Mendes Gonçalves, 1994: 80)

É nesse sentido, que Luz (1988) diz que a medicina é uma disciplina do social, não por ser portadora de um discurso sobre a sociedade como produtora de doenças, mas por produzir um discurso natural sobre uma realidade social, por naturalizar os fenômenos sociais sobre o corpo individual e social, o que tem um efeito político – contribuir para a ordenação social e econômica de indivíduos e classes sociais na história moderna.

Para essa autora, o discurso e as propostas médicas sociais radicais sobre o conceito de saúde, protagonizadas pela medicina social, não tiveram espaço de legitimação como ‘verdadeiro’ no contexto epistemológico e político da ciência das doenças. O espaço social e epistemológico desse ramo minoritário das ciências médicas será destinado às teorias de ‘normalização’ de grupos, instituições e classes sociais. Da mesma forma, Mendes Gonçalves ressalta a dominância das concepções, teorias e categorias higienistas, com profundas implicações moralizadoras, dentro de um processo racionalizador civilizatório.

¹⁹ Sobre esta discussão, ver Gondim, texto “Do conceito do risco ao da precaução: entre determinantes e incertezas”, no livro *O Território e o Processo Saúde-Doença*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Essa concepção será incluída na racionalidade médica moderna de forma subordinada, no sentido do controle das doenças e da constituição de sujeitos sadios, de acordo com os princípios da normalidade médica, até os nossos dias.

À Guisa de Conclusão

O desenvolvimento e a reorganização do trabalho em saúde, ou, se preferirmos, a reestruturação produtiva desse trabalho, só pode ser compreendida quando se descobre a própria natureza da realidade social na qual se inscreve e que a redefine historicamente. Isso é o que demonstram os estudos de Donnangelo (1976), Rosen (1980), Luz (1988) e Mendes Gonçalves (1994), que, ao recolocar o trabalho em saúde como prática social, caminham no sentido oposto dos estudos que o definem como uma prática técnica neutra, interessada apenas no bem-estar e na extensão dos serviços de saúde para toda a população. Ao contrário, afirmam a sua integração e produtividade na consolidação da própria racionalidade moderna e, mais que isso, o seu comprometimento com a manutenção e reprodução da força de trabalho e participação no controle das tensões e antagonismos sociais. Para isso, lança mão da progressiva extensão dos serviços de saúde à população.

Inicialmente, as práticas de saúde tomam como objeto de trabalho o 'corpo coletivo investido socialmente', produzido pela medicina social e sistematizado, mais tarde, pela epidemiologia, para, em seguida, subordiná-lo ao 'corpo individual', produzido pela clínica. A partir de então, ao privilegiar progressivamente a concepção de doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano, aliado ao enorme prestígio que as ciências naturais tiveram no seu interior, o trabalho em saúde participa mais diretamente do processo de reprodução das condições para a acumulação de capital, entre as quais, a reprodução da força de trabalho, na medida em que toma o corpo individual como seu objeto de trabalho privilegiado.

As práticas de saúde se, por um lado, fazem parte do processo de produção da vida, também criam e recriam as condições materiais necessárias à produção econômica ao definir a capacidade física e ao normatizar as formas de utilização do corpo. Ao mesmo tempo, nesse processo, o trabalho em saúde participa também da determinação do valor de uso da força de trabalho, situando-se, portanto, para além dos objetivos tecnicamente definidos. Dessa forma, essas práticas colaboram para aumentar a produtividade do trabalho ou a produ-

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

ção de mais-valia relativa, dado que a melhoria das condições de saúde do trabalhador contribui para a obtenção de um máximo de produtos em menor tempo de trabalho (Donnangelo, 1976).

Em contrapartida, o desenvolvimento da bacteriologia, do arsenal terapêutico farmacológico, e o aparecimento da anestesia, aliados à organização das técnicas de cirurgia e à profissionalização do pessoal de enfermagem, foram condições fundamentais para que o trabalho em saúde se organizasse coletivamente no interior dos hospitais, no final do século XIX.

Inicia-se, nesse momento, a segunda reestruturação do trabalho hospitalar. Os estudos de Foucault (1981) indicam que a primeira reestruturação produtiva dessa modalidade de trabalho em saúde ocorre ao final do século XVIII, a partir dos inquéritos hospitalares realizados na França e Inglaterra, que determinam uma importante reorganização administrativa e política, ou um novo esquadramento do poder no seu interior. Entretanto, buscou-se, naquele momento, adotar as medidas necessárias para anular os efeitos negativos e a desordem do hospital, mais do que realizar uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença. Uma desordem que diz respeito tanto aos efeitos patológicos das doenças, que podiam acometer as pessoas internadas e espalhar-se pela cidade onde estivesse situado, quanto à dimensão econômico-social, isto é, como local de intenso tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras, especiarias etc., trazidos das colônias pelos soldados, que escapavam ao controle econômico da alfândega e eram reclamadas pelas autoridades financeiras. Daí que, para Foucault, a reestruturação do trabalho hospitalar, nesse primeiro momento, foi realizada não a partir de uma tecnologia médica, mas a partir de uma tecnologia política – a disciplina.

Ao contrário, podemos dizer que, sem abandonar essa tecnologia política, no final do século XIX, a reestruturação do trabalho hospitalar toma como ponto de partida as ciências da vida e suas tecnologias, assim como o modo taylorista de organização do trabalho, isto é, é baseada nas potencialidades que essas ciências demonstram para prolongar a vida humana e na sua capacidade de repor mais rapidamente a mercadoria força de trabalho em circulação, o que as tornam produtivas para o capital. É nesse momento que o hospital se realiza como 'máquina de cura', o que pode ser demonstrado pelo exemplo americano, já que são nesses hospitais que os 'cuidados funcionais' são organizados como meio de trabalho da enfermagem.

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

Assim como na grande indústria, os hospitais são invadidos pelos conceitos de administração científica e racional aplicados aos cuidados. Um tipo de organização na qual a preocupação central não é dar conta das necessidades de saúde, mas dar conta da grande demanda de cuidados, em conseqüência do maior fluxo de pacientes, com o objetivo de diminuir o tempo de internação, aumentar a rotatividade, e com isso os lucros das empresas de saúde, então em formação.

Starr (1991) demonstra que, nos Estados Unidos, entre 1870 e 1910, os hospitais se tornaram o centro da educação e do trabalho em saúde, passando de 178 para 4.000 estabelecimentos neste período, concentrando, no seu interior, as tecnologias que permitiram o avanço da assistência de enfermagem e da cirurgia médica, e, conseqüentemente, o atendimento em massa dos trabalhadores. Do ponto de vista da educação profissional em saúde, ocorre que daí em diante não basta a experiência prática. A tendência será a progressiva exigência do aumento da escolaridade e da formação profissional, particularmente, dos(as) trabalhadores(as) técnicos de enfermagem.

A incorporação de tecnologias médicas é outra face do trabalho em saúde que se exacerba com o desenvolvimento do capitalismo. Donnangelo (1976) chama atenção para o fato de que o trabalho em saúde não apenas contribui para a produção de mais-valia relativa do trabalho industrial com a manutenção/reprodução da força de trabalho, mas também realiza a mais-valia produzida em diferentes setores, ao consumir as tecnologias das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos, instaurando, assim, um vínculo direto e específico entre saúde e economia.

Esse desenvolvimento tecnológico e de capital na saúde, para a autora, está na base tanto da superação da clínica como meio básico de trabalho – na medida em que o toque e o olhar sobre o corpo são substituídos por uma infinidade de exames diagnósticos de custos cada vez mais elevados – quanto da criação de novas modalidades de organização da produção dos serviços de saúde, bem como do assalariamento médico e do conjunto dos trabalhadores de saúde. Com isso, o desenvolvimento tecnológico e a entrada de capitais no setor introduzem uma contradição importante nesse tipo de trabalho: a elevação progressiva dos custos do cuidado em saúde, decorrente da incorporação dos custos dos produtos industriais ao valor do cuidado, acaba tornando-se uma barreira à sua efetivação e principalmente à sua universalização. Essa contradi-

BASES HISTÓRICO-CONCEITUAIS

ção está na base das diversas iniciativas de racionalização do trabalho, tais como a proposta de medicina comunitária analisada por Donnangelo.

Entendemos que todas as questões aqui esboçadas são fundamentais e indicam que, para avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde²⁰ no país, se impõe, antes de tudo, a compreensão da natureza das mudanças societárias que ocorrem na atualidade e suas repercussões no trabalho em saúde. Um dos principais desafios que o SUS continua a enfrentar é a garantia de acesso e sua universalização para toda a população. Isso é particularmente importante em um contexto de ofensiva neoliberal, que busca recuperar os serviços sociais para as empresas privadas, propondo a remercantilização de tais serviços. Ainda que pequena, a contribuição que podemos dar é continuar a compreender esse processo, tentar desvendar os interesses que estão em jogo, com o compromisso de um pensamento crítico a favor da saúde pública.

Referências

- ALBORNOZ, S. *O Que é Trabalho*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BARATA, R. A historicidade do conceito de causa. In: ABRASCO & ENSP (Orgs.) *Textos de apoio. Epidemiologia 1*. Rio de Janeiro: PEC, Ensp, Abrasco, 1985.
- BOTTOMORE, T. *Dicionário do Pensamento Marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.
- BOTTOMORE, T.; OUTHWAITE, W. *Dicionário do Pensamento Social do Século XX*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996, p.592-593.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. *Revista Temas de Ciências Humanas*, 4: 1-18, 1978.
- LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MACHADO, R. et al. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARX, K. *O Capital*. 3.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v.II.
- MENDES GONÇALVES, R. B. M. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992.

²⁰ Sobre o SUS, ver Matta, texto "Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde", do livro *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*, nesta coleção (N. E.).

O PROCESSO HISTÓRICO DO TRABALHO EM SAÚDE

MENDES GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

NOSELLA, P. Trabalho e educação. In.: GOMES, C. M. et al. (Orgs.) *Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1987.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora da Universidade Estadual Paulista, Abrasco, 1994.

SINGER, P. et al. *Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

STARR, P. *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.