

ARTIGOS

A SAÚDE COLETIVA E O ESPAÇO PÚBLICO MODERNO: RAÍZES HISTÓRICO-SOCIAIS DA CIÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA

*José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres**

Resumo

Este ensaio busca compreender a inflexão histórica a partir da qual o conhecimento médico passou a instruir não apenas ações de caráter individual, mas passou a se interessar pela saúde como *fato social*. A Higiene iluminista é identificada como o solo epistêmico no qual germinou a epidemiologia – ciência médica contemporânea que estuda a distribuição e os determinantes da doença em escala coletiva – e suas implicações práticas são interpretadas à luz da configuração do *espaço público moderno*. A tese central é a de que o desenvolvimento da epidemiologia é parte do processo de constituição de um poder político plural e substantivamente público e sua contraditória colonização por uma racionalidade técnica de caráter privatista e conservador.

Palavras-chave

Saúde pública/história; epidemiologia/epistemologia; saúde coletiva; espaço público; modernidade.

Abstract

This essay aims to understand the historical moment in which the medical knowledge started to inform not only actions of an individual nature, but started to get interested in health as a social fact. The Enlightenment's hygiene is identified as the epistemic soil in which epidemiology germinated - the contemporaneous medical science that studies the distribution and the determinants of disease in a collective scale - and its practical implications are interpreted in light of the configuration of the modern public space. The main thesis is that the development of epidemiology is part of the process of constitution of a plural and essentially public political power and its contradictory colonization by a technical rationality of a private and conservative nature.

Key-words

Public health/history; epidemiology/epistemology; collective health; public space; modernity.

Preocupações acerca da dimensão coletiva da doença e da saúde remetem, se tomadas no seu sentido mais geral e abstrato, aos primórdios de nossa civilização.¹ O clássico texto de Hipócrates, “Ares, águas e lugares”, representa, nesse sentido, um dos primeiros a se deter sobre aspectos não individuais relacionados à saúde humana:

ao chegar a um povoado que lhe é desconhecido, o médico deverá examinar a posição do mesmo com respeito aos ventos e às saídas do sol, pois um aspecto norte, um aspecto sul, um do oriente e um do ocidente tem cada um seu próprio caráter individual. Deverá considerar com o maior cuidado todas essas coisas e também onde têm os nativos que ir buscar água, se usam águas pantanosas, suaves, ou que são duras e vêm de lugares altos e rochosos, ou são salobras e ásperas. Também o solo, se é plano e seco, ou de florestas e águas abundantes. E ainda o modo de vida que levam seus habitantes, se são grandes bebedores e comem em excesso e se mantêm inativos, ou se são atléticos, industriosos e se alimentam bem, bebendo pouco. Usando essa informação deverá examinar os problemas que surjam. Pois se o médico conhecer bem estas coisas, e de preferência se as conhecer todas, mas em todo caso se conhecer a maioria, não ignorará, à chegada a um povo que não lhe é conhecido, as enfermidades locais nem a natureza das que prevalecem; assim, não se encontrará em desvantagem ao tratar as enfermidades, nem terá desacertos, como é provável que seja o caso se não contar com estes conhecimentos antes de considerar seus diversos problemas (...) Mediante estas considerações e ao conhecer os tempos com antecipação, terá pleno conhecimento de cada caso particular, logrará o maior êxito em assegurar a saúde, e logrará os maiores triunfos na prática de sua arte.²

Da familiaridade de alguns termos utilizados no texto nos vem uma forte sensação de continuidade entre a medicina hipocrática e nossas preocupações atuais com a saúde coletiva.

É possível, contudo, distinguir o conteúdo desse pensamento e seus significados práticos daqueles que caracterizam a saúde pública contemporânea e seu mais expressivo domínio científico, a epidemiologia. No tipo de aplicação prática expressa no texto já começam as diferenças. Sabe-se que a medicina hipocrática representa a transição de concepções e práticas de fundamento predominantemente místico para outras, de caráter técnico:

Os gregos começaram chamando *tekhne*, sem maior precisão, ao que também sem ela nós podemos chamar “arte manual”, “ofício” ou “indústria”. Mas entre os séculos VI e V, esse termo veio a alcançar plena dignidade intelectual e social mediante um processo de purificação e outro de racionalização. Por um lado, o que-fazer técnico exclui energicamente de si toda manobra de caráter mágico; por outro lado o ofício artesanal se transforma em verdadeira *tekhne* quando quem o realiza conhece de maneira racional o que é o que ele maneja – a *physis* ou natureza particular das coisas que a tal ofício pertencem.³

O amadurecimento de um “*logos* técnico”, ocorrido na Antiguidade clássica, não superou, entretanto, o profundo abismo entre ação e contemplação, próprios à concepção de *theoria* então vigente,⁴ e aí já encontramos uma profunda descontinuidade com a saúde pública moderna e a epidemiologia. O *logos* próprio à *tekhne* não gozava da autonomia e legitimidade que viria a conhecer com o advento da modernidade. A apreensão racional da doença que serve de instrumento à *ars medica* no contexto hipocrático é, portanto, absolutamente diversa daquela que conhecemos atualmente.

Além disso, a normatividade no fundo da intervenção daquela época era tal que o saber sobre a doença e o agir decorrente da mesma eram realidades externas uma à outra, em termos epistemológicos. Saber significava decifrar os “desígnios” da *physis* e propiciar a vida humana atendendo a esses desígnios: “O médico hipocrático verá a si mesmo como um *servidor da arte*; em definitivo, como um *servidor da natureza*...”⁵

Por fim, para além das diferenças do estatuto da teoria e da natureza normativa da medicina no contexto hipocrático, há uma outra distinção a ser feita, que está no centro do interesse do presente ensaio. Trata-se do fato de que o *objeto* de que trata Hipócrates no trabalho supracitado é radicalmente diverso daquele ao qual está ligado o desenvolvimento da saúde pública moderna e da epidemiologia. Note-se que a preocupação de Hipócrates na sua proposição é a de que o médico tenha o mais completo conhecimento possível sobre as formas como se manifesta a natureza em um determinado local, para que possa melhor conhecer “cada caso particular” e então lograr “o maior êxito em assegurar a saúde”. O conhecimento dos aspectos extra-individuais do adoecimento não era ali mais que a busca de elementos que permitissem identificar a natureza da enfermidade e, de acordo com sua dinâmica, *agir sobre o indivíduo*.⁶

Essa descontinuidade entre o objeto de que trata Hipócrates – tanto no plano epistemológico quanto prático – e aquele que vai emergir com a saúde pública moderna é, na verdade, o ponto de partida para a concisa recuperação que aqui pretendemos fazer sobre a emergência da epidemiologia e suas relações com a construção do espaço público moderno. A perspectiva hermenêutica que nos orienta é justamente a compreensão histórica do surgimento de uma expressão conceitual para *fenômenos substantivamente coletivos de saúde e doença*. Em outros termos, buscamos compreender o desenvolvimento das relações saber-prática a partir do momento de inflexão na práxis médica, no qual o conhecimento dos fenômenos extra-individuais não se presta mais a apenas instruir ações de caráter individual, mas passa a apreender *a saúde como fato social*, ampliando, assim, o campo normativo das ciências médicas.

Nesse sentido, a *higiene*, em sua acepção moderna,⁷ representa o melhor contraponto à tradição hipocrática. Na condição de campo disciplinar fundado na racionalidade científica moderna e voltado, em grande medida, para um plano normativo substancialmente coletivo (embora possa resultar em prescrições de cunho individual), a higiene dos séculos XVIII e XIX é, genuinamente, o solo no qual germinou a ciência epidemiológica.

Duas definições recopiladas por Arouca⁸ dão-nos bem conta dessa estreita relação entre higiene e epidemiologia: “A higiene é a ciência que trata da saúde no duplo fim de sua conservação e seu aperfeiçoamento”, de Becquerel, em 1883, e “A higiene é o estudo das relações sanitárias do homem com o mundo exterior e dos meios de fazer contribuir essas relações à viabilidade do indivíduo e da espécie”, de Arnould, em 1883. Depreende-se claramente dessas definições o seu caráter marcadamente tecnológico, já denunciado pelo fato muito simples de que, nelas, a identidade do saber a que se referem já é descrito em termos de suas finalidades práticas.

A segunda definição, mais completa que a primeira, indica-nos ainda a especificidade do campo de normatividade da higiene: as relações do homem com seu meio externo, de um lado; de outro, a própria intervenção do homem sobre essa relação; e, por fim, o que nos importa sobremaneira, a finalidade prática de viabilizar não só o indivíduo, mas também toda a “espécie”.

Essa ampliação do objeto de apreensão e intervenção relativas à saúde para uma esfera que transcende o individual, aplicando-se a conjuntos de indivíduos (à espécie, no limite), vem elucidar a especificidade da saúde pública moderna como campo de objetividade. Nesse deslocamento da preocupação com a saúde num plano individual para um plano “transindividual”, podemos identificar seus elementos paradigmáticos. Tomemos, então, como referência tempos não tão distantes quanto a Antiguidade, mas o início do período clássico da modernidade. Busquemos aí as condições de possibilidade histórica dessa ampliação normativa da saúde a partir da higiene e os determinantes das “feições epidemiológicas” que concretamente assumiram o saber que efetivamente operou esse deslocamento.

Um primeiro aspecto a ser observado é que muito dificilmente poderíamos acreditar que um processo de expansão normativa pudesse ser um fenômeno isolado, uma experiência social limitada a um campo particular de práticas. Evidentemente, não é esse o caso. O processo que nos interessa na área da saúde faz parte, na realidade, de um processo mais amplo em que se constituiu o espaço público moderno.

Este espaço público emergiu historicamente junto com o modo de produção capitalista. Adquiriu, de seu lado, uma tal força na ordem social de hegemonia burguesa que suas expressões no plano da política, da cultura, das ciências, das representações sociais, de um modo geral, tomaram perfis universais o suficiente para convencer o mais cético dos mortais de que se estava diante de uma forma “natural” da sociabilidade humana, sufocada, até então, pelo discricionário Antigo Regime.⁹

O estreitamento do caráter solidário da organização social da produção, ou seja, o aprofundamento de uma divisão técnica da atividade produtiva baseada na cooperação das forças produtivas e na composição coletiva da força de trabalho, e a propriedade privada, como princípio e fundamento da divisão social correspondente, são, em poucas palavras, as bases materiais do espaço público moderno. O termo e sua significação genérica são, contudo, anteriores aos que vêm assumir na sociedade moderna. É conveniente revisitá-los sinteticamente, para melhor compreendermos seu significado histórico.

A origem da noção de algo público remonta à Antigüidade clássica, quando o sentido era predominantemente ético-filosófico. O espaço público era definido sobretudo por referência à polarização das práticas sociais em torno das noções de *liberdade* e *necessidade*. A idéia do privado era referente a tudo aquilo que estava relacionado à sobrevivência material do homem, à sua transitoriedade física, ao “reino da necessidade”. Já o público remetia ao reino da liberdade, à esfera da *transcendência*, da eternidade. A noção do público nasce, assim, como aquilo que se refere ao que é substantivamente de todos os homens, não sendo de nenhum deles em particular. O espaço público é o da arte, da contemplação, da ética, da experiência compartilhada do Belo, do Bem e da Verdade.

Contudo, ao transpor o tempo, esse sentido foi se tornando progressivamente adjetivo; a substância ético-filosófica de sua origem é transformada, ao se desfazerem suas bases materiais, junto à *pólis* grega.

No mundo fechado e hierarquizado do medievo, a noção de público passou a assumir um caráter eminentemente *representativo*. A produção, não mais baseada na unidade domiciliar, mas em espaços físicos e políticos mais amplos, deslocou da vida familiar, da sobrevivência cotidiana de cada indivíduo, a oposição entre privacidade e publicidade. A dimensão transcendente de todo e cada homem passou a ser “encarnada” por alguns indivíduos e instituições, cuja representatividade era imanente à sua posição social. O sentido da transcendência daqueles investidos de autoridade e poder estava assinalado nas suas figuras públicas, do mesmo modo que nas formas materiais estavam

os signos das qualidades essenciais da natureza. Na Idade Média, por outro lado, o caráter ético do conceito de público passa a ser adjetivo, externo ao próprio conceito. Só pode ser representativo, e portanto público, o que for poderoso, grandioso, heróico, generoso, etc. A opulência material, a autoridade religiosa, a sabedoria, a riqueza simbólica das celebrações, as atitudes de heroísmo demarcam socialmente os atributos e as conquistas do gênero humano, do que se refere a todos, embora encarnado em alguns.

O Renascimento submeteu essa publicidade representativa a novas tensões e reorganizações, no sentido da secularização e racionalização tecnológica. O caráter representativo do monarca começa a se identificar cada vez menos com direitos divinos e passa a se aproximar, progressivamente, da noção moderna de Estado, levando a representatividade a expandir-se da pessoa do monarca para a figura da Corte. Surge, então, um mundo cortesão de base humanista que, girando em torno do monarca, demove dos latifúndios feudais seu poder decisório e, simultaneamente, sua representatividade. O palácio adquire uma vida própria que concentra e difunde, desde um sentido simbólico até um sentido político-administrativo, os limites entre o interesse privado, ligado à fortuna pessoal dos indivíduos, e o interesse público, vinculado ao destino da *nação*.

Com as bases econômicas de sua hegemonia política minadas pelo comércio e pela manufatura das cidades, e diante de um poder monárquico progressivamente orientado e sustentado por uma racionalidade secular e instrumental, a aristocracia feudal e eclesiástica vê deslocar-se de sua esfera de influência e representatividade o espaço público da sociedade. Nesse momento, com a ascensão do poder burguês, configura-se uma *esfera pública de indivíduos privados*.

Essa nova publicidade deixou para trás seu conteúdo representativo, estamental e rígido, e, sob a cultura revolucionária que se apoiou no amplo arco de forças sociais aglutinadas contra o Antigo Regime, o espaço público moderno revestiu-se de um caráter *político-emancipatório*. Em outras palavras, a emancipação política e econômica dos diferentes sujeitos sociais, e suas necessidades privadas, veio emprestar ao espaço público um caráter mais antropocêntrico, já que sua “publicidade” não seria mais uma espécie de expressão do ser próprio do homem, reflexo passivo desse ser, mas viria a ser entendida como convenção humana, o constructo de uma razão emancipada e secularizada.

Na conjuntura sociopolítica de transição à Modernidade, os diferentes sujeitos sociais emergindo na cena pública ainda não haviam configurado blocos organicamente organizados em torno de seus interesses políticos, articulando-se muito mais em torno de interesses econômicos de ordem mais imediata. Torna-se, assim, compreensível a

atomização que caracteriza as primeiras configurações de um espaço público de traços modernos. Esse espaço público só delinear-se-ia mais nitidamente seus perfis a partir do momento, e na justa direção e alcance, em que o sujeito social que comanda a transformação moderna da sociedade, a burguesia, estruturar-se-ia mais solidamente, buscando adequar o conjunto das relações sociais às suas próprias necessidades.

Uma vez que a possibilidade da livre iniciativa na produção de riquezas não era mais a questão vital para seus sujeitos, nem tampouco marginal no conjunto das forças sociais, como o eram na alta Idade Média, e à medida que surgiram necessidades mais ricas e abrangentes, como otimização das condições de produção, circulação e troca de mercadorias, acesso a bens de produção e matéria-prima, resolução de litígios na concorrência entre os produtores ou comerciantes, conquista de mercados consumidores, entre outras, expandiu-se a necessidade de estabelecer mais claros e distintos limites entre as prerrogativas de um produtor e outro, e, especialmente, entre a liberdade de cada produtor privado e as necessidades do conjunto social dos produtores.

Os interesses privados conformam, então, pólos de embates políticos que mobilizam os diversos segmentos sociais envolvidos, buscando soluções consensuais. Essa publicidade consensual atomizada e pulverizada nas diversas áreas de interesses, *publicidade de sujeitos privados politicamente emancipados*, expande, então, da máquina burocrática das monarquias modernas para a sociedade civil a possibilidade, a motivação e a legitimidade de juízos acerca das diferentes esferas de interação entre os indivíduos (os espaços públicos) e o alcance da liberdade e necessidade de cada um nessas relações (o espaço privado).

A racionalidade científica moderna, nas feições antro-po-emancipadoras que caracterizam o racionalismo naturalista e iluminista do século XVIII, cumpre um importante papel no processo acima. Com efeito, é em grande medida por meio da mentalidade nomológica, essa busca quase obsessiva de leis objetivas, que se logra deslocar das emboloradas instâncias burocrático-administrativas do Estado monárquico para os arejados, e então progressistas, salões burgueses o debate acerca da regulação e institucionalização das interações entre indivíduo e sociedade, privado e público. Constitui-se uma “opinião pública”, que, em diferentes ritmos e intensidades, segundo características locais (a Inglaterra à frente), é incorporada às estruturas político-institucionais dos diversos Estados Nacionais, especialmente o Parlamento. Essa opinião pública mais e mais reclama para si a origem e a legitimação de toda norma social.

Partindo de necessidades corporativas e setoriais, espelhadas na composição seletiva de seus ambientes formadores, a opinião pública burguesa, paulatinamente (e a imprensa

tem um papel fundamental nisso), define e institucionaliza sua política. Com tal agilidade e efetividade, forja-se essa opinião pública de que, precocemente, o interesse público, tal como concebido nos salões burgueses, transforma-se num conceito, na abstração de uma legalidade própria às interações sociais. O espaço público corporativista da burguesia molda uma concepção universalista de publicidade.

Esse processo, denominado por Hannah Arendt “emancipação político-jurídica da sociedade”, pode ser sinteticamente descrito como a substituição do caráter eminentemente gregário que delimitava o território propriamente público das relações sociais por um caráter societário. Isto é, substitui-se o espaço público como esfera de interações políticas no sentido clássico, ou seja, como o espaço de liberdade da contínua (re)construção do destino comum dos homens, por um espaço público fundamentalmente definido pelo compartilhamento e confronto de necessidades privadamente experimentadas. O “reino da necessidade” invade o “reino da liberdade” tornando-os indistinguíveis.

Assim, o espaço público se materializa como o espaço comum de convivência e interação das necessidades e interesses privados – como antes o era o ambiente doméstico. De modo análogo àquele como as diferentes tarefas e afetos organizavam a primitiva sociabilidade familiar, também a sociabilidade ampliada, trazida pelo capitalismo, veio tornar os espaços e comportamentos submetidos ao juízo e à interferência dos sujeitos privados.

A última grande inflexão para a constituição histórica do espaço público tal como o herdamos na contemporaneidade data de pouco menos de um século. Com a radicalização das contradições sociais do modo de produção capitalista, aumenta a necessidade de ampliação e de aprofundamento do controle do espaço público. A aceleração do processo de industrialização, tendo o desenvolvimento da materialidade e racionalidade científico-tecnológicas como as principais forças produtivas, o assalariamento expandindo-se *ad infinitum*, o anonimato da propriedade dos meios de produção e a ação coercitiva dos meios de comunicação de massa levam o espaço privado a se descaracterizar como a base primordial dos interesses societários. Agora é o público que invade o privado, colonizando-o. A racionalidade tecnológica contrapõe-se às pressões políticas dos que foram progressivamente enfraquecidos no consenso político e torna “dispensáveis” as daqueles que dominam esse consenso – o grau de desenvolvimento e legitimação social da ciência e da tecnologia e a franca hegemonia político-econômica da burguesia permitiram-no.

Uma classe passou a deter o domínio normativo de uma ordem tratada como “o bem comum”, sacrificando a esfera pública como instituição para resgatá-la como ideo-

logia. Os interesses de uma classe encarnam o bem de todos e modulam, dessa forma, a privacidade de cada um. A individualidade se refugia numa controlada e recôndita esfera íntima, que passa a ser o núcleo contraditório de uma privacidade emancipada, mas massificada. A técnica é tida como capaz, por si só, de identificar e viabilizar uma normatividade capaz de regular o público e o privado, manipulando este enquanto tende a transformar o outro numa químera ideológica.

Os aspectos acima descritos parecem ser suficientes, como pano de fundo, para prosseguirmos. Compreendido, em seus traços gerais, o espaço público moderno, vejamos como a higiene conforma, segundo apontávamos acima, uma primeira matriz racional para o processo de expansão normativa das ciências da saúde para a esfera do social. Em seguida, examinemos o modo como a epidemiologia, ao formalizar-se nos moldes de uma ciência moderna, relaciona-se contraditoriamente com a colonização tecnocrática desse espaço público.

Em um clássico ensaio sobre o assunto, Michel Foucault¹⁰ aponta como primeira expressão histórica de uma normatividade da saúde expandida para o social, que estaremos chamando a partir daqui de *mentalidade sanitária*, o conjunto de práticas a que ele denominou “medicina de estado”. Como se sabe, tais práticas encontraram sua mais típica manifestação na Alemanha do final do século XVII e início do século XVIII.

Embora a medicina de Estado alemã atinja sua forma mais bem acabada no século XVIII, os primeiros movimentos em sua direção já podem ser observados no século anterior. O trabalho de Johan Peter Frank, clínico, educador médico e administrador hospitalar, mentor do grandioso sistema de higiene pública e privada chamado “polícia médica” – talvez a mais importante figura dessas práticas – foi, segundo Rosen,¹¹ o ponto culminante de um esforço que já vinha sendo desenvolvido há pelo menos um século. Esse esforço dirigia-se no sentido da contabilização e controle sistemático de algumas variáveis demográficas e “sanitárias” julgadas estratégicas para a nação. Também na Inglaterra, em 1662, John Graunt realiza aquele que é considerado o primeiro estudo populacional de comportamento de mortalidade de que se tem notícia.¹² Esses primeiros esboços de uma mentalidade sanitária na Inglaterra não conformaram, à época, um conjunto de práticas tão organicamente articuladas quanto na Alemanha, razão pela qual, em função das óbvias vantagens exemplificativas do caso típico, Foucault privilegiou a experiência alemã para analisar esses primeiros movimentos de conformação da mentalidade sanitária.

Tiremos proveito da própria distinção acima para destacar o aspecto que mais nos interessa nesse ponto. Por que foi na Alemanha que uma medicina estatal mais precoce

e acabadamente se organizou, se foi exatamente na Inglaterra que o capitalismo abriu caminho mais rapidamente entre as antigas estruturas político-econômicas? O que há de específico na Alemanha que torna tão sistemática e internamente consistente a mentalidade sanitária?

A resposta a essas questões não é simples. Envolve, entre outros aspectos, uma estrutura feudal de poder fortemente enraizada, uma identidade nacional ainda débil, pulverizada entre os diversos principados e sérias barreiras geográficas ao comércio e à expansão colonial.¹³ Todos esses fatores remetem a necessidades, mais prementes na Alemanha do que em outras nações, de estruturar um espaço público capaz de viabilizar o projeto político-econômico capitalista. A conjuntura acima esboçada leva os burgueses alemães a buscar de forma mais precoce e incisiva que seus pares ingleses e franceses um controle social racionalmente fundado e apoiado na estrutura estatal monárquica. É o que comenta Donnangelo:

Ainda que amplamente divulgadas na época, sobretudo através da obra de Peter Frank, *Medizinische Polizey*, as concepções e práticas consubstanciadas no conceito de polícia médica não encontram no resto da Europa expressão equivalente à que adquiriu na Alemanha. Condizendo com sua situação de relativo atraso econômico ante outros países europeus, mas sobretudo com o papel a ser ali desempenhado pelo Estado, em momentos sucessivos da implantação de uma estrutura econômica e política “de cima para baixo”, as proposições de Frank encontram na política de Bismarck justificativa e respaldo. Adotado fora da Alemanha, o conceito de polícia médica é despojado de seu sentido de amplo controle do poder político sobre as condições de vida das populações e sobre a própria prática médica, para restringir-se à interferência sobre aspectos delimitados da vida social, tais como o controle das doenças transmissíveis e o saneamento ambiental.¹⁴

Foucault chama a atenção para o fato de que esse primeiro momento de expansão normativa da medicina detém-se exclusivamente sobre o exercício da medicina e o diagnóstico sanitário. Mantém-se, portanto, relativamente resguardado o núcleo dos saberes médicos, os conceitos de saúde e doença.¹⁵ Embora se note já a expansão do alcance de suas práticas, o campo de normatividade propriamente médica continua ainda predominantemente restrito ao plano individual. Essa situação é perfeitamente compatível com a conjuntura de transição vivida aí, a qual, tanto do ponto de vista político quanto científico-ideológico, mantém também a racionalidade tecnológica ainda sob a vigilância da tradição. Aos princípios e regras que se relacionam a essa ampliação da

intervenção de natureza “burocrático-estatal”, externa e anterior a qualquer movimento de ampliação tecno-epistemológica do objeto saúde, Sigerist se refere como uma “higiene desde cima”.¹⁶

É do seio desta intervenção tecno-racionalmente fundada sobre o espaço público que, insidiosamente, surgem os primeiros movimentos de uma nova normatividade e, consubstancialmente, de um novo campo de objetividade científica. Por intermédio das estatísticas vitais, que passaram a se generalizar a partir do século XVII, e de estudos de morbidade, que começavam a surgir no século XVIII, o propósito de conhecer e controlar as “leis” que governavam o comportamento populacional, a saúde das pessoas e os cuidados necessários para isso, começou a expandir para fora do corpo os fundamentos empíricos dos conhecimentos objetivos sobre a saúde. Nos trabalhos de corte científico que passam a se ocupar dessas questões, inicialmente mais fora da Alemanha que dentro dela, começa a delinear-se uma *esfera de objetividade propriamente sanitária* e, correlatamente, proposições teórico-metodológicas substantivamente novas, que podem ser designadas, parafraseando Foucault, como *proto-epidemiologia*.

Considere-se, por exemplo, o trabalho de James Lind sobre o escorbuto, publicado na Inglaterra em 1753. Diz o seu prefácio:

O tema tratado nas páginas seguintes é de grande importância para esta nação, cuja frota é a mais poderosa do mundo e cujo comércio é mais florescente que qualquer outro. Já se disse que os exércitos têm perdido mais homens por doença que pela espada. Mas essa afirmação tem sido verificada ainda mais em nossas frotas e esquadões, nos quais o escorbuto apenas, durante a última guerra, resultou num inimigo mais destrutivo e que acabou com mais vidas valiosas, que os esforços unidos das armas francesas e espanholas... Mas me lisonjeia pensar que com o seguinte tratado se poderá evitar a calamidade e eliminar o perigo desse destrutivo mal; e não cabe dúvida de que todos os esforços para pôr fim a uma peste tão terrível receberão uma favorável acolhida pelo público.¹⁷

Se nos recordamos do excerto de “Ares, águas e lugares”, chama-nos a atenção a marcante diferença de perspectiva. Note-se que Lind, já de início, identifica como beneficiária de suas possíveis contribuições, ou como vítima do problema de que se ocupa, *a nação inglesa*. Diversamente, era a assistência do médico aos indivíduos de um povoado ao qual aportasse que guiava o interesse de Hipócrates. A novidade que encontramos no trabalho de Lind é a independência epistemológica entre o evento na sua dimensão coletiva e aquilo que acontece no plano individual. É ela que permite a Lind justificar a preocupação com o escorbuto do ponto de vista *da nação*. O que está claramente expresso no texto de Lind é que o ser da doença ganha uma realidade

objetiva num espaço social e que seus efeitos deletérios se fazem sentir sobre uma atividade estratégica para a nação inglesa, o comércio. Não é sem motivo que esse médico inglês não espera do doente salvo ou confortado o reconhecimento por seu trabalho, mas da *opinião pública inglesa*.

O plano objetivo em que se localiza a questão é coletivo – sua freqüência e sua relevância prática – e se acredita poder reconstituir uma história objetiva *da doença*, através da observação dos traços compartilhados pelos diversos doentes. Trata-se de uma verdadeira inversão por referência ao tratado de Hipócrates, que recomendava conhecer bem a *physis* para melhor compreender a história de cada caso.

Essa inversão não é inocentemente lógico-formal apenas, mas tem um profundo significado histórico. Para nossos interesses, em particular, ela tem a enorme importância de anunciar, não só uma mudança de perspectiva epistemológica, mas também a configuração da nova esfera de objetividade de que estamos tratando. Transcendendo o fato de a doença não ser mais deduzida de princípios gerais, essenciais, aplicados às situações particulares, mas, ao contrário, ser apreendida indutivamente a partir dos casos particulares, a exterioridade lógica entre o caso e o conjunto dos casos inaugura, com efeito, um novo espectro de legalidade, inédito até então nas ciências da saúde. Essa exterioridade é um eloqüente sinal da emergência do espaço público como origem de necessidades práticas.

No amplo movimento sociocultural do Iluminismo, e em meio ao acirramento das contradições trazidas pela nova Ordem, produziu-se um outro desdobramento da mentalidade sanitária, a que Sigerist chama de “higiene desde baixo”.¹⁸ Essa estrutura de saberes e práticas difundiu-se amplamente na cena revolucionária européia de fins do século XVIII, sobretudo na França, onde o processo revolucionário atingiu suas formas mais radicais (e explosivas). A higiene passou, então, a ser também uma forma ilustrada de construir a liberdade e o progresso humano. A saúde no espaço público vê serem superadas suas origens corporativas e, ecoando no mais profundo espírito de solidariedade da época, alcança o conjunto da sociedade e se transforma numa “bandeira” dos novos tempos.¹⁹

Vitoriosa a Revolução, a França assume rápida e franca hegemonia européia no campo da higiene, especialmente no período de maior estabilidade da era napoleônica.²⁰ Em 1802, é fundado o Conseil de Salubrité de la Seine, ampliado em 1807. Em 1810, a França tem a mais avançada legislação sanitária da Europa. Hallé, higienista renomado, desponta como uma das mais destacadas figuras no campo da saúde. Em 1818, esse higienista publica o *Dictionnaire des Sciences Médicales*, considerado uma das mais

notáveis publicações sobre higiene desse período. Em 1822, uma reforma no *curriculum* do curso médico inclui o estudo da higiene no segundo e quarto semestres do curso. Esses, entre outros fatos, demonstram o vigor e a importância da mentalidade sanitária de então.

Há que se considerar também que, paralelamente às influências culturais e políticas, a Revolução Industrial, em curso, tornou a situação concreta da saúde no espaço público verdadeiramente dramática, tanto na sua dimensão física quanto na dimensão abstrata das representações sociais. Os bairros operários que fizeram a população parisiense duplicar na primeira metade do século XIX tornaram-se, ao redor das indústrias que se multiplicavam na periferia de Paris, o “meio de cultura” ideal para doenças e convulsões sociais. Sobre isso, teria sido advertido o rei de França, nos idos de 1830: “Vossos representantes políticos deixaram cercar a cidade por um cinturão de usinas. Senhor, essa será a corda que a estrangulará”.²¹ De fato, conforme descreve Lavedan, a Paris de então era uma cidade doente e explosiva. De bairros como La Chapelle, Saint Merry e Saint Marcel difundiam-se a epidemia de cólera e a revolta.

É claro que essa situação não era exclusiva de Paris, mas caracterizava todas as grandes cidades que se industrializavam na Europa. O clássico estudo de Engels sobre a situação da classe trabalhadora na Inglaterra não descreve quadro mais ameno. As minuciosas descrições que faz sobre as condições de vida em Londres, Manchester, Glasgow e Edimburgo, entre outras, são aterradoras. Seu trabalho impressiona pelo painel crítico que compõe ao descrever o processo de massificação que já se insinua nas cidades industriais:

A multidão que cobre as ruas tem já em si qualquer coisa de repugnante, que revolta à natureza humana. Essas centenas de milhares de pessoas de todos os estados e condições, que se apressam e se acotovelam, não são por ventura, todas elas, seres humanos possuindo as mesmas qualidades e capacidades e o mesmo interesse na busca da felicidade? Em última análise, não têm esses indivíduos de procurar a felicidade pelos mesmos meios e processos? E todavia, as multidões cruzam-se como se nada tivessem em comum, como se nada tivessem a fazer em conjunto, enquanto a única convenção entre elas é o tácito acordo de que cada qual segue pelo seu lado no passeio, a fim de que as duas correntes da multidão não se atrasem uma à outra, criando um obstáculo recíproco. Mas para além disto, ninguém se lembra de conceder ao outro um olhar que seja.²²

Outra ordem de questões abordada por Engels, sobre a situação sanitária da época e a impressão que causava aos que, por ofício ou opção, ocupavam-se com a saúde

pública, é a descrição das condições de habitação. Vejamos, por exemplo, como Engels descreve St. Giles, bairro operário londrino, que conforma um padrão descritivo (tanto de realidade quanto da própria descrição) que se repetirá ao longo de todo o seu trabalho:

É um aglomerado de casas com três e quatro andares, construídas ao acaso, com ruas estreitas, tortuosas e escuras, onde reina quase tanta animação quanto nas ruas principais que atravessam a cidade, só que aqui se vêem apenas indivíduos pertencentes à classe operária. O mercado é na rua: cestos de legumes e de fruta, naturalmente de má qualidade e dificilmente comestíveis, reduzem ainda mais o espaço nos passeios, deles se exalando, como das tendas dos peixeiros, um cheiro asfíxiante. As casas são habitadas desde a *cave* às águas-furtadas, apresentam a mesma sujeira no exterior e no interior e têm um tal aspecto que ninguém desejaria aí viver. Mas isto nada é comparado com as casas dos pátios e vielas onde se tem acesso por passagens cobertas e em que a imundície e a vetustez ultrapassa tudo quanto se possa imaginar (...) Por toda a parte, montes de detritos e de cinzas e águas sujas lançadas diante das casas, acabam por formar charcos nauseabundos. Aí vivem os mais pobres dos pobres, os trabalhadores mais mal pagos, juntamente com os ladrões, os escroques e as vítimas da prostituição.²³

Um terceiro elemento, ainda da obra de Engels, e que nos interessa de forma particular, são as análises de alguns indicadores quantitativos utilizados para associar condição social à condição sanitária, como a seguinte:

Em Liverpool, a duração média de vida em 1840 era, para as classes mais elevadas, de 35 anos, para negociantes e artesãos bem colocados de 22 e para os operários, jornaleiros e criados, de apenas 15. Os relatórios parlamentares contêm em abundância informações análogas (...) É sobretudo a assustadora mortalidade infantil na classe operária que eleva a taxa de mortalidade (...) Não nos devemos espantar por em Manchester, e segundo o último relatório citado, mais de 57% dos filhos de operários morrerem antes de atingir os 5 anos, enquanto entre as crianças das classes superiores a proporção de óbitos não atinge 20% e a porcentagem média de todas as classes das zonas rurais não chega a 32%.²⁴

Esse estudo de Engels, para além das informações que traz sobre a realidade sanitária da época, ilustra a tendência de reformismo social, quando não francamente revolucionária, que se insinua, desde décadas anteriores, no trabalho dos higienistas da época, especialmente, como já foi dito, dos franceses. Villermé, a maior expressão do pensamento sanitário desse período, tornou-se, a partir de seus estudos sobre a saúde dos operários da indústria têxtil francesa, a figura paradigmática da higiene reformista. Seus dados sobre as condições de vida e trabalho em Lille, publicados nos anos 1830, foram marcantes pela objetividade como, a exemplo do que pudemos ver em Engels, expunha-se positivamente a relação entre condição social e saúde. Naturalmente, não

foram apenas os trabalhos de Villermé que procuraram esse tipo de associação. Números outros trabalhos importantes, de corte semelhante, foram produzidos à época.²⁵ O de Villermé, contudo, é emblemático do deslocamento de caráter que o ambiente político imprimiu à higiene francesa.

O espaço público da saúde tem aqui sua especificidade ampliada e exaltada, com base em estudos que passam do caráter mais setorial e restrito para uma perspectiva universalizadora. Ao mesmo tempo, a higiene sistematiza-se e amadurece epistemologicamente, avançando rapidamente na direção da construção de um perfil científico nos moldes modernos. Nesse processo de amadurecimento, diversos aspectos concorrentes precisam ser considerados, como os notáveis progressos das ciências estatísticas, a ampla base social do pensamento reformista, o sanitário em particular, a formalização científica de outras disciplinas da área de saúde, tendo à frente a patologia experimental de Claude Bernard, a emergência das ciências sociais e, fundamentalmente, a influência humanista e racionalista do Iluminismo.

Sob as diversas influências sanitárias, políticas, sociais, teórico-filosóficas e éticas do período estrutura-se a higiene como uma modalidade sistemática de produção de conhecimentos médicos sanitários de corte socionaturalista. Esse recorte socionatural na objetivação da saúde e da doença é da maior relevância para esta reflexão. Vejamos o porquê, a partir do exame de um excerto da obra de Villermé:

Diz-se que cada vez que um grande número de pessoas se reúne em um lugar fechado, sua saúde se altera, e se aplica esta afirmação às fábricas, os fatos estão longe de confirmá-la sempre. Não existe nenhuma doença exclusiva de certo tipo de oficina, mas há algumas doenças que se produzem com maior freqüência devido às condições em que vivem os operários. (...) Nas fiações de algodão, a tosse, as inflamações pulmonares e a temível tuberculose afetam a muitos operários que se ocupam do pisão ou das primeiras operações de cardadura. Segundo a informação que eu tenho, essas doenças afetam ainda mais aos que se encarregam de varrer os locais e separar a lã, que respiram pó e penugem de algodão, e aos tecelões manuais. (...) Ainda que sejam numerosas as vítimas das inflamações pulmonares e da tuberculose, sua morte prematura não me parece mais deplorável que a escrófula da maioria dos trabalhadores das manufaturas. Esse acesso, que produz inchaço, cicatrizes, fissuras e deformações horríveis em crianças e jovens, é comum, especialmente nas grandes cidades entre os trabalhadores apinhados em ruas estreitas e casas sujas, escuras e mal ventiladas, onde não penetram raios de sol, e afeta particularmente aos tecelões e suas famílias. A estes tristes efeitos cabe acrescentar a baixa estatura, a delgadeza e a debilidade das pessoas com escrófula. Se se compara essas pessoas, recurvadas diariamente sobre os teares, crescendo à sombra e murchando como se fossem plantas, com os demais habitantes do mesmo lugar, ou com os agricultores que vivem e trabalham ao ar livre, sob o sol ardente, a diferença é surpreendente.²⁶

Torna-se evidente, no texto acima, que se está diante de uma ruptura importante na tradição do pensamento médico, e não só em relação à pré-modernidade. Observa-se, em contraste com os exemplos do período anterior, um movimento de síntese dos diversos elementos analíticos utilizados pelo autor que se funda nas condições gerais de vida do operário, na sua *condição humana*. O propriamente humano passa a ser, assim, não só um ponto de partida, mas se coloca no núcleo do objeto a ser conhecido, como o destinatário de um conhecimento que só se completa quando chega a esse destino. Os elementos empíricos que a higiene de Villermé utiliza não têm qualquer significado positivo enquanto não são interpretados à luz de uma referência de vida digna. Não é a fábrica, a lã ou o tear que explicitam e explicam a doença e a saúde. São as formas de vida humana que permitem estabelecer uma mórbida identidade entre indivíduos tão diversos quanto trabalhadores das fiações de Lille e operários de uma manufatura londrina, por exemplo.

Outro aspecto importante é que, ao deslocar a positividade do conhecimento das experiências localizadas, naturalmente interpretadas, como em Lind, para um espaço da experiência humana em geral, incorporam-se ao conhecimento elementos de uma objetividade especificamente social no campo da saúde. É dela que vêm o contraste, a comparabilidade entre os diferentes “naturais” da doença e da saúde. A legalidade que a higiene revolucionária francesa toma como objeto funda-se, portanto, sobre o domínio humano do natural: “A ausência ou o silêncio dos instintos de conservação exige a investigação das leis especiais da higiene... O homem social não é um homem natural”.²⁷

Em síntese, a higiene sicionaturalista representa a mais ambiciosa tentativa de descrição objetiva de um campo específico de normatividade da saúde que, uma vez configurado historicamente, determina dialeticamente uma profunda reestruturação da normatividade médica de um modo geral. Inaugura-se, então, um espectro mais amplo de “saberes e fazeres” em saúde, dando origem a uma nova ciência no campo da saúde: a epidemiologia. Interessa-nos, agora, recuperar o modo como essa higiene veio a configurar a epidemiologia; como, a partir de uma delimitação objetiva minimamente estruturada da dimensão social da experiência humana da saúde e da doença, certos aspectos dessa delimitação caminharam para a formalização dos axiomas que estão na base da ciência epidemiológica.

De forma contraditória, esse momento, auge da conformação de uma mentalidade sanitária e da busca de seu embasamento científico, é também aquele em que, de forma consubstancial às transformações estruturais da esfera pública acima discutidas, essa mentalidade começa a se reduzir a uma dimensão mais instrumental, de gestão coletiva

dos interesses privados. Podemos mesmo afirmar que as bases epistemológicas da epidemiologia se consolidam quando os saberes orientados para a superação política dos obstáculos sanitários se reorientam nos moldes de um controle da “mecânica da transmissão” de agentes danosos do meio externo à intimidade do organismo.

Dizíamos que, na primeira metade do século XIX, Paris efervescia de doenças, conflitos e idéias. O período que vai de 1830 a 1850, aproximadamente, representa o paroxismo dessa efervescência. Na década de 30, vêm somar-se às graves condições sanitárias, já crônicas nos bairros operários, as avassaladoras epidemias de cólera que, em vários surtos, alastraram-se por toda a Europa e mataram milhares de pessoas, especialmente nos bairros operários. A cada surto epidêmico, mais conflitos urbanos viam reativar as barricadas, que se sucediam umas após as outras nas ruas de Paris; não é por acaso que dois dos episódios mais sangrentos desses conflitos coincidem com os mais graves surtos coléricos do período: 1832, em Saint Merry; 1849, em Saint Marcel, onde chegou-se a contabilizar 47 mortos por cólera para cada mil habitantes.²⁸ Nesse ambiente sanitário e social, é compreensível que as proposições reformistas mais radicais do pensamento médico da época ganhassem vigor e ressonância social, mas também a resistência a elas.

O ano de 1848 foi marcado por sangrentas batalhas de rua nas cidades européias, quando o proletariado radicalizado viu serem derrotadas suas propostas para uma ordem institucional que aprofundasse as conquistas revolucionárias de igualdade, fraternidade e liberdade. O ano símbolo da emergência e derrocada da “Primavera dos Povos” marcou a consolidação político-institucional e ideológica da burguesia.²⁹ Repercussões desse fato sobre o campo da higiene são evidentes: desfeito o amplo arco de alianças revolucionárias, o espaço público das sociedades modernas, no que se refere à saúde, inclusive, vê-se “colonizado” pelos projetos privados, tal como discutíamos acima. A partir de então, a esfera pública dos indivíduos privados negou progressivamente o seu fundamento político, ora pela redução do consenso intersubjetivo ao comportamento quantitativo das partes envolvidas (expresso nas idéias de maioria, minoria, média), ora em coerções ideológicas com base na idéia de um “bem comum”, de origens práticas e fundamentos éticos pouco debatidos.

Em ambas as alternativas, surge como pressuposto necessário a indeterminação dos sujeitos sociais envolvidos. Dito de outro modo, para que se estabeleça um movimento socialmente coercitivo, capaz de absorver o conflito no embate entre os interesses privados dos diversos sujeitos no espaço público de uma sociedade de desiguais, é preciso gerar pluralidades “domesticadas”. É preciso que a dimensão de liberdade associada à

pluralidade de perspectivas subjetivas, fonte dos embates políticos, seja reduzida a uma mesma aparência de necessidade. Com essa subjetividade ilusoriamente compartilhada, unificada por força de uma pseudonecessidade comum (“pseudo” porque ideologicamente desligada das práticas sociais que a engendrou concretamente), toda dissonância de valores se reduz a variações em torno da “administração” de uma mesma e permanente constelação de finalidades e meios. Um paroxismo instrumental da racionalidade científica é a expressão e a reiteração mais marcante dessa postura conservadora.

No caso da saúde, essa invasão do espaço privado por um espaço público colonizado por uma racionalidade instrumental tem como conseqüência inevitável a descaracterização da legalidade socionatural da saúde como objeto da higiene. Essa descaracterização refere-se, e não poderia ser de outra forma, tanto ao plano das práticas como ao dos saberes. As amplas reformas sociais propugnadas pela higiene social foram reduzidas a iniciativas mais tímidas em seus horizontes normativos e ambições políticas, ainda que nem por isso prescindíveis. Medidas de saneamento ambiental, medidas de controle público das doenças infecciosas, regulamentação do trabalho nas fábricas, especialmente do menor, medidas de natureza pedagógica visando os hábitos individuais e a assistência médica de corte caritativo são os aspectos em que se retraduziram, a partir do final do século XIX, os projetos de reforma médico-social do período revolucionário.³⁰

No plano do saber, as repercussões podem ser indicadas, sinteticamente, como uma reação a qualquer tipo de sistematização teórica, tida como idealista ou metafísica, restringindo a apreensão de uma legalidade social dos fenômenos de saúde a uma perspectiva apenas analítica. A dimensão extra-orgânica da doença é apreendida como um elo das relações de eficiência causal de fenômenos conhecidos e validados no plano da individualidade orgânica. Interditada-se, assim, o momento de síntese; aquele em que, à luz de uma razão centrada no humano e voltada para o humano, os fenômenos coletivos de saúde consistiam no objeto mesmo do estudo.

É compreensível, nesse sentido, que uma teoria explicativa sobre a causa das doenças, tomada a partir da perspectiva de eficiência entre causa e efeito se tornasse não só possível, mas também a mais profícua alternativa para uma ciência da saúde pública. O causalismo mecanicista do experimentalismo bernardiano, sobre o qual se fundamenta todo o edifício de saberes da clínica moderna, transfere sua força também para o pólo da saúde pública, apoiado no acentuado desenvolvimento da estatística vital. A investigação em saúde na dimensão coletiva distingue, dessa forma, grupos populacionais, tomando por base características demográficas, de um lado, e, de outro, vari-

áveis morfo-funcionais orgânicas. O comportamento quantitativo dessas subpopulações torna-se o elemento necessário e suficiente para as inferências causais, pois, de acordo com o quinto cânone de John Stuart Mill, “O fenômeno que varia de algum modo, enquanto outro fenômeno varia sob certo aspecto, é a causa ou efeito desse fenômeno, ou relaciona-se com ele mediante algum fato de índole causal”.³¹

O raciocínio acima resume, em sua estrutura epistemológica básica, a formalização da ciência epidemiológica. Embora o termo “epidemiologia” tenha surgido pela primeira vez na literatura médica em 1802³² e a investigação de leis “epidemiológicas” tenha se configurado já na higiene socionaturalista, é só a partir dessa conformação epistemológica básica que se conforma um paradigma propriamente epidemiológico de conhecimento em saúde. Entendida como conhecimento objetivo normativamente debruçado sobre a saúde em dimensão coletiva, baseado hegemonicamente no mecanicismo de base orgânica e no causalismo empiro-indutivismo, a epidemiologia, sem dúvida, começou aqui e encontrou em John Snow³³ sua figura paradigmática.

Passado mais de um século dos trabalhos pioneiros de Snow, a epidemiologia é hoje uma ciência sólida e prestigiosa, mas as contradições que traz desde suas origens higienistas continuam a marcar sua trajetória.³⁴ A matéria substantivamente coletiva de seus dados empíricos está sempre em tensa dialética com o sentido predominantemente individualista e tecnicista de suas inferências e aplicações. Por outro lado, o espaço público que a fez surgir como um saber com promessas politizadas e emancipadoras encontra-se também profundamente dominado por privatismos de diversas ordens.

Por isso, sem qualquer tipo de nostalgia de alguma saúde pública supostamente abandonada no passado ou de alguma epidemiologia que se teria perdido no caminho, o saldo principal da presente reflexão parece ser a percepção de que se faz necessário resgatar alguma discussão sobre o modo como temos construído nossa vida em comum nas sociedades contemporâneas. Nesse aspecto, o campo da saúde, por sua capacidade de mobilizar os sujeitos, suas necessidades, seus interesses, pode ter um papel fundamental a cumprir, como já teve no passado. Construir novos discursos capazes de reconduzir ao debate ético e político as sempre presentes questões do espaço público da vida e da saúde, fundamentando-os no resgate histórico-social de suas implicações práticas, talvez seja a grande tarefa da saúde coletiva neste milênio que se inicia, ou ao menos um de seus maiores desafios.

*Artigo recebido em maio de 2001 e aprovado para publicação,
pelo Conselho Editorial, em junho de 2001.*

Notas

* Faculdade de Medicina Preventiva – USP.

¹ Rosen, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo, Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

² Hipócrates. “Aires, aguas y lugares”. In: Buck, C.; Llopis, Á.; Nájera, E. e Terris, M. (orgs.). *El desafío de la epidemiología – problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, OPAS, Publicação Científica, n. 505, 1988, pp. 18-9.

³ Entralgo, P. L. *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1987, p. 58.

⁴ Arendt, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro, Forense-Universiária, 1981.

⁵ Cf. Entralgo, op. cit., p. 108.

⁶ Idem, ibidem, p. 118.

⁷ Cf. Ackerknecht, E. H. Hygiene in France, 1815-1848. *Bull. Hist. Med.*, v. 22, n. 2, pp. 117-55, 1948; Lilienfeld, D. E. The greening of epidemiology: sanitary physicians and the London Epidemiological Society (1830-1870). *Bull. Hist. Med.*, 52, pp. 503-28, 1978; Terris, M. Epidemiology and the public health movement. *J. Chronic Dis.*, v. 39, n. 12, pp. 953-61, 1986 e Winslow, C. E. A. *The conquest of epidemic disease: a chapter in the history of ideas*. Princeton, Princeton University Press, 1943.

⁸ Arouca, A. S. S. *O dilema preventivista – contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva*. Campinas, Unicamp, 1975, p. 88. Tese de doutorado.

⁹ As considerações que serão feitas a seguir, a propósito do espaço público, estão baseadas em Arendt, op. cit.; Sennett, R. *O declínio do homem público – as tiranias da intimidade*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989; Marcuse, H. *A ideologia da sociedade industrial*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1967; e, especialmente, Habermas, J. *Mudança estrutural da esfera pública*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

¹⁰ Foucault, M. “O nascimento da medicina social”. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1984, pp. 79-98.

¹¹ Rosen, G. “A evolução da medicina social”. In: Nunes, E. D. (org.). *Medicina social – aspectos históricos e teóricos*. São Paulo, Global, 1983, pp. 27-8.

¹² Lilienfeld, A. M. *Foundations of epidemiology*. Nova York, Oxford University Press, 1980, p. 29.

¹³ Cf. Rosen, op. cit., 1983, pp. 27-42.

¹³ Idem, ibidem.

¹⁴ Donnangelo, M. C. F. e Pereira, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976, p. 52.

¹⁵ Cf. Foucault, op. cit., pp. 83-4.

¹⁶ Sigerist, H. “La filosofía de la higiene”. In: *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá, Guadalupe, 1974, pp. 32-9.

¹⁷ Lind, J. “Una investigación sobre la naturaleza, las causas y la curación del escorbuto”. In: Buck et alii, op. cit., pp. 20-4.

¹⁸ Sigerist, op. cit., p. 37.

¹⁹ Cf. Rosen, op. cit.

- ²⁰ Cf. Ackerknecht, op. cit.
- ²¹ Lavedan, P. *Histoire de Paris*. Paris, Presses Universitaires de France, 1960 (“Que sais je?”, n. 34), p. 81.
- ²² Engels, F. *A situação da classe trabalhadora em Inglaterra*. Lisboa, Presença, 1975, p. 44.
- ²³ Idem, p. 48.
- ²⁴ Idem, p. 53.
- ²⁵ Cf. Ackernecht, op. cit., pp. 124-38.
- ²⁶ Villermé, L. R. “Reseña del estado físico y moral de los obreros de las industrias del algodón, la lana y la seda”. In: Buck et alii, op. cit., pp. 34-37.
- ²⁷ Virey, J. J. apud Ackernecht, op. cit., p. 129.
- ²⁸ Cf. Lavedan, op. cit., p. 87.
- ²⁹ Hobsbawn, E. *A era das revoluções: Europa 1789-1848*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989, pp. 203-20.
- ³⁰ Cf. Rosen, 1983, op. cit., pp. 54-55.
- ³¹ Mill, J. S. “Sistema de lógica dedutiva e indutiva”. *Stuart Mill/Jeremy Bentham*. São Paulo, Nova Cultural, 1989 (Col. Os Pensadores), p. 76.
- ³² Cf. Nájera, E. In: Buck et alii, op. cit., p. 3.
- ³³ Snow, J. *Sobre a maneira de transmissão do cólera*. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1990.
- ³⁴ Ayres, J. R. C. M. *Sobre o risco – para compreender a epidemiologia*. São Paulo, Hucitec, 1997.