



(Foto: Freepik.com. Reprodução)

Saúde coletiva envolve não apenas medicina, mas a saúde humana, animal e ambiental em conjunto.

Saúde coletiva, desenvolvimento e qualidade de vida no contexto latino-americano atual

As saúdes ambiental, animal e humana estão interligadas e precisam ser consideradas em conjunto na busca de soluções para os problemas atuais

* Rosana Onocko-Campos

Introdução

Nos países latino-americanos, compartilhamos de algumas características fundamentais: na maioria deles existe uma desigualdade flagrante, nossas democracias são jovens e têm algumas fragilidades institucionais, e todos fomos marcados de

alguma forma pela violência colonizadora.

Nossas dívidas não são exclusivamente financeiras (sejam elas externas ou com as elites internas), mas são também dívidas sociais. Precisamos incrementar a inclusão social na região e diminuir as inequidades. Precisamos um modelo de desenvolvimento que seja

também inclusivo, respeitoso das diferenças e que não agrida o meio ambiente.

No campo da Saúde Coletiva, que é ao mesmo tempo um campo de produção de conhecimento, de intervenção para a produção de saúde e de produção de subsídios para a formulação de políticas públicas, essas características têm um

impacto importante. Nunes [1] afirmava que a Saúde Coletiva possui uma tríplice dimensão: como corrente de pensamento, como movimento social e como prática teórica.

Atravessamos um século XXI marcado pelo aquecimento global, recentemente submetido a uma crise pandêmica provocada pela Covid-19 e a uma agudização dos movimentos migratórios (que a guerra europeia só nos permite imaginar que se agravará).

É nesse contexto que a ideia de “uma só saúde” (*One Health*) [2-4] começou a ser defendida na saúde pública mundial. O que esse conceito significa? Que as saúdes ambiental, animal e humana estão inevitavelmente interligadas e que não haverá solução isolada para nenhuma delas.

A trajetória da Saúde Pública

Ao longo da história, houve mudanças importantes na concepção sobre a produção de doenças [5,6]. Na antiguidade, as doenças significavam problemas com os deuses. Em “*Ares, águas e lugares*” de Hipócrates já apareciam essas questões. Os gregos utilizavam essas ideias para escolher a localização das novas cidades. A Higeia (higiene) teria sido uma das filhas de Esculápio, sendo a outra a Panaceia. Nesse marco paradigmático, a produção de saúde dependeria de realizar agradados aos deuses: jejuns, sacrifícios, rezas, respeito de regras, interdições alimentares etc.

Essa teoria demiúrgica dos povos antigos pressupunha intervenções coletivas e individuais, rituais coletivos, obediência individual. Ainda que

nos pareça uma teoria antiga e superada, tem sido reavivada na atualidade em alguns ambientes de fanatismo religioso.

Com a industrialização europeia, grandes parcelas da população na Inglaterra e em outros países passaram a viver em condições de vida miseráveis. As cidades não tinham condições mínimas de moradia, água e esgoto. As doenças começaram a ser relacionadas a problemas com miasmas e com os pobres. Acreditava-se que os eflúvios e fedores contaminavam os humores do corpo. Assim, ocorreram as condições para que uma teoria errada funcionasse, e em vários países começaram a se implantar medidas de saúde pública vinculadas ao saneamento e à higiene. Chadwick em Londres, Virchow na Alemanha e socialistas utópicos na França promoveram verdadeiras revoluções urbanas em prol da prevenção das epidemias e doenças [7]. Os registros de óbitos e doenças – e, junto com eles, a estatística – tiveram nessa época seu grande impulso [8]. Diríamos, então, que a produção de saúde teve um modelo assistencial urbanístico, com intervenções efetuadas fora do setor de saúde. Essa trajetória permite afirmar que a saúde pública nasceu sem grande relação com a medicina e já portadora de uma contradição fundamental: entre controle sanitário e higiênico das populações e as reivindicações de direito humanitário. Essas tensões são constitutivas do campo da saúde pública e até hoje não estão resolvidas.

Em 1876, o artigo de Koch sobre o antraz marcou a entrada e o reconhecimento da era microbiana. Essas

“Precisamos incrementar a inclusão social na região e diminuir as inequidades. Precisamos um modelo de desenvolvimento que seja também inclusivo, respeitoso das diferenças e que não agrida o meio ambiente.”

descobertas deram nascimento à parasitologia e à bacteriologia. Suas intervenções técnicas (ainda antes do reconhecimento científico de sua relação causal com as doenças) foram incorporadas ao mundo da produção industrial alimentar na França e na Alemanha. O desabrochar da teoria dos germes deu grande impulso à teoria da unicausalidade (um germe - uma doença). Nascia assim uma esperança iluminista: a de que a produção de saúde dependeria da descoberta dos agentes etiológicos e de agentes terapêuticos ou de procedimentos que evitassem a contaminação. Vacinas, eliminação de vetores, bloqueios de focos etc., desde finais do século XIX e ao longo do século XX, constituíram-se em grandes avanços. A saúde pública se vinculava cada vez mais à medicina (preventiva) e a clínica ganhou destaque. A descoberta das bactérias trouxe nova força à ideia de uma autoridade pública encarregada de zelar pelo bem-estar da comunidade (campanhas e ações compulsórias como vacinas) (Figura 1).

Em 1965, Leavell, H. & Clark E. G. [9] elaboraram a teoria da multicausalidade. O modelo ecológico por eles apresentado trata das doenças como processo.



(Fonte: Óleo sobre tela por Ernest Board/Dea Picture Library. Reprodução)

Figura 1. Edward Jenner (1749-1823), aplicando a primeira vacina contra a varíola em James Phipps. Vacinas, eliminação de vetores, bloqueios de focos etc., desde finais do século XIX e ao longo do século XX, constituíram-se em grandes avanços.

A “história natural do processo de saúde-doença” estabeleceu os períodos de pré-patogênese e de patogênese. Também se apresenta nesse modelo a tríade ecológica, que destaca a relevância da relação entre agente, hospedeiro e ambiente para que se desenvolva uma doença. Surgem dali também os conceitos de prevenção primeira, segunda e terceira. A clínica (diagnóstico e terapêutica) seria, então, uma forma de prevenção secundária.

“A Saúde Coletiva é uma criação brasileira, nascida no final dos anos 1970, no marco de um contexto latino-americano que se encontrava em ebulição e fervilhante e que tratava das questões sociais associadas à saúde por meio do que se chamava de ‘medicina social’.”

Cada uma dessas teorias causais produziu formas de intervir para evitar doenças, intervenções que abrangiam tanto o plano do individual quanto o coletivo.

Mais recentemente, nos anos 1990, no mundo anglo-saxão, cunhou-se a expressão *Syndemic approach* [10,11] para se referir ao estudo dos agravos que as relações entre várias infecções concomitantes, as relações entre doenças e ambiente social ou as relações entre condições psicossociais e doenças podem implicar nas condições de saúde. Essas interações adversas, segundo alguns autores, vão além das já muito conhecidas comorbilidade ou multimorbidade, pois a abordagem sindêmica pretende focar e aprofundar as relações desses agravos com o ambiente e a piora das condições de saúde das comunidades. A abordagem sindêmica prega o estudo exaustivo do ambiente

e das relações sociais em diferentes agrupamentos e busca melhorar a eficácia dos tratamentos e reduzir os custos das intervenções [12].

Issues such as global warming, environmental degradation, global health disparities, human rights violations, structural violence, and wars exacerbate syndemics with damaging impacts on global health. A syndemic understanding of disease is now gaining recognition in the public and global health research spheres [i] [11].

Foi uma abordagem sem dúvida mais complexa que a da saúde pública clássica, e que teve rápida aceitação no nosso meio. Porém, chama a atenção – quase como uma forma de neocolonialismo – que nós latino-americanos devamos esperar que venha do Norte um modelo explicativo funcionalista, que apenas engatinha em direção ao que desenvolvemos na região desde os anos 1970.

A medicina social latino-americana e a saúde coletiva brasileira

Qual é a diferença entre a Saúde Coletiva brasileira e a Saúde Pública clássica mundial? A Saúde Coletiva é uma criação brasileira, nascida no final dos anos 1970, no marco de um contexto latino-americano que se encontrava em ebulição e fervilhante e que

tratava das questões sociais associadas à saúde por meio do que se chamava de “medicina social” [1].

A Medicina Social latino-americana centrou suas análises na desigualdade do sistema social vigente (determinada pela macroestrutura produtiva), chamando a atenção para a necessidade ética e política de mudar as condições de produção como principal determinante do processo de saúde-doença. Claramente ancorada no estrutural marxismo, essa argumentação clássica se renova na atualidade em tempos de aquecimento global.

Nesse marco disciplinar da medicina social latino-americana, as desigualdades foram apontadas não somente como produtoras de doença, mas também como obstáculo para a recuperação da saúde. Assim, o acesso à atenção, à qualidade de assistência e às formas que assume – ou não – a política pública, passou a se constituir em objeto de estudo e preocupação (Figura 2).

Para alguns autores, a singular articulação entre elaborações teóricas e o

engajamento na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) são características *sui generis* da Saúde Coletiva brasileira [13].

Há consenso entre vários autores [1,13] sobre o fato de a Saúde Coletiva ter nascido do encontro da Saúde Pública com as Ciências Sociais, em um momento histórico muito marcado nas ciências sociais locais pela sustentação teórica no estrutural-marxismo: assim, desde as suas origens, a Saúde Coletiva reconhece o sujeito como um ser histórico e social.

A Saúde Coletiva Brasileira produziu – em seus quase 50 anos de existência – importantes contribuições críticas em relação aos efeitos da hegemonia da biomedicina. Relevantes análises sobre os efeitos das desigualdades na distribuição de doenças e agravos. E manteve uma clara ênfase na determinação sócio-histórica e cultural dos objetos estudados. Dessa forma, quando falamos em saúde coletiva, não estamos em um campo que coincide totalmente com o da biomedicina, ainda que se superponha parcialmente com ela.

Isso é importante de se ressaltar, e às vezes nos custa que seja compreendido por nossos colegas de outras partes do mundo. Mas posicionar-se no campo da saúde coletiva implica uma proximidade com as ciências sociais e certa crítica da biomedicina como forma hegemônica de reflexão sobre a saúde.

Para muitos de nós, sanitaristas formados na saúde coletiva, temas como os dos sistemas produtivos, questões energéticas e desenvolvimento regional tornaram-se temas estratégicos e próximos de nossa disciplina. Assim, também sabemos desde o advento de nossa disciplina, da necessidade da interdisciplinaridade e da insuficiência das ciências duras para explicar, compreender e resolver problemas epidemiológicos. As interações entre patógenos, entre questões sociais e distribuição e/ou agravos de doenças caracterizam o campo da Saúde Coletiva desde seus primórdios.

A atual conjuntura na região

Vivemos um mundo globalizado e marcado pelas desigualdades. As marcas da pandemia só exacerbaram a concentração da riqueza e a exclusão. Sequelas podem ser detectadas na piora de indicadores de saúde, no incremento das desigualdades de acesso à educação e no aumento da violência doméstica [14,15].

Grande parte da alimentação mundial é produzida na nossa região. Isso poderia nos dar uma vantagem estratégica significativa ou, ao contrário, nos deixar sujeitos aos desígnios do



(Foto: Nailana Thiely/Ascom UEPA. Reprodução)

Figura 2. As desigualdades sociais são não apenas produtoras de doença, como também obstáculos para a recuperação da saúde.

norte global. A América Latina tem condições de transformar a produção mundial de alimentos em cadeias produtivas limpas, ecologicamente sustentáveis e respeitadas com o meio ambiente de nossos povos (Figura 3).

Também temos – como região – uma necessidade urgente de sair do papel de produtor global de *commodities* que sempre nos coloca em desvantagem nas balanças comerciais, e poderíamos muito bem planejar cadeias produtivas mais limpas e interligadas regionalmente. Elas existem hoje entre alguns países para a montagem de automóveis, por exemplo. Por que não expandir essas negociações para outras áreas e incorporar mais tecnologia?

Todos os nossos países sofreram desesperadamente devido à falta de suprimentos básicos de saúde causados pela pandemia de Covid-19. Máscaras foram importadas da China, países ricos correram para comprar vacinas em quantidades que às vezes quadruplicavam

sua população, e até hoje temos regiões da África com taxas de vacinação muito baixas.

Precisamos assumir que podemos atingir a soberania sanitária. No Brasil, o que chamamos de Complexo Econômico Industrial da Saúde [16] tem sido amplamente estudado. Podemos e devemos produzir e desenvolver medicamentos, vacinas e insumos para a saúde de maneira autônoma.

Em suma, a produção de um setor (como o da saúde) que consome e demanda muita tecnologia e capacitação para seu desenvolvimento, que estimula o desenvolvimento científico e que ativa uma grande cadeia de valor, aumentando o PIB, poderia se tornar um grande mobilizador das nossas economias. Hoje, grande parte dos insumos que consumimos no Sul Global vem da Índia. Contudo, temos em solo latino-americano importantes centros de pesquisa e importantes Universidades que poderiam realizar fantásticos trabalhos conjuntos de colaboração.

“Podemos e devemos produzir e desenvolver medicamentos, vacinas e insumos para a saúde de maneira autônoma.”

Precisamos – sim – que esses benefícios do desenvolvimento econômico sejam utilizados para reduzir as iniquidades e que parte delas também possa ser enfrentada por meio do setor saúde. Por isso, temos insistido em que a conquista de “*One Health*” esteja também indissociavelmente ligada ao desenvolvimento dos nossos sistemas de saúde, que defendemos como públicos e de acesso universal. Grande parte da população de nossos países acessa benefícios essenciais às suas próprias custas, o gasto do próprio bolso representa uma grande parte das despesas de muitas famílias latino-americanas.

Temos dívidas históricas com nossos povos. Arrastamos marcas de racismo, machismo e colonialismo. Precisamos avançar em prol da dignidade de nossos povos, única forma de combater a violência e a exclusão crescentes que se arrastam pela região. Temos defendido que a mudança de uma sociedade segregada para uma sociedade tolerante à diferença e razoavelmente integrada não se dará “naturalmente”. Muito esforço concreto deverá ser empreendido pelas políticas públicas para a superação desse *status quo* [17].

Bhabha [18] destaca que na contemporaneidade só é possível pensar na mudança política a partir de um momento híbrido, que enfatiza a necessidade de heterogeneidade e de negociações agonísticas, porque não existe uma comunidade



(Foto: Embrapa. Reprodução)

Figura 3. A América Latina tem condições de transformar a produção mundial de alimentos em cadeias produtivas limpas, ecologicamente sustentáveis e respeitadas com o meio ambiente.

unitária que possa afrontar a necessidade de articulação de interesses. Os equipamentos das políticas públicas deveriam ser amplamente reformados para evitar a tentativa neocolonial de produzir identidades homogêneas. Longe de ser um problema para o caminho progressista (como as leem alguns setores da esquerda), as reivindicações identitárias poderiam ser, assim, o caminho metonímico da mudança social.

Precisamos ser atores na promoção de *advocacy* na defesa da vida, da dignidade, da equidade e ativos também em recusar qualquer posição de subalternidade, seja ela epistemológica, linguística ou tecnológica [18].

A troca de experiências, colaboração e aconselhamento e assessorias também podem nos fortalecer neste campo dos Sistemas Integrados de Saúde. Em nome das gerações futuras, tomara que saibamos como fazê-lo!

Ou, como apontam outros autores [19], a saúde coletiva, ao introduzir as ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, trazendo para o seu interior as dimensões simbólica, ética e política, o que somente poderá revitalizar o discurso biológico.

***Rosana Onocko-Campos é professora da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Assumiu a chefia do Departamento de Saúde Coletiva da FCM da Unicamp e a presidência da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em 2021. Participa ativamente da formação de médicos e é Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva e do grupo de pesquisa “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces”, desde 2003.**

Notas

[i] Tradução: “Questões como aquecimento global, degradação ambiental, disparidades na saúde global, violações dos direitos humanos, violência estrutural e guerras exacerbam as sindemias com impactos prejudiciais à saúde global. Uma compreensão sindêmica da doença agora está ganhando reconhecimento nas esferas de pesquisa em saúde pública e global”.

Referências

- DUARTE, N. E. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, 1994.
- ZINSSTAG, J.; SCHELLING, E.; WALTNER-TOEWS, D.; WHITTAKER, M.; TANNER, M. *One health: the theory and practice of integrated health approaches*. Wallingford: CAB, 2015.
- RÜEGG, S. R.; HÄSLER, B.; ZINSSTAG, J. *Integrated approaches to health: a handbook for the evaluation of one health*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Taking a multisectoral, one health approach: a tripartite guide to addressing zoonotic diseases in countries*. Geneva: WHO, 2019.
- ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo (SP): Unesp, 1994.
- ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro (RJ): Graal Editora, 1980.
- SNOW, J. *Sobre a maneira de transmissão do cólera*. 2 ed. São Paulo (SP): Hucitec, 1990.
- SIGERIST, H. E. *Civilização e doença*. São Paulo (SP): Hucitec, 2011.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo (SP): McGraw-Hill, 1976.
- SINGER, M.; BULLED, N.; OSTRACH, B.; MENDENHALL, E. Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, v. 389, 2017.
- HART, L.; HORTON, R. Syndemics: committing to a healthier future (comment). *The Lancet*, v. 389, 2017.
- SINGER, M. *Introduction to syndemics: a systems approach to public and community health*. San Francisco (CA): Jossey-Bass, 2009.
- SILVA, L. M. V.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*, v. 36, n. 3, 2014.
- SOUZA, L. J.; FARIAS, R. C. P. Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 144, 2022.
- KIM, B.; ROYLE, M. Domestic Violence in the Context of the COVID-19 Pandemic: a synthesis of systematic reviews. *Trauma Violence Abuse*, Feb. 2023.
- GADELHA, C. A. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.
- ONOCKO-CAMPOS, R. Em busca de explicações para os massacres nas escolas. *Outra saúde*, São Paulo, 24 abr. 2023.
- BHABHA, H. *O lugar da cultura*. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1991.