

**DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: O ESTADO DE BEM-ESTAR
SOCIAL E A EVOLUÇÃO NO CUIDADO COM A SAÚDE PÚBLICA****RIGHT TO HEALTH AND PUBLIC POLICIES: THE STATE OF SOCIAL
WELFARE AND THE EVOLUTION IN PUBLIC HEALTH CARE**

Janaína Machado Sturza*

Ezequiel Cruz De Souza**

RESUMO

Este artigo objetiva refletir sobre o Estado de Bem-Estar Social e suas conexões com os direitos sociais, em especial com o direito à saúde, a partir de uma releitura da obra “Do mágico ao social”, de Moacyr Scliar. Trata-se de um estudo bibliográfico, seguindo o método hipotético dedutivo. Por fim, verificou-se que a evolução experimentada nos cuidados com a saúde pública ao longo da história humana constitui-se como um dos fatores primordiais para a implementação das políticas públicas no contexto do *Welfare State*, reafirmando a importância da saúde como um direito humano fundamental e social.

PALAVRAS-CHAVE

Direito à saúde. Direitos sociais. Estado de bem-estar social. Políticas públicas. Sistema de saúde.

ABSTRACT

This article aims to reflect on the Welfare State and its connections with social rights, in particular the right to health, based on a rereading of the work “From magic to social”, by Moacyr Scliar. This is a bibliographical study, following the hypothetical-deductive method. Finally, it was found that the evolution experienced in public health care throughout human history is one of the key factors for the implementation of public policies in the context of the Welfare State, reaffirming the importance of health as a human right fundamental and social.

KEYWORDS

Right to health. Social rights. welfare state. Public policy. Health system.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

*Pós doutora em Direito pela UNISINOS. Doutora em Direito pela UNIROMA TRE. Professora no Programa de Pós graduação em Direito – Mestrado e Doutorado em Direito da UNIJUI. Pesquisadora Gaúcha FAPERGS. Pesquisadora UNIVERSAL CNPq. Email: janasturza@hotmail.com

**Doutorando em Direito pelo Programa de Pós graduação em Direito – Mestrado e Doutorado em Direito da UNIJUI. Mestre em Direito pela UNIJUI. Advogado militante.



Para entender as políticas públicas de saúde é necessário um olhar atento ao passado desde as primeiras formas de cuidado com a vida e as primeiras metodologias e técnicas voltadas para a saúde. Desde a antiguidade até a contemporaneidade os humanos olharam a saúde com distintos olhares, cada um marcado pelo grau de evolução tecnológico, pelas crenças e valores característicos de cada fase do desenvolvimento humano. Os olhares sobre a saúde, sob os quais repousam a análise a que se propõe este artigo, é a que foi feita por Moacyr Seliar, em que nas eras primitivas a saúde era vista pela lente mágica da religião e de seus rituais e com o passar do tempo evoluiu para um olhar social, e além disso passou a compor os programas essenciais do estado, chegando em alguns países a moldar uma nova forma de estado capitalista, o *Welfare State*.

No mundo antigo e medieval a saúde era vista a partir das experiências e observações empíricas dos médicos. Por sua vez, no início da era moderna se olhou a saúde sob prisma uma ótica autoritária que evoluiu para os olhares do ponto de vista social. Essa evolução sistêmica e científica não foi suficiente para resolução dos problemas de saúde agravados pelas terríveis condições sociais da população urbana verificados com a Revolução Industrial e com o sistema de classe capitalista e acabou por alavancar um conjunto de medidas progressivas que culminaram com a implantação do *Welfare State* - o Estado do Bem-Estar Social em vários países da Europa após a Primeira Guerra Mundial, em decorrência dos agravamentos causados pelo colapso do sistema capitalista verificado na crise de 1929.

No Brasil O *Welfare State* se delineou a partir da década de 1930 e se consolidou com a redemocratização do país e com a promulgação da Constituição Federal de 1988. No entanto, a redemocratização do país sob a égide da Constituição de 1988 aumentou consideravelmente a perspectiva de consolidação do Estado de bem-estar social no Estado brasileiro. A partir desta contextualização, o presente artigo tem como objetivo demonstrar uma reflexão sobre o chamado Estado de Bem-Estar Social – o *Welfare State*, e suas conexões com os direitos sociais, em especial com o direito à saúde, a partir de uma releitura da obra “Do mágico ao social”, de Moacyr Seliar. Para a realização da pesquisa, que culminou neste artigo, buscou-se responder a seguinte problemática: qual a interlocução estabelecida entre o *Welfare State* e os cuidados com a saúde pública, desde a antiguidade até a contemporaneidade e a transição dessa evolução, até a criação dos direitos sociais?



Neste sentido, esta pesquisa consiste em um estudo bibliográfico, seguindo o método hipotético dedutivo. A abordagem do texto divide-se em dois momentos, sendo que no primeiro capítulo será apresentado um retrospecto da evolução dos cuidados com a saúde pública ao longo da evolução da humanidade e, no segundo capítulo, será analisado o surgimento do Estado de Bem-Estar Social, perspectivados na importância das políticas públicas de promoção do direito à saúde.

Assim, tem-se que a evolução da visão dos direitos sociais, notadamente a evolução da saúde encaminhou um avanço nas políticas públicas sociais chegando na contemporaneidade ao conceito de *Welfare State* - Estado de Bem-Estar Social como decisivo instrumento de concretização da Democracia, em seu sentido mais amplo, efetivamente multidimensional, como eficiente e racional instrumento de controle do capitalismo individualista e possessivo, apto a expungir, atenuar ou, pelo menos, equilibrar as suas tendências e distorções socioeconômicas mais agressivas, antissociais e anti-humanistas.

Os olhares propostos por Moacyr Scliar para a compreensão da trajetória da evolução histórica dos cuidados com a saúde pública

A trajetória da saúde pública foi bem delineada por Scliar (2005) ao propor sua historicidade e compreensão a partir de quatro olhares distintos: o olhar mágico, o olhar empírico, o olhar autoritário e o olhar social. Sob a perspectiva do *olhar mágico* Scliar informa que o ser humano sempre evitou instintivamente coisas ou situações que são prejudiciais à saúde, tais como alimentos com indícios de putrefação, o medo a ofídios e o medo da doença, que é antiga companheira da espécie humana. Os seres humanos sempre tiveram grande dificuldade de estabelecer a relação de causa e efeito em relação aos vários tipos de doença.

Deste modo, privados de recursos e conhecimento capaz de identificar a causa dos males a saúde, os povos primitivos explicavam a doença envoltos em uma concepção mágica do mundo, em que o doente era vítima de demônios e espíritos malignos. Acreditava-se que tais espíritos e demônios poderiam ser mobilizados por inimigos para atingir a saúde de outrem, de forma que o homem que se sente vítima de um feiticeiro deixava-se definhando até morrer. Scliar (2005) explica que os índios Sarrumá, um subgrupo dos povos Yanomami, acreditam que ninguém morre de causas naturais, para os Sarrumá, mesmo quando o óbito se



deve a uma enfermidade ou acidente, alguém há de ter feito uma magia contra a vítima. Este alguém pode ser um desafeto, um espírito maligno ou um espírito animal comestível ingerido por pessoas, que, por ritual, deveriam observar o tabu alimentar.

Nesse contexto de magia, a tarefa do xamã é a de convocar espíritos capazes de erradicar o mal e combater a doença. Scliar cita que os sumérios que viveram na Mesopotâmia há cerca de 4.000 anos a.C., e deixaram parte de seus conhecimentos registrados em placas de barro, contendo receitas empíricas e médicas e histórias clínicas. Já os assírios e babilônicos que dominaram os sumérios por volta de 2.000 a.C., tinham crenças que as doenças eram causadas por demônios e era necessário que o médico-sacerdote invocasse divindades por intermédios dos astros. No Egito antigo havia crenças semelhantes, lá os pacientes eram tratados com o exorcismo dos demônios, pelo uso de amuletos e rituais. Entre os hebreus, embora a doença não estivesse ligada a ação de demônios ou de maus espíritos, ela representava, em diversas oportunidades uma ação direta de Deus por causa dos pecados do povo. O olhar mágico perdeu força com as novas formas de conhecimento advindas do componente empírico.

O *olhar empírico*, segundo Scliar (2005), se desenvolveu inicialmente na Roma e na Grécia antigas. O mundo grego clássico era adepto ao sadio, embora as doenças não fossem raras. Na Grécia antiga o ser humano ideal deveria ser equilibrado no corpo e na mente, e de proporções definitivamente harmoniosas. Essa concepção de saúde também advinha da religião. Os gregos cultuavam divindades da medicina, da cura e da razão, havia entre eles a ideia de que tudo pode ser curado por meio de plantas e métodos naturais e não apenas por procedimentos ritualísticos. Por volta 460 a.C., Hipócrates, considerado por muitos o pai da medicina, desenvolveu extraordinariamente a observação empírica deixando registrado inúmeros casos clínicos revelando seus conhecimentos e uma visão epidemiológica do problema de saúde-enfermidade.

As observações de Hipócrates não se limitavam ao paciente em si, mas alcançavam também o ambiente propondo a observação e o cuidado com ares, água, lugares e outros fatores ambientais ligados a doença. Para Hipócrates quem quer que estude a medicina deve investigar o efeito das estações do ano e as diferenças entre elas, os ventos quentes e frios, o efeito da água sobre a saúde e o modo de vida das pessoas, se são glutões, beberrões e consequentemente incapazes de suportar a fadiga, ou se são adeptos do trabalho e do exercício e por isso comem e bebem moderadamente. Scliar assevera que Hipócrates praticava não a



ciência médica, como a conhecemos hoje, mas a arte de curar, uma arte, que na Grécia antiga era de aprendizagem penosa. Uma arte que viria a influenciar o pensamento médico durante muito tempo.

Scliar (2005) afirma que, como os gregos, os romanos antigos também detinham o conhecimento de que o ambiente poderia influenciar nas doenças. Os romanos construíram redes de esgoto, drenaram pântanos, construíram aquedutos, e banhos públicos. Já havia na Roma antiga um esboço de administração sanitária, com leis que tratavam da inspeção de alimentos, da utilização de locais públicos e construção de leprosários, todavia, não existia saúde pública nas concepções atuais.

Segundo Scliar (2005), os romanos já registravam empiricamente sinais de intoxicação por mercúrio e chumbo, bem como a curta duração da vida dos trabalhadores nas minas desses metais havendo registros médicos de que a vida de tais trabalhadores era condicionada pelo trabalho, o qual inevitavelmente consumiria suas vidas. Segundo Scliar, a saúde ocupacional, no entanto nasceria muitos séculos mais tarde. Somente em 1.700 Bernardino Rammazini viria a escrever o primeiro relato sistemático das doenças ocorridas no trabalho (*Morbii Artificium*). Mas, Scliar (2005) deixa claro que foi na Idade Média, conhecida como a Era das Trevas, que registrou as mais desastrosas consequências na conjuntura da saúde, na prevenção e no tratamento de doenças. Scliar a considera como uma época de pestilências. Embora epidemias já tenham sido registradas na Grécia antiga, em Roma e no Oriente, nada se comparou ao que se registrou após a queda do Império Romano e a Ascensão do feudalismo medieval. Os movimentos das populações, a miséria, a promiscuidade e a falta de higiene dos burgos medievais, os conflitos militares, tudo isso criou condições a eclosão de diversos surtos epidêmicos na idade média, sendo que semente de peste bubônica houve três pandemias, uma delas ficou conhecida como a “Peste Negra” por ter matado cerca de 25 milhões de pessoas.

Scliar (2005) observa que a Europa medieval não estava preparada para enfrentar o problema da doença. A medicina europeia não havia avançado e ainda vivia o olhar mágico cercado de credences e rituais religiosos. Os europeus tiveram pouco contato com a medicina Árabe e judaica que eram bem mais desenvolvidas na época e que acrescentaram ao acervo grego importantes conhecimentos em termos de farmacologia, cirurgia, oftalmologia, com nomes importantes como Rhazes (865-965), que escreveu um tratado sobre a varíola e a varicela; Alvicena (980-1037), autor de um tratado médico baseado em Hipócrates,



Aristóteles e Galeno; Albuscasis (936-1013) que escreveu trabalhos sobre cirurgia; Averróis (1126-1198) e seu discípulo Amimônides ambos médicos e filósofos.

Enquanto no oriente, a medicina já elaborava seus tratados, na Europa os curandeiros recomendavam aos doentes usar um martelo com a palavra mágica abracadabra, ou que cortassem uma farpa de madeira de uma porta por onde passou um eunuco. Para tratar lesões oculares recomendava-se tocar as lesões com três dedos e expectorando. Na França e na Inglaterra o toque era acompanhado das palavras “Eu te toco, Deus te cura”. Scliar (2005) aponta que é na idade média que surgem os primeiros hospitais, ainda na forma de asilos e hospícios, fruto da caridade, já que os procedimentos mágicos ou religiosos não eram suficientes para a cura. Por outro lado, foi no fim da idade média, nos mosteiros, que a ciência deu seus primeiros sinais de renascença com base na medicina grega. Em Salerno na Itália, em 1240, surgiu uma escola médica que começou a formar profissionais licenciados pela lei para exercer a medicina. Para se ter uma ideia do atraso imposto pela Idade das Trevas, a escola de Salerno no ano de 1240 d.C., utilizava as obras de Hipócrates escritas 400 anos a.C., além das obras de Galeno, e dos Árabes, Rhazes, Alvicena e Albuscasis. A partir daí surgiram as universidades em Bolonha, em Cambridge, em Oxford, em Pisa e Salamanca. O ensino da anatomia já admitia a dissecação em prática rudimentar baseada em modelo árabe.

O autor trata do *olhar autoritário* que a modernidade trouxe à baila com o intervencionismo estatal, que logo passou a se expressar em termos econômicos. Liberta de seus mitos a medicina explora o corpo do paciente em busca de localizações precisas da doença, das entidades mórbidas agrupadas. Surge a nosologia ou ciência da classificação das doenças. Nesse período a autoridade médica é reforçada e a lei firma questão sobre os tratamentos a serem prescritos aos pacientes e até sobre os livros que deveriam ser lidos pelos médicos.

O hospital que até então era visto como um depósito de doentes cuidados por religiosos, e que era também um lugar onde ficavam isolados os que possuíam doenças contagiosas para que tivessem uma morte piedosa acabou mudando de função. Os doentes mentais que antes eram tolerados sob o olhar do respeito religioso e do medo, passaram a ser colocados em hospícios, porém o tratamento que era realizado nos hospícios tinha características bárbaras, o doente mental deixou de ser visto pelo prisma do medo e do respeito religioso para ser tido como um ser exótico que ficava à mostra para uma plateia ávida por um espetáculo. Presos nos hospícios os doentes mentais tinham a cabeça raspada,



eram sistematicamente submetidos a tratamentos com água gelada, eletrochoque e ao uso de camisa de força.

A idade moderna institucionalizou o ensino médico e o combate ao charlatanismo. Surgem as políticas de saúde, fruto da relação política entre saúde e sociedade. É da idade moderna a concepção de que a doença pode ser erradicada pela recuperação da saúde do corpo social e de que a luta contra a doença começa com a luta contra os maus governos, e nela os médicos devem assumir um papel de destaque. A saúde pública portanto, tem sua origem na autoridade governamental – autoridade sanitária, é, portanto, uma atividade estatal essencial.

Para Scliar (2005), com o desenvolvimento científico o modelo autoritário do século XVIII acabou ficando ultrapassado e nos períodos seguintes surgiram sucessivamente três outros modelos de implantação e desenvolvimento da ciência e controle sobre o corpo social: o olhar contábil, o olhar epidemiológico e o olhar armado.

No século XIX a saúde pública passa assumir status de ciência, inaugurando o olhar científico. Isso se dá principalmente pelo aperfeiçoamento dos padrões básicos de peso e medida. Em 1791 convencionou-se que o grama fosse o equivalente ao peso de um centímetro cúbico de água a 4° C. Em 1799 o metro passou a ser considerado como a décima milionésima parte de um quadrante da circunferência terrestre. Na Inglaterra o interesse pela matemática se desenvolveu graças a demanda causada pela Revolução Industrial.

Os primeiros números relativos a saúde diziam respeito a medição da mortalidade e a morbidade. A rápida ascensão do capitalismo e os demais efeitos da Revolução Industrial se fazia sentir em todos os campos da atividade humana. Os obituários foram os primeiros estudos analíticos de estatística vital que identificou diferenças na mortalidade de diferentes grupos populacionais que estavam correlacionados ao sexo e ao lugar de residência. Surgiram a partir de 1840 inquéritos estatísticos sobre a condição da classe trabalhadora na Inglaterra e também estatísticas de saúde que apontavam diferenças entre as desigualdades entre os distritos sadios e os não sadios da Inglaterra. Logo se descobriu que as estatísticas e os números, embora importantes, também serviam para revelar ou para ocultar. Serviam ao pensamento de esquerda e também ao de direita. Scliar (2005) assevera que os números que funcionam como indicadores de Saúde estão para a saúde do corpo social como os sinais vitais estão para o corpo individual. No entanto as estatísticas, embora importantes, não



serviam para detectar as causas das doenças, por isso o olhar contábil foi ampliado para outro olhar mais dinâmico que o completasse, surgiu, dessa forma, o olhar epidemiológico.

O autor fala da dificuldade de se determinar onde termina a estatística e onde começa a epidemiologia. Se a estatística implica coletar, classificar e analisar dados para obter resultados confiáveis e significativos, é certo que a epidemiologia aplica esses estudos estatísticos no controle dos problemas de saúde.

Contudo, a epidemiologia vai mais além, na medida em que, utiliza outros ramos do conhecimento, como a demografia, a sociologia e antropologia para obter resultados. Não há dúvida de que a epidemiologia e as estatísticas de saúde constituem a linguagem da saúde pública. A discussão em torno do surto de cólera que assolou Londres no século XIX levou a uma das primeiras políticas exitosas de saúde pública e controle epidemiológico pela estatística. O médico Jonh Snow analisando a distribuição dos óbitos dos usuários das diversas companhias de fornecimento de água na cidade visualizou, por meio de uma tabela, que a água retirada por uma das companhias de um poço contaminado causava mais mortes, tanto em termos absolutos, como relativos (taxa por 10 mil casas). Snow concluiu que a doença era causada por algo que passa do doente para o são, e que tem a propriedade de se multiplicar no organismo. As conclusões de Snow e o controle do surto de cólera foram baseadas na organização lógica de suas observações e na abordagem quantitativa das vítimas do surto de cólera. Foi, sem dúvida, um notável avanço, se considerado que ocorreu dez anos antes que Pasteur iniciasse a era das descobertas bacteriológicas e quase trinta anos antes que Koch descobrisse o vibrião colérico, causador da doença.

Vale destacar a informação de Scliar (2005) que o surto do cólera em Londres no século XIX foi ponto de partida para uma grande polêmica sobre questões envolvendo as causas da epidemia: se era causada pelos miasmas (odores fétidos provenientes de matéria orgânica em putrefação nos solos e lençóis freáticos contaminados) ou se sua causa era o contágio de humano para humano. O que chama a atenção é que a polêmica não tinha apenas razões teóricas, mas econômicas. É que o contágio implicava quarentena, limitação da liberdade individual e principalmente de comércio. Surgiram assim, os “anticontagionistas” que não vinham apenas das classes burguesas em ascensão e dos radicais liberais. Na época os “contagionistas” eram em geral membros oficiais do exército e da marinha. O método epidemiológico foi também utilizado por James Lind e ajudou com bons resultados no controle médico naval. Ele demonstrou que o escorbuto dos marinheiros (doença causada pela



falta de vitamina C) poderia ser evitado com o uso de frutas cítricas, ricas em vitamina C. Por recomendação médica esses frutos foram adicionados à dieta dos marinheiros ingleses.

Scliar (2005) aponta que outro bom exemplo ocorreu com Joseph Goldberg que conduziu uma série de investigações sobre a pelagra (doença que inicialmente deixa a pele avermelhada como queimadura de sol e sensível a luz e com o tempo pode causar problemas de coordenação motora e eventualmente paralisia), que era doença comum no sul dos Estados Unidos até o início do século XX, ele mostrou que a doença não tinha origem infecciosa, como se pensava, mas era causada por deficiências alimentares. Nessa fase da saúde pública é que surge também a puericultura que se preocupa com o desenvolvimento e proteção à saúde da criança. Até então a sobrevivência das crianças desde a gestação até a puberdade era muito duvidosa e tão improvável que levava os pais a evitarem apegar-se aos filhos para sofrerem menos caso não sobrevivessem. Por essa razão as crianças não eram contadas entre os vivos. Portanto, é na modernidade que a maternidade e a infância adquirem o status social que possuem na atualidade.

O autor afirma que o *olhar científico* é o de Louis Pasteur e sua arma é o microscópio. Não dá para dissociar este olhar do desenvolvimento das forças econômicas geradas com a Revolução Industrial e o capitalismo. Embora o microscópio tivesse sido inventado no início do século XVII, a microbiologia só começou a se desenvolver quando as indústrias do vinho lhe encomendaram estudo sobre o processo de fermentação e ficou evidenciado, que a presença de leveduras e que causava o processo de fermentação do vinho. Pasteur demonstrou que o vinho se torna azedo pela ação de um microrganismo que pode ser destruído pelo aquecimento a 55° C. A partir dessa descoberta Pasteur iniciou estudos sobre germes causadores de doença em bichos-da-seda, carbúnculo do gado e a cólera aviária e posteriormente começou a estudar doenças que afetavam humanos.

Relembra Scliar que nessa época a medicina europeia já havia avançado bastante, inclusive com realização de processos cirúrgicos. O óxido nítrico, o éter e o clorofórmio já estavam disponíveis como anestésicos, viabilizando a prática cirúrgica, embora a infecção pós-operatória ainda fosse uma realidade preocupante, o que levou Pasteur e outros cientistas a estudar os pacientes que morriam no pós-operatório.

Em 1880, a medicina tropical teve início quando Alphonse Laveran descobriu, na Argélia, o plasmódio causador da malária e Ronald Ross mostrou, na Índia, que a malária era transmitida por mosquito. Em 1882 Robert Koch descobriu o agente causador da tuberculose



e estabeleceu os postulados da teoria microbiana desta doença. Walter Reed demonstrou, muito antes do desenvolvimento da virologia, que a febre amarela era causada por um agente filtrável transmitido pelo mosquito. A grande aplicação da microbiologia na saúde pública foi, sem dúvida, a descoberta dos agentes imunizantes.

A imunização já era praticada pelos chineses desde o século XI. Eles usavam crostas das feridas de variolosos para proteger os que não tinham sido infectados pela doença. Edward Jenner em 1796 reparou que as mulheres que retiravam o leite das vacas não contraíam a varíola e acabou descobrindo que a sua imunidade era devida à infecção não perigosa com a varíola bovina causada pelo vírus vaccínia. Ele propagou a prática de usar a varíola bovina para a inoculação prévia do vírus vaccinia, descobrindo a vacina. Esse método de imunização ainda se denomina hoje vacina devido ao vírus vaccinia. A partir dessa exitosa experiência surgiram as vacinas contra difteria, tétano e coqueluche (atualmente reunidas na tríplice), vacina contra tuberculose, o soro antirrábico, as vacinas antivirais contra sarampo, poliomielite, rubéola, caxumba.

O desenvolvimento da indústria favoreceu a medicina e a saúde pública com novos corantes a base de anilina que permitiram o avanço da bacteriologia. Corantes orgânicos que são absorvidos por algumas células e não por outras possibilitaram a seleção de microrganismos causadores de doenças. O Alemão Paul Ehrlich em 1908 desenvolveu a arsfenamina e revolucionou o tratamento e cura da sífilis. A segunda guerra mundial apressou o desenvolvimento de antibióticos, a penicilina foi o primeiro deles. Descoberta, por acaso em Londres, em 1928 por Alexander Fleming não despertou inicialmente maior interesse e não houve a preocupação em utilizá-la para fins terapêuticos em casos de infecção humana até a eclosão da Segunda Guerra Mundial, em 1939, quando sua produção em escala industrial salvou a vida de muitos soldados. Em 1944 Selman A. Waksman descobriu a estreptomicina um antibiótico relativamente inócuo para o homem, com excelentes resultados na luta contra a tuberculose, doença que na época lotava os sanatórios.

Não há dúvida que a revolução industrial e conseqüentemente o capitalismo trouxeram inúmeros benefícios a saúde pública, contudo, muitos problemas sociais surgiram com essa nova forma de estruturação econômica. Tais problemas exigiram, segundo Scliar (2005) um olhar crítico que pudesse fomentar soluções sociais, pois as estruturas capitalistas nascentes eram insuficientes ou incapazes de fornecer uma saída para o estado de exclusão a que as populações, das classes baixas, eram submetidas em seu bolsões de miséria.



Scliar (2005) assevera que o *olhar social* se inicia após a revolução industrial, período em que o crescimento sem planejamento que se observou nas cidades, com carência dos mais elementares equipamentos sanitários, tais como abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo e higiene das habitações transformou os rios urbanos das cidades em esgoto a céu aberto, além de provocar aglomerações de moradias favoráveis a proliferação de diversas doenças. Há registros também de que a política tributária de taxar os imóveis urbanos pelo número de janelas provocou o efeito terrível de a maioria das habitações de baixa renda não possuírem janelas, e conseqüentemente, seus moradores não desfrutarem de luz natural e quase nenhuma ventilação.

Essas condições urbanas precárias facilitaram a veiculação de doenças como o cólera que reconquistou a Europa em 1831. Essa doença se alastrava mais e era mais letal entre as classes baixas. As classes média e alta eram menos penalizadas devido ao fato de que a urbanização implicava o relativo isolamento das classes trabalhadoras nos bolsões de miséria das grandes cidades Europeias. Enquanto a cólera se manteve entre os trabalhadores pobres não se fez nada para estancar suas causas. Somente por volta de 1845, quando os surtos epidêmicos alcançaram as classes mais altas e os operários já desesperados ameaçavam com revolução é que houve uma preocupação maior com as condições urbanas e iniciaram os estudos sobre estatística da mortalidade nos bairros mais pobres e sua relação com as condições de habitação urbana precárias.

A tuberculose no século XIX, segundo Scliar (2005), era conhecida como a “peste branca”. Era a doença dos românticos e era cercada de símbolos. Não poucos poetas românticos foram tuberculosos. Havia, à época uma relação entre a tuberculose e a transcendência espiritual. A doença era relacionada a eclosão de emoções românticas. Porém, essa áurea romântica em torno das causas da tuberculose se desfez quando Robert Koch descobriu que o bacilo era o causador da doença. O Relatório de Edwin Chadwick de 1842 sobre as condições sanitárias da população da Grã-Bretanha impressionou o parlamento inglês e o levou a propor medidas de saúde pública e a recrutar os primeiros médicos sanitaristas. Uma lei foi promulgada em 1848 criando a Diretoria Geral de Saúde que se encarregaria de propor medidas de saúde pública e de recrutar mais médicos sanitaristas, iniciando, assim, oficialmente o trabalho de saúde pública inglês.

Scliar (2005) aponta situação semelhante ocorrida nos Estados Unidos, quando em 1850 Lemuel Shattuck fez um Relatório sobre as condições sanitárias em Massachusetts e uma



Diretoria de saúde que reuniu médicos e leigos foi criada. A criação das Diretorias de saúde pública facilitou o desenvolvimento da enfermagem. Os enfermeiros, durante a Idade Média, cuidavam apenas de doentes em instituições religiosas, essa atividade, entretanto, entrou em declínio até desaparecer completamente. Contudo, reapareceu durante a Guerra da Criméia, quando Florence Nightingale, impressionada pelas terríveis condições dos hospitais de campanha, adotou medidas para o desenvolvimento da enfermagem profissional. Esse despertar para a dimensão dos problemas sociais só ocorreu quando os problemas deixaram de ser privilégio das classes menos favorecidas nos bolsões de miséria das periferias das grandes cidades e as classes mais altas passaram a ser atingidas na saúde e na economia, esse fato acabou por alavancar, nos estados capitalistas, um conjunto de medidas progressivas que culminaram, mais tarde, com a implantação do *Welfare State* o Estado do Bem-Estar Social em muitos países da Europa.

O surgimento do Estado de Bem-Estar Social e a criação das políticas públicas de promoção do direito à saúde

Os antecedentes desse sistema estão em 1880, na Alemanha de Otto Von Bismarck, na época de Bismarck a Alemanha não ocupava o lugar de ponta que ocupa hoje entre os países da Europa, era uma nação essencialmente agrária e com escassos recursos naturais. Otto Bismarck apostou na exportação de manufaturados a baixo preço, todavia essa solução impunha o pagamento de baixos salários, assim, ao invés de reprimir o descontentamento dos trabalhadores Bismarck os apaziguou com uma legislação nova e inclusiva que facilitava a obtenção de habitação gratuita, criava seguro para a velhice e assistência médica. Nascia o sistema previdenciário baseado em três fontes de financiamento: contribuições empresariais, contribuição dos trabalhadores e contrapartida do Estado. Esse sistema foi criado como alternativa ao liberalismo econômico puro e ao socialismo (KERSTENETZKY, 2012, p. 15).

Nas primeiras décadas do século XX, alguns fatores aceleraram o desenvolvimento do *Welfare State*, tais como a ameaça socialista sobre o capitalismo concretizada com a Revolução Russa de 1917 e a criação do Estado Soviético e o despertar da constitucionalização dos direitos sociais destacada na Europa pela Constituição Alemã de Weimar em 1919 (DELGADO e PORTO, 2019. p. 7). Após a Primeira Guerra Mundial em 1918, seguida da Grande Depressão Econômica causada pela crise de 1929, seguiram o



exemplo da Alemanha de Bismarck e implantaram sistemas de seguro social, a França e a Grã-Bretanha. As condições sociais e políticas peculiares do pós-guerra foram determinantes para que a ideia de Estado de Bem-Estar Social se consolidasse nas sociedades ocidentais de economia capitalista avançada. (SILVA e MATTOS, 2009, p. 140).

A crise de 1929 levou o sistema capitalista a beira do colapso e se tornou um dos principais elementos para o *Welfare State* (Gomes, 2006). As políticas sociais e a repercussão dos gastos governamentais na dinâmica econômica ganharam destaque com o surgimento das teorias propostas por Keynes, em um contexto de crise de insuficiência da demanda efetiva. A conjuntura econômica desfavorável a partir de 1929, a segunda Guerra Mundial, e a divisão do mundo em dois blocos – um capitalista e outro “comunista” – desencadearam a convicção de que os destinos dos cidadãos não deveriam estar totalmente sujeitos à instabilidade inerente às forças de mercado. Dessa maneira, a sociedade passou a demandar políticas que promovessem o crescimento econômico, visassem à diminuição do desemprego e à elevação do nível de proteção social. O Estado passou então a ter uma maior participação na economia, a partir da provisão de serviços sociais e através da elaboração de políticas monetárias e fiscais voltadas ao pleno emprego. Com isso, entre as décadas de 1930 e 1970, surge, nos países centrais, um Estado de Bem Estar Social, com despesas públicas em políticas sociais, notadamente saúde, que representavam parcelas cada vez mais representativas do gasto público (SILVA e MATTOS, 2009, p. 137).

Pelos princípios do *Welfare State*, cada cidadão nacional tem direito a serviços estatais essenciais ou fornecidos diretamente pelo Estado ou indiretamente mediante o poder de regulamentação sobre a sociedade civil. No rol básico desses serviços estão os direitos humanos de segunda geração, tais como gratuidade e universalidade do acesso à educação, assistência médica, auxílio ao desemprego, aposentadoria, pensão, e assistência e proteção maternal (FEREIRA FILHO, 2016, p. 22). Hodiernamente países nórdicos como Dinamarca, Islândia, Noruega, Suécia e Finlândia refletem o modelo mais bem sucedido de *Welfare State*. O modelo nórdico, conhecido como capitalismo nórdico, incluem políticas sociais e econômicas em um amplo e abrangente Estado de bem-estar social.

Delgado e Porto (2019) apresentam nove pilares sobre os quais se assentam o *Welfare State*. O primeiro, revela a presença e institucionalização de uma Democracia multidimensional com a utilização de importantes princípios civilizatórios, tais como: o da liberdade; o da igualdade; o da solidariedade; o da dignidade da pessoa humana; o da



centralidade da pessoa humana na vida socioeconômica e na ordem jurídica; o da valorização do trabalho e, enfaticamente, do emprego; o da subordinação da propriedade privada e da livre iniciativa às suas funções socioambientais; o do bem-estar individual e social; o da justiça social.

O segundo consiste na presença e institucionalização dos direitos civis e direitos políticos. Já o terceiro na presença e institucionalização de largo leque de direitos individuais, sociais e coletivos. O quarto é demarcado pela incessante busca da liberdade e da igualdade, da solidariedade, dos direitos civis, políticos, sociais e coletivos, em especial ao sindicalismo e suas instituições. O quinto se constitui na presença, na garantia e na institucionalização de um universo de meios de comunicação de massas razoavelmente equilibrado, equânime, independente, apto a transmitir as diversas perspectivas que envolvem os inúmeros problemas destacados na vida social, econômica, política, cultural e institucional.

O sexto reside na presença e institucionalização de crescente participação igualitária das mulheres nas diversas dimensões da sociedade civil e da sociedade política, como reconhecimento de sua maioria no plano demográfico das comunidades humanas nacionais e da essencialidade dos princípios humanistas e sociais do Estado de Bem-Estar Social e do próprio Constitucionalismo Humanista e Social. O sétimo situa-se na presença e institucionalização de relevante e estratégica participação do Estado e suas instituições na sociedade e na economia, como instrumento não só de garantia da universalidade das políticas públicas assecuratórias dos direitos sociais à população, como também de garantia da ocorrência de um desenvolvimento sustentável no plano do sistema econômico capitalista.

Já o oitavo consubstancia-se na presença e institucionalização de uma política tributária fundada nos princípios da solidariedade e da eficiência, de maneira a assegurar a firme hígidez fiscal do Estado em firme harmonia com o princípio da igualdade substancial. O nono pilar do Estado de Bem-Estar Social consiste na presença e institucionalização de um sistema econômico capitalista do tipo sustentável, responsivo, apto a propiciar a concretização de um desenvolvimento sustentável, tipificado por um capitalismo com responsabilidade social e ambiental (responsabilidade socioambiental) e reciprocidade socioeconômica para a respectiva população. Naturalmente que a efetivação ampla dessa característica supõe a estruturação e atuação de políticas públicas interventivas no sistema econômico (DELGADO e PORTO, 2019. p. 10).



Segundo Scliar (2005), no Brasil o seguro social surge com Getúlio Vargas na fase de industrialização e urbanização dos anos 1930-1940. No início do século XX a população brasileira estava espalhada no campo e fazendas, por essa razão, somente no início do século XX, como reflexo da libertação dos escravos, chegada dos imigrantes europeus e início da industrialização é que as cidades vão receber uma massa maior de pessoas e as políticas públicas vão se destinar ao povo urbano que passava a ser uma massa mais numerosa. Os acontecimentos do final do século XIX, segundo Brito Filho (2009, p. 58), criaram as condições para o surgimento efetivo das primeiras políticas sociais no Brasil.

Embora a escravidão tenha terminado oficialmente no Brasil, no fim do século XIX, já no limiar do século XX, especificamente em 13 de maio de 1888, com a assinatura da lei Áurea pela Princesa Isabel foi dado o primeiro passo para construção de um sistema de leis voltado para proteção do trabalhador brasileiro. É fato que no século XIX o Brasil era um país essencialmente rural com cerca de 648.000 estabelecimentos agrícolas e apenas 13.300 estabelecimentos industriais. Os estabelecimentos agrícolas que antes cultivavam cana de açúcar deram lugar no século XIX as fazendas de café, cujos fazendeiros constituíam a classe mais abastada e politicamente mais influente do país. Após a libertação dos escravos em 1888, portanto, fim do século XIX, as fazendas de café passaram a utilizar a mão de obra do imigrante europeu. (AROUCA, 2009, p. 20).

Liberto da escravidão o trabalhador negro, no início do século XX, passa a se ocupar de trabalhos na indústria incipiente. A indústria passou a utilizar, nas cidades, a mão de obra barata e desqualificada dos negros, agora livres e sem qualquer opção de sobrevivência, já que os postos de trabalho na lavoura cafeeira, atividade que os negros possuíam qualificação e experiência, foram ocupados pelos imigrantes europeus. No final do império havia no Brasil aproximadamente 60.000 operários, a maioria negros, para uma população de 14 milhões, esse número mostra que a classe trabalhadora, no fim do século XIX e início do século XX, não tinha importância ou significado político suficiente para realizar aqui as movimentações de massas trabalhadoras e exigir políticas públicas sociais, como as voltadas para a saúde, que já ocorriam na Europa. (AROUCA, 2009, p. 87). Embora a campanha abolicionista possa ser tida como uma primeira lei envolvendo direitos sociais em massa e tenha conseguido mobilizar diversos setores sociais, é fato que após a libertação a população negra foi abandonada à própria sorte. Não se seguiu a abolição qualquer política social de reformas visando integrar esse contingente humano à sociedade ou prover-lhe a subsistência.



(MARINGONI, 2011). Não havia, portanto, até o início do século XX, no Brasil, qualquer preocupação com políticas públicas voltadas para o bem-estar social das populações que se formavam nas grandes cidades.

Nesse contexto, segundo Scliar (2005) No Brasil o seguro social surge com Getúlio Vargas na fase de industrialização e urbanização dos anos 1930-1940. Antes disso, o campo dominava as cidades e a população dispersa não chegava a formar massa crítica para influir no processo político. Imperava a política coronelista com seus currais eleitorais. A crise de 1929 e a ressecção econômica que ela gerou, a urbanização do país com a iniciante indústria que ocupava a mão de obra dos negros e dos brancos pobres, bem como a chegada de imigrantes europeus com visão de mundo diferente, muitos dos quais com pensamento anarquista (NASCIMENTO, 2009, p. 116), todos esses fatores combinados gerou a pressão social necessária para que surgisse, na década de 1930-1940 no Brasil, o seguro social.

Scliar (2005) dá conta de que o seguro social é parte de um elenco de medidas adotadas na área trabalhista e na assistência médica promovidas inicialmente pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) que eram divididos segundo a categoria profissional (industriários, comerciários, marítimos, bancários e outros). Em 1967 os vários IAP's foram unificados no Instituto Nacional de Previdência, INPS. Na década de 1970 o organismo previdenciário de assistência médica era o Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) o qual fazia parte do Ministério de Assistência e Previdência Social (criado em 1974) e atuava independente do Ministério da Saúde (e de outros Ministérios de atuação correlata).

No Brasil, atualmente, segundo Ibrahim (2012, p. 8) a saúde é garantida pelo governo mediante políticas sociais e econômicas. Essas medidas governamentais visam à redução do risco de doença e de outros agravos. Nesse compasso, as ações de saúde são de vital importância, sendo responsabilidade do poder público sua execução. Mas, nem sempre foi assim. Em tempos anteriores à Constituição de 1988, a proteção à saúde não configurava um direito universal. Naqueles tempos o trabalhador tinha a obrigatoriedade de contribuir para a manutenção do regime, e assim fazia em conjunto com as contribuições da previdência social, de forma, que muitos trabalhadores estavam excluídos do sistema e somente poderiam contar com o atendimento médico das Santas Casas de Misericórdia ou outros hospitais beneficentes.

Nesse sentido Silva (2008, p. 214) informa que a saúde em geral e também a saúde do trabalhador está englobada no rol dos direitos humanos em atenção ao princípio ontológico da



dignidade da pessoa humana que se constitui no fundamento maior do Estado Democrático e Social de Direito, e, por vocação nas políticas sociais do *Welfare State*. Não é sem motivo que a Constituição Federal de 1988 destacou no artigo 170, III a proteção ao meio ambiente do trabalho. Não obstante todo este aparato estatal de proteção à saúde do cidadão brasileiro e do estrangeiro de passagem ou residente no Brasil, a saúde do trabalhador também está inserida nesse sistema e também deve ser amparada e fiscalizada a partir do contrato individual de trabalho e das regras de proteção à saúde do trabalhador e ao meio ambiente do trabalho, pois o trabalho e a livre iniciativa são fundamentos da República Federativa do Brasil.

A proteção social brasileira foi aprimorada na Constituição de 1988 que trouxe inovações na normatividade da Ordem Social, notadamente os princípios fundantes do *Welfare State*. Adotou-se no Brasil a partir de 1988 o modelo de seguridade social fundado na solidariedade que inclui o indivíduo em situação de risco social, pois a regra constitucional contida no artigo 194 estabelece que a seguridade social compreende um conjunto de ações e iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. É, portanto, um sistema ancorado em múltiplos princípios verificados no *Welfare State*: universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação e custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (ARAÚJO, MEDINA e CONDÉ, 2017).

Para Kerstenetzky (2012), embora o Brasil tenha tardiamente desenvolvido suas regras de proteção social, essas regras coincidem em grande medida com as criadas por outros países da América Latina, apesar de não haver entre eles muitas semelhanças no tocante a recursos, prioridades políticas e promoção de bem-estar, havendo entre esses países elevados níveis de desigualdade, baixos patamares proporcionais de gasto social e carga tributária, além, é claro, do passado comum de colonização ibérica. O Brasil, se situaria na região como moderadamente redistributivo se comparado com os mais bem posicionados estados sociais da região e com os de pior posição. O Brasil, no entanto, após a redemocratização e sob a égide da Constituição de 1988, apresenta movimentos consideráveis do *Welfare State* aumentando consideravelmente a perspectiva de consolidação do Estado de bem-estar social.



Draibe (1993) ressaltou alguns desses movimentos: organização político-administrativa com eixo central na descentralização; incremento da sociabilidade das políticas, com a participação dos clientes nas políticas sociais em todas as fases do processo; realinhamento nas relações da sociedade com o Estado e a economia; os programas sociais para a população abaixo da linha da pobreza e em situação de risco social, para obtenção de moradia popular, para alimentação, para mobilização urbana, para erradicação do trabalho infantil, valorização do poder de compra do salário mínimo; e para a saúde.

Todos esses fatores contribuem para a construção e implantação da política social somados a política que se faz na área da saúde, uma vez que a saúde se encontra no vértice entre o Estado, o mercado e a sociedade (ARAÚJO, MEDINA e CONDÉ, 2017). É Nesse contexto que a Organização Mundial da Saúde superou o entendimento que ter saúde é não ter doença e avançou para considerar saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na história da saúde, a princípio, as práticas preventivas e terapêuticas estavam presas a ideia de que o ser humano tinha do mítico e do divino. Por sua vez, a doença estava ligada a ideia de castigo divino pelo pecado. Este olhar da saúde pela lente do sobrenatural evoluiu para a procura da cura baseada nas experiências e nas observações do ambiente, que introduziu o componente empírico na antiguidade clássica e na idade média.

Sobrevindo a idade moderna e com ela as cidades e as grandes aglomerações humanas surgiu o conceito de corpo social. Como fruto da Revolução Industrial, do capitalismo com sua divisão do trabalho e das experiências de poder baseada na divisão das classes sociais, a saúde pública aparece como resposta as pandemias e epidemias causadas pelas carências gritantes de moradia, educação, higiene, o agravamento de antigos problemas de saúde e de outros novos, em função da industrialização e da urbanização. Além de resolver problemas de saúde da população, a saúde pública também surge com o viés de controle para manter o corpo saudável e apto ao trabalho que movimenta o capital e mantém o *status quo* das classes empreendedoras (FOUCAULT, 2014), portanto, não se pode negar que o desenvolvimento da saúde pública e das políticas públicas de saúde contribuíram em grande



escala para o surgimento e consolidação de democracias capitalistas voltadas para o *Welfare State*.

Na contemporaneidade tem-se que o olhar sobre o corpo social, embora mais abrangente e mais eficaz, não exclui, por si só, o olhar mágico e o empírico da antiguidade. Na saúde pública atual ainda existem componentes autoritários e empíricos, que pode ser observados, por exemplo, na ministração de medicamentos cujo modo de ação ou a eficácia curativa são desconhecidos, ou mesmo no carisma de um médico ou médica, que envolvendo o paciente em uma áurea mágica, acelera sua recuperação.

O artigo demonstrou que a evolução da visão dos direitos sociais, notadamente a evolução da saúde encaminhou um avanço nas políticas públicas sociais chegando na contemporaneidade ao conceito de *Welfare State* - Estado de Bem-Estar Social como decisivo instrumento de concretização da Democracia em Estados capitalistas, em seu sentido mais amplo, efetivamente multidimensional, como eficiente e racional instrumento de controle do capitalismo individualista e possessivo, apto a expungir, atenuar ou, pelo menos, equilibrar as suas tendências e distorções socioeconômicas mais agressivas, antissociais e anti-humanistas. Assim, a evolução experimentada nos cuidados com a saúde pública ao longo da história humana foi, sem dúvida, um dos fatores primordiais para a efetiva implantação dos direitos sociais e o surgimento do *Welfare State* - Estado de Bem-Estar Social e seus sofisticados sistemas de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Carolina Pires; MEDINA, Lízia Coelho; CONDÉ, Eduardo Salomão. **Políticas públicas de saúde e bem-estar social: fronteiras entre o financiamento público e o privado no Brasil e em Portugal**. Revista Estudos de Sociologia, v. 1, n. 23, maio 2017.

AROUCA, José Carlos. **Curso básico de direito sindical**. 2ª ed. São Paulo: Editora LTr, 2009.

BRITO FILHO, José Cláudio Monteiro de. **Direito Sindical**. Editora LTr, 2009.

DELGADO, Maurício Godinho; PROTO, Lorena Vasconcelos. **Introdução ao Welfare State: construção, pilares estruturais e sentido civilizatório**. Revista da Faculdade Mineira de Direito, v. 22, n. 43, maio 2019.

DRAIBE, S. **O Welfare State no Brasil: características e perspectivas**. *Caderno de Pesquisa*. n. 80. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1993.



FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. São Paulo: 15ª edição, Editora Saraiva, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra, 2014.

GOMES, Fábio Guedes. **Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil**. Revista de Administração Pública, vol. 40, n. 2. Abr. 2006.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de Direito Previdenciário**, 17ª edição, revista, ampliada e atualizada, 2012.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão - a reinvenção do Estado Social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MARINGONI, Gilberto. **O destino dos negros após a Abolição**. Revista Desafios do desenvolvimento, IPEA, ano 8. Edição 70, 2011.

NASCIMENTO, Amauri Mascaro. **Compêndio de Direito Sindical**. 6ª ed. São Paulo: Editora LTr, 2009.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social - Trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC, 2005.

SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. **A saúde do trabalhador como um direito humano: conteúdo essencial da dignidade humana**. São Paulo: LTr, 2008.

SILVA, Luiz Marcos de Oliveira; MATTOS, Fernando Augusto Mansor de. **Welfare State e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial**. Revista de Economia Política, vol. 29, nº 3, set. 2009.