



## Artigo Relato de experiência

### CONTEXTO POLÍTICO E SOCIAL DA MEDICINA – DA RENASCENÇA AO BRASIL DE HOJE

### *POLITICAL AND SOCIAL CONTEXT OF MEDICINE – FROM RENAISSANCE TO BRAZIL'S NOWADAYS*

#### **Resumo**

Tiana Mascarenhas Godinho Reis<sup>1</sup>  
Alba Benemérita Alves Vilela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste  
da Bahia.  
Jequié – Bahia – Brasil

E-mail:  
tiana.mascarenhas@hotmail.com

A história da medicina perpassa por diferentes momentos, desde sua prática inicial empírica e pouco valorizada até o desenvolvimento científico e tecnológico, capazes de trazer para o centro da sociedade o médico como profissional. Bem verdade, a interferência das mudanças sociais na história afetou o entendimento do papel do médico nas comunidades, principalmente após o surgimento dos princípios da saúde pública, impulsionado pela revolução industrial. Este estudo objetiva descrever a influência de momentos históricos na maneira como o profissional médico é inserido e valorizado nas sociedades, através de uma revisão histórica da literatura científica.

**Palavras-chave:** História da Medicina; Papel do Médico; Hierarquia Social;

#### **Abstract**

The history of medicine permeates different times, from its empirical and undervalued initial practice to the scientific and technological development, able to bring doctors, as a professional, to the society's center. True enough, the interference of historical social changes affected the understanding of the physician's role in communities, specially after public health principles's emergence, driven by the industrial revolution. This study aims to describe the influence of historical moments in the way physioicians are inserted and valued in society, through a historical review of the scientific literature.

**Key words:** History of Medicine; Physician's Role; Hierarchy, Social;

#### **Breve histórico da história da medicina no mundo**

No movimento cultural, científico e artístico - que se operou na Europa, nos séculos XV e XVI, a Renascença, a medicina inicialmente ocupou um lugar restrito, quando físicos e cirurgiões habilitados por licença, diploma ou 'carta', conviviam com práticos, os quais predominavam no cuidado à saúde da população e, eram chamados de curadores, entendidos e curiosos. Entre os habilitados, a maioria era nômade, sem clientela fixa e a profissão médica era, então, considerada um ofício que não nobilitava o indivíduo.

Somente a partir de meados do século XVIII, os físicos e cirurgiões começaram a ter maior prestígio social, em parte pelo avanço da medicina em todos os campos, na Europa, onde profissionais renomados auferiram recompensas e honrarias nas diversas cortes. São numerosas as figuras de médicos daquela época, quer seja pelo seu valor intelectual, quer seja pela sua cultura ou pela originalidade do seu pensamento que, até os dias de hoje, suscitam admiração. Contudo, apesar da autoridade que detinha, a medicina apresentava baixo poder de resolubilidade e a posição do médico, ao mesmo tempo de poder e vulnerabilidade, fazia com que o monopólio médico não fosse um fato consolidado<sup>1</sup>.

A Revolução Industrial, iniciada em 1750, trouxe transformações político-econômicas e sociais, que fizeram avançar a construção de conhecimentos tecnológicos, o que levou a profundas mudanças nas relações homem-trabalho (divisão do trabalho; fragmentação do saber; produção em série) e, ainda, nas condições sociodemográficas da população atraída para as cidades<sup>2</sup>. Não aconteceu diferente com a medicina, em que o incentivo pela especialização e pelo uso de artefatos propedêuticos tecnológicos significava status tanto ao médico, detentor do conhecimento, quanto àqueles que tinham acesso a tais profissionais. Para a sociedade, então, o profissional médico se apresentava como um agente social diferenciado, capaz de modificar positivamente a vida das pessoas, o que justificava o retorno financeiro e o poder de representação política.

Com a revolução social, que acompanhou a industrial, com o aumento das populações das cidades e mudanças epidemiológicas nos perfis de adoecimento das pessoas, Foucault<sup>3</sup> localiza o nascimento da medicina social, ou saúde pública, que encara a doença em sua dupla natureza, como problema sócio-político e como problema biológico. Era necessário transcender as ideias vigentes do processo de adoecimento, com a clara visão da pluralidade das causas e impacto social das consequências das doenças, como, por exemplo, o absenteísmo e a perda de força de trabalho produtiva para essas e os hábitos de higiene e comportamento, para aquelas.

Culmina-se, então, com a necessidade de repensar no papel do médico nessa sociedade, como único detentor do conhecimento necessário ao controle dos determinantes das doenças, capaz de interferir efetivamente nesse processo. Por um lado, então, já não mais bastava ser médico, sendo possível e talvez inevitável uma desvalorização do profissional. Do contrário, porém, ao médico foi permitido se tornar uma autoridade administrativa, fundada na competência de um saber normatizado (formação) e regulamentado (profissão), com manutenção, ou mesmo elevação, do prestígio social que recebia<sup>3</sup>.

Num movimento de contracorrente, no entanto, na medida em que os conhecimentos sobre anatomia, histologia, patologia, bioquímica, fisiologia e microbiologia ampliaram-se, por volta de 1880 a 1905, a Medicina Social perde crédito na Europa e muitos médicos passam a referenciar o determinismo biológico, de modo a defender que a ciência médica se bastaria para solucionar as doenças, sem interferência significativa das condições sociais. Ao médico foi permitido retornar ao seu propósito original, esse já absolutamente legitimado pela valorização da sociedade científica<sup>4</sup>.

Não é difícil de imaginar que as décadas seguintes se ocuparam de centrar a medicina, segundo Luz<sup>5</sup>, nas doenças e, portanto, investida na terapêutica, na cura, por meio de intervenções exclusivamente médicas prescritivas. Como consequência, o cuidado médico desviou-se definitivamente do foco do doente e das suas relações sociais, para a valorização do agente da doença a ser tratada por meio de drogas, o que só seria possível pelos dotados do saber médico privilegiado. Se, por um lado, necessário, esse tecnicismo afastou do médico a imagem humanizada, o aproximou de uma prática cartesiana, com um trabalho final mais concreto e, portanto, passível de ser visto como um produto. E, como tal, a desvelada comercialização da prática médica trouxe consigo uma desaprovação daqueles que esperavam da medicina uma prática altruísta encrustada nas demandas sociais, crescentes à época.

Com o passar o tempo, a prática médica autocentrada, anunciadamente autosuficiente, margeia uma crise, na qual a visão biologicista, a especialização fragmentada do saber e o alto custo do acesso à tecnologia, inacessível a maioria das pessoas, levaram à desmitificação do ser médico, distante do objetivo benevolente maior do bem social. Além disso, a já fragilizada relação médico-paciente, influenciada pela atitude envaidecida do poder determinante, direciona para a insatisfação de grande parte de usuários dos serviços de saúde, públicos ou privados. Com tudo isso, mergulhamos hoje numa crise profunda de mudança da visão que a sociedade tem do profissional médico, de certa forma, o culpabilizando pela ineficiência da medicina individual e coletiva, desconectada do determinismo social e da humanização. Culmina-se com a decepção coletiva com a profissão através do profissional.

### **Brasil – Modelos assistenciais e o médico**

Todo esse histórico não apenas de reflete, mas também fundamenta profundas transformações político-sociais no Brasil, considerando as reformas do sistema de saúde e com os modelos assistenciais instituídos no país. Neste particular, Merhy<sup>6</sup> reitera que os modelos assistenciais são produto das articulações entre os saberes técnicos e a política, expressão dos projetos de determinados grupos sociais, com repercussão direta, portanto, no valor social conferido ao médico na sociedade, em cada momento histórico. De fato, muitos foram os papéis ocupados pelo profissional médico como agente efetivo dos modelos assistenciais.

Analisando o profissional médico em sua atuação na assistência em saúde vivenciada no Brasil, assim como no mundo, ganha destaque o modelo médico assistencial, que trazia consigo os princípios da atenção à saúde curativista, individualizada, centrada no consumo de consultas médicas, realizadas por médicos fortemente influenciados pelos anseios filosóficos europeus. Contaminado pela ideologia capitalista, atribuíram-se às enfermidades causas individuais, assim como a dicotomização do cuidar, apresentando o paciente como receptor do cuidado e os profissionais de saúde, sobretudo na figura do médico, a administração das terapêuticas, atribuindo-se a este o poder político da modificação do desfecho e àquele a expropriação do controle da sua vivência na saúde. Trata-se da reprodução

dos princípios da medicina científica, que viu no século XVIII o desenvolvimento de saberes tão específicos quanto exclusivos dos pensadores médicos.

A partir de 1930, pôde-se vivenciar uma maior participação do Estado na responsabilização pela assistência médica, ao menos para os trabalhadores inseridos no mercado formal, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, concretizando a medicina previdenciária. Apesar do controle governamental, a prática assistencial ainda era individualizada, curativista, realizada prioritariamente no ambiente hospitalar e, acima de tudo, centrada no médico, mais uma vez conferindo a este um papel de destaque no processo de cuidado à saúde. Para esse modelo, há um credenciamento de profissionais médicos e compras de procedimentos realizados e hospitais privados, além do incentivo à assistência privada, que veio culminar com a criação das empresas médicas e seguradoras, tendo como resultado um sistema público de saúde heterogêneo e de acesso restrito à população<sup>4</sup>.

Essa filosofia assistencial influenciou fortemente a formação médica, além da organização de serviços de saúde nas décadas que se seguiram. As intenções curativistas trouxeram consigo “necessidades novas: grandes centros hospitalares, universitários e de pesquisas com crescente consumo de equipamento tecnológico de custo e complexidade cada vez maiores, medicamentos e compostos químicos que originaram uma das mais prósperas e poderosas indústrias da sociedade capitalista. A prática médica transformou-se em atendimento médico individualizado com forte dependência tecnológica, e altos custos”, nas palavras de Agudelo<sup>7</sup>.

Com isso, foi possível, e incentivada, uma vultosa expansão das redes hospitalares de prestação privada de serviço, fortalecendo a prática individualizada que tem o profissional no centro do processo de cuidados. De fato, em 1968, quando o governo federal lança o Plano Nacional de Saúde (PNS) fica claro o estímulo para que as atividades de assistência médica sejam de natureza primordialmente privada, sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do poder público<sup>8</sup>, reiterando a intenção capitalista primordial dos modelos norte-americanos, forte influência política da época.

Com a participação crescente do Estado na oferta de serviços de saúde, apresenta-se o modelo sanitarista, com a implantação dos sistemas de vigilância à saúde, a valorização da epidemiologia das doenças e agravos nas determinações de processo saúde–doença. Ações pontuais sanitaristas podem ser identificadas desde a época do Brasil Império, nas medidas de controle sanitário, assim como, na República Velha se realizavam campanhas de controle de epidemias como febre amarela e varíola, realizadas sob forte influência de Osvaldo Cruz. Porém, para além das campanhas verticalizadas e pontuais, a institucionalização de programas de controle de agravos transmissíveis ou relacionados a exposições a fatores ocupacionais, ambientais ou sociais, é entendida como o marco forte do modelo sanitarista<sup>9</sup>.

O papel do médico continua sendo central no processo de identificação da doença e determinação das condutas a serem tomadas no âmbito individual, denunciando que o novo modelo ainda se mostrava contaminado pelo modelo anterior. Pela primeira vez, no entanto, havia intenção de impacto na coletividade, dada a necessidade de promover segurança ao mercado

agroexportador, possível apenas com medidas sanitárias extremas, normalizadas e controladas pelo Estado, a serem exigidas da população das cidades. Dessa época, datam as ações para notificação compulsória de agravos à saúde pública e situações de calamidade, o que mais uma vez cabia aos médicos, além da criação de estruturas administrativas locais (estaduais e municipais) para suportar as ações sanitárias<sup>9</sup>.

O movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro toma novos ares na VIII Conferência de Saúde em 1986 – um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil, em consonância com os movimentos internacionais, com a intenção de buscar alternativas aos modelos de atenção vigentes, com baixa cobertura assistencial, ineficiência administrativa e custo elevados. As discussões acadêmicas e políticas do momento pretendiam repensar a crise do modelo médico-assistencial prevalente, não apenas nos serviços assistenciais, mas também dentro das escolas médicas, com a criação dos departamentos de medicina preventiva, para repensar as práticas de organização das ações e serviços de saúde. Daí brotam as ideologias da medicina comunitária e medicina familiar, que pretendem valorizar o território e, pela primeira vez, os determinantes sociais das doenças para efetivar a promoção da saúde.

Esse modelo se apresentava como uma proposta de reforço da prática médica, para que pudesse ser incorporada uma “atitude preventiva” às práticas curativista, diagnósticas e terapêuticas. Paim<sup>10</sup> apresenta esse modelo como uma possibilidade a se somar à prática clínica individualizada, incorporando a comunidade como objetivo de conhecimento e intervenção. Para tanto, era necessária uma ruptura abrupta com o paradigma do poder social adquirido pela história da medicina no país.

### **Considerações finais**

Com tudo isso, o cenário social hoje demanda por médicos contaminados pela lógica preventivista e promotora de saúde, sem dispensar a prestação assistencial curativista, como uma demanda infundável. Resta considerar se a vocação médica do país, entendida pelo direcionamento das escolas e sociedades médicas, acompanhou essas mudanças históricas e sociais, reposicionando o médico em representações políticas mais adequadas a cada cenário. Ao que parece, dada a possível negativa à premissa anterior, corre-se velozmente em direção a um conflito não apenas filosófico, mas também operacional, entre o que se espera do fazer – e, porque não, do ser – médico e o papel que, de fato, o médico está preparado para ocupar na sociedade.

### **Referências**

1. Pereira Neto AF. Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
2. Cotrim, G. História e consciência do mundo. 6.ed. São Paulo: Saraiva; 1999.

3. Foucault M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária; 1977.
4. Da Ros, MA. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 207 p. Tese (Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
5. Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
6. Merhy, EE, Cecílio, LCO, NOGUEIRA, RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Vol 1. Brasília; 1992.
7. Agudelo, SF. Saúde e imperialismo: A ação Antimalárica na América Latina e a Fundação Rockefeller. Rio De Janeiro: PEC/ENSP – ABRASCO; 1984.
8. Oliveira, JAA, Teixeira, SMF. (Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Petrópolis: Vozes; 1985.
9. Rangel, VM. O Sanitarismo brasileiro dos anos 30: a aventura dos relatos dos seus agentes de campo. Rio de Janeiro , v. 19, n. 2. Physis; 2009.
10. Paim, J. A formação de recursos humanos em saúde coletiva. In: PAIM, J. Saúde, crise e reformas. Salvador: Centro Editorial E Didático da Universidade Federal da Bahia; 1986.

---

**Endereço para correspondência**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Rua José Moreira Sobrinho, s/n Jequiezinho  
Jequié – Bahia - Brasil  
CEP: 45.206-190

Recebido em 09/02/2015

Aprovado em 25/03/2015