



L'EVOLUZIONE STORICA DELLA SALUTE PUBBLICA

NETO, Daniel Carlos¹, DENDASCK, Carla², OLIVEIRA, Euzébio de³

CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. **L'evoluzione storica della salute pubblica**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Vol. 01, Vol. 01, Anno 01, Ed. 01, pp: 52-67, marzo 2016. ISSN:2448-0959, Link di accesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/legge/levoluzione-storica>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/legge/levoluzione-storica

RIEPILOGO

Si trova nei primi documenti storici, la costante ricerca dell'uomo per la ricerca della cura delle sue infermità. Uno dei primi documenti che si ha riguardo all'esercizio della medicina attraverso la Bibbia stessa, dove oltre a menzionare la ricerca di individui per curare le loro infermità. Conoscere l'evoluzione storica della Salute, in particolare della salute pubblica, è fondamentale per comprendere i fenomeni che fanno parte del quadro contemporaneo, cercando così, attraverso questo riconoscimento di trarre insegnamenti che consentano strategie amministrative e/o risolutive per quella che è considerata la "crisi del sistema sanitario".

Parole chiave: Sanità pubblica, Evoluzione della salute, Storia della salute.

INTRODUZIONE

Il concetto di salute ha subito diversi interventi negli ultimi 100 anni, da quando è stato concettualizzato da varie visioni del mondo, in una costruzione sociale e storica, che va dal semplice concetto di assenza di malattia a un concetto ampio con varie dimensioni, come biologico, comportamentale, sociale, ambientale, politico ed economico.

Oggi, il concetto adottato in tutto il mondo è quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che lo *definisce come: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in assenza di malattie o malattie"* (OMS, 1946).

Tuttavia, la salute non è sempre stata trattata nel corso della sua evoluzione storica, perché nello studio qui condotto, si è scoperto che la salute "va dalla *magica*



concezione religiosa, attraverso la concezione semplicistica dell'assenza di malattia, fino a raggiungere il concepimento più completo adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità" (CZERESNIA, 2003).

Pertanto, si nota che la concezione di ciò che è salute ha subito diverse modifiche fino a raggiungere l'attuale concetto più adottato che è quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e cerca principalmente la promozione della salute che si basa sul diritto umano fondamentale al fine di aumentare il controllo sulla loro salute e sui suoi determinanti, e la salute di tutti i popoli è essenziale per raggiungere la pace e la sicurezza.

Viene fatto un breve commento sull'origine del termine salute, che proviene dalla radice etimologica *salus*. In latino, questo termine designò l'attributo principale degli interi, intatto, intatto, e nel greco *salus* deriva dal termine *holos*, nel senso di totalità, radice dei termini *olismo*, *olistico*. Cioè, questo termine si riferisce al tutto.

Una volta definita la salute, è di fondamentale importanza comprenderne l'evoluzione storica nel mondo, perché come detto in precedenza, la salute ha subito interventi religiosi, sociali ed economici. E capire l'approccio alla salute è attualmente necessario conoscerne la storia, poiché quello che si vede attualmente è il racconto della contemporaneità e che affonda le sue radici in epoche molto antiche. Sottolineando tale importanza sulla storia della salute e delle malattie si nota:

Che la salute e la malattia sono qualcosa di più di fenomeni biologici; che intorno all'assistenza, ai meccanismi di controllo e alle cure ci sono dimensioni rilevanti della storia della salute e delle m[...]alattie e che il processo di malattia della salute non riguarda solo la salute o la malsanità dei nostri paesi, ma sta rivelando, costituente e formatore di aspetti cruciali della modernità e della storia sociale, politica, intellettuale e culturale. (HOCHMAN; Xavier; PIRES-ALVES, 2004, p. 45)

Partendo dalla premessa della salute come concezione religiosa, si può dire, quindi, che la preoccupazione per la salute collettivamente è venuta con le prime epidemie che hanno colpito un maggior numero di persone, facendole pensare alla loro causa. Nella Bibbia, ci sono registrazioni di malattie, come la lebbra (attualmente lebbra), che



ha influenzato la vita di molte persone anche nel tempo prima di Cristo, portando la preoccupazione di isolare i lebbrosi per evitare il contagio del resto della popolazione, perché capivano che la malattia era contagiosa, oltre che era vista come una punizione divina. Annotare:

Lebbroso è quell'uomo, il mondo è; il sacerdote lo dichiarerà totalmente per il mondo, nella sua testa c'è la peste.

Anche le vesti del lebbroso, in cui si trova la peste, saranno strappate, e la sua testa sarà scoperta, coprirà il labbro superiore e griderà, Imundo, imundo.

Ogni giorno, quando la peste è in lui, sarà ultraterrena; emgamente è, dimorare da solo; la tua dimora sarà fuori dal campo. (LEVITICO 13:44-46)

Sempre in questa concezione religiosa, nel Medioevo, la Chiesa eserciterà una grande influenza sulla politica e di conseguenza sulla salute. Poiché, seguendo l'insegnamento biblico sopra menzionato, la malattia fu trattata come una punizione divina e i malati furono isolati. Tuttavia, questa condotta di isolamento dei pazienti ha finito per ritardare i progressi scientifici nel settore sanitario, poiché hanno dimostrato solo la mancanza di trattamento della popolazione, come mostrato dal punto di vista di Sevalho (1993, p.5)[...]:

Nel Medioevo case di assistenza ai poveri, rifugi di viaggiatori e pellegrini, ma anche strumenti di separazione ed esclusione quando servivano a isolare i malati dal resto della popolazione. Uno dei valori fondamentali che comportava l'esistenza degli ospedali del medioevo era la carità, perché prendersi cura dei malati o contribuire finanziariamente al mantenimento di queste case significava la salvezza delle anime dei benefattori.

Tuttavia, questa comprensione della benevolenza divina cominciò ad essere messa in discussione con l'insorgenza di nuove malattie, facendo credere ad alcuni studiosi che le malattie potessero passare da una persona all'altra e iniziando l'idea che ci sono modi per evitare le malattie, come sottolinea Sevalho (1993, p. 5):



Nel 1300, al tempo della peste nera, un medico arabo riferì che la malattia poteva essere contratta per contatto con i malati o attraverso indumenti, stoviglie o orecchini (Sournia&Ruffie, 1986). In ogni caso, nella visione del mondo dei cristiani medievali, la paura che la malattia fosse impressa era contestualizzata. La sensazione che dovrebbe essere tenuto a distanza, la necessaria rimozione dall'insensato pericolo sconosciuto, la paura della sofferenza e della morte.

Dopo questa era di dominio ecclesiastico, poi arriva la fase del razionalismo e del grande progresso scientifico, è il cosiddetto Illuminismo. In questo periodo, insieme alla scienza, la conoscenza dell'area sanitaria ha avuto un enorme progresso, perché *" l'essere umano che ha accompagnato la nascita della scienza moderna era conquistatore e proprietario della natura, non più il suo condivisore e osservatore armonioso. Questa prospettiva ha spianato la strada a pratiche terapeutiche interventiste. (SEVALHO, 1993)*

Da questa visione più razionale della malattia, è stato possibile pensare a modi per evitare le epidemie dell'epoca. Con il rilascio della ricerca scientifica durante questo periodo, grandi scoperte sono state fatte come un modo per prevenire alcune malattie e contenere il contagio di altre. Uno di questi erano i vaccini che rappresentavano una pietra miliare storica per la prevenzione della tubercolosi, del tetano, della meningite, malattie che in tempi remoti erano in grado di decimare le popolazioni.

In questo periodo viene scoperto anche il primo microscopio.

Con l'arrivo dell'Illuminismo, l'emergere del capitalismo fu anticipato. Il capitalismo avvia le fabbriche, generando lavori estremamente estenuante.

Di conseguenza, emersero i centri urbani, la disuguaglianza sociale e la mancanza di struttura in questi centri. Inoltre ha sottolineato:

I gravi problemi sociali dell'inizio del capitalismo industriale, le disastrose condizioni di vita e di lavoro generate dalla formazione e dalla crescita dei centri urbani e la crescente necessità di espandere il capitale industriale, a scapito dello sfruttamento della forza lavoro e della povertà. (SEVALHO, 1993, p. 6)



Pertanto, sorge l'influenza del contesto sociale sulla salute della popolazione, poiché la crescita disordinata delle città e dei centri dei lavoratori non ha sempre avuto le condizioni abitative più perfette, servizi igienico-sanitari di base, trattamento adeguato delle acque. E con questi gravi problemi sociali iniziò la preoccupazione per l'influenza delle condizioni di vita sulla salute dell'individuo.

Rendendosi conto allora che le questioni sociali influenzarono le condizioni di salute della popolazione, e per la prima volta fu ascoltato il termine medicina sociale, come afferma Sevalho (1993, p. 6):

Una penetrazione delle conoscenze mediche nel campo dell'ambiente sociale, applicata al panorama mercantilista della Germania e della Francia del XVIII secolo e all'incipiente capitalismo dell'Inghilterra industriale del XIX secolo, ha dato vita alla medicina sociale nell'intreccio di tre movimenti sottolineati da Foucault (1979). La polizia medica tedesca, un medicinale statale che istituì misure obbligatorie di controllo delle malattie, la medicina urbana francese, la sanitarista delle città come strutture spaziali che cercavano una nuova identità sociale e, infine, una medicina della forza lavoro nell'Inghilterra industriale, dove lo sviluppo di un proletariato era stato più veloce. Da questi movimenti venne la medicina sociale, guidata dai rivoluzionari del 1848 e dalle loro prospettive di riforme economiche e politiche, come società di intervento sulle condizioni di vita, sull'ambiente socialmente organizzato dalla via capitalista adeguatamente conformata dalla Rivoluzione Industriale.

E la medicina sociale sarebbe correttamente registrata solo a metà del secolo, come si afferma:

Inoltre, è solo a metà del XIX secolo, nel 1848, l'espressione medicina sociale avrebbe ottenuto la registrazione. È emerso in Francia e, sebbene concomitante con il movimento generale che ha preso il controllo dell'Europa, in un processo di lotte per il cambiamento politico e sociale. (NUNES, 1998, p.108)

Tuttavia, dopo questo periodo di emergere del capitalismo e con nuove scoperte come l'esistenza di germi, emersero nuovi modi di comprendere la malattia, come la "*teoria dell'uni causalità*" di Louis Pasteur.



Ed è da queste nuove scoperte e dai nuovi concetti non sociali della malattia che la salute è diventata biomedica incentrata sulla malattia e non sull'individuo, come analizza Nunes (1998, p. 109):

Fu solo dalla seconda metà del XIX secolo, segnata dalle indagini di Pasteur e Koch, che sarebbe stata inaugurata l'Era del Germe, e che avrebbe trasformato drammaticamente la medicina da "una professione orientata alle persone verso la malattia".

Come Salomon-Bayet (1986, p.12) scrive, la rivoluzione biomedica scatenata dalle opere di Pasteur può essere definita la "*lapastorizzazione della lamédicina*" che la distingue dalla "*lapasteurizzazione della lamédicina*", nel senso che significa, da un lato, una rivoluzione aezoica e, dall'altro, la medicalizzazione di una società, legiferando sulla salute pubblica, istituzionalizzando l'insegnamento e agendo a livello politico e sociale. Indubbiamente, le scoperte di microrganismi saranno della massima importanza per la salute pubblica, soprattutto quando, oltre alla relazione individuo-agente, viene stabilito un modello epidemiologico come interazione tra questi due elementi e l'ambiente.

Da quel momento in poi, c'è stato un declino della salute pubblica, la preoccupazione per il contesto sociale e le condizioni di vita della popolazione.

Tuttavia, nel tempo, la salute alternativa e la visione olistica (intera) della salute sono tornate alla prospettiva di molti operatori sanitari. A tal fine, la salute è stata trattata come un concetto positivo e non solo come un concetto di assenza di malattia, secondo la definizione più classica di salute pubblica nel 1920, vedi:

La salute pubblica è la scienza e l'arte di prevenire malattie e disabilità, prolungare la vita e sviluppare la salute fisica e mentale, attraverso sforzi organizzati della comunità per sanare l'ambiente, il controllo delle infezioni nella comunità, l'educazione delle persone ai principi dell'igiene personale e l'organizzazione di servizi medici e paramedici per la diagnosi precoce e il trattamento precoce delle malattie e il miglioramento della macchina sociale che garantirà ogni individuo , all'interno della



comunità, un tenore di vita adeguato al mantenimento della salute. (WINSLOW, 1920 apud ROUQUAYROL; ALMEIDAFILHO, 2003 p.29)

Infine, nel 1946, emerse, come già esposto, l'attuale concetto di salute proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Dal concetto di OMS, negli anni '70, in America Latina, l'importanza delle scienze sociali nell'approccio alla salute è cresciuta. Ecco perché conferenze come Alma-Ata e la Conferenza di Ottawa sono state organizzate per pensare a strategie per migliorare la promozione della salute in tutto il mondo e raggiungere il pieno livello dell'essere fisico, mentale e sociale.

Tra quanto stabilito nella Dichiarazione di Alma-Ata (1978) c'è principalmente:

1. Il raggiungimento del più alto grado di salute richiede l'intervento di molti altri settori sociali ed economici, oltre al settore sanitario

III. La promozione e la protezione della salute della popolazione sono indispensabili per uno sviluppo economico e sociale sostenuto e contribuiscono a migliorare la qualità della vita e a raggiungere la pace nel mondo;

1. La popolazione ha il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla pianificazione e all'applicazione delle azioni sanitarie;

VII-1. L'assistenza sanitaria di base è, allo stesso tempo, una riflessione e una conseguenza delle condizioni economiche e delle caratteristiche socioculturali e politiche del paese e delle sue comunità;

Ma la necessità di organizzare le conferenze menzionate non è venuta dal nulla. Provengono principalmente dagli anni '60 segnati in tutto il mondo dai cambiamenti negli scenari politici e dalle richieste di "sesso, droga e rock'n'roll". Motivati da pensieri libertari, fu anche in questo periodo che iniziarono le discussioni e le mobilitazioni che hanno segnato profondamente la storia della Sanità Pubblica nel Mondo, pensieri di audacia ed esperienze nazionalistiche hanno permesso l'elaborazione della



Dichiarazione di Alma-Ata, e così l'espansione della comprensione della complessità di garantire questo diritto fondamentale all'essere umano: la salute, e il cambiamento delle strategie hanno originato il pensiero della promozione della salute come asse fondamentale per raggiungere *l'utopia della "Salute per tutto fino all'anno 2000"* (MENICUCCI, 2007, p. 158)

Di fronte a tanta mobilitazione, è iniziato un percorso di discussioni e conferenze internazionali volto a migliorare i concetti e la sistematizzazione e le idee su come raggiungere il successo negli obiettivi stabiliti nella Dichiarazione di Alma-Ata e nella Carta di Ottawa, che rimangono ancora oggi simboli della trasformazione e del modo di pensare la salute nel mondo.

Tra gli altri obiettivi, sono stati stabiliti anche nella Dichiarazione di Alma-Ata (1978):

Vii-3. Esso comprende almeno i seguenti settori: istruzione sui principali problemi sanitari e sui corrispondenti metodi di prevenzione e di lotta; promuovere il porto alimentare e un'alimentazione adeguata; fornitura adeguata di acqua potabile e servizi igienico-sanitari di base; assistenza materna e infantile, compresa la pianificazione familiare; prevenzione e lotta contro le malattie endemiche locali; trattamento adeguato di malattie e traumi comuni; la disponibilità di medicinali essenziali;

Vii-4. Comprende la partecipazione, oltre al settore sanitario, di tutti i settori e settori di attività connessi allo sviluppo nazionale e comunitario, in particolare l'agricoltura, l'alimentazione, l'industria, l'istruzione, l'edilizia abitativa, i lavori pubblici, le comunicazioni e altri, che richiedono gli sforzi coordinati di tutti questi settori;

VII-5. Richiede e promuove, al massimo, l'autoresponsabilità e la partecipazione della comunità e dell'individuo alla pianificazione, organizzazione, funzionamento e controllo dell'assistenza sanitaria di base. Infatti, il testo della Dichiarazione di Alma-Ata, ampliando il punto di vista dell'assistenza sanitaria.

Una volta fatte le quotazioni di cui sopra, è possibile confermare l'indissociabilità dei fattori sociali, economici e culturali per raggiungere una salute pubblica di qualità ed equa. Coinvolgendo così tutti i settori della società, compresa la società civile.



Ma la preoccupazione per la promozione della salute non si è fermata qui, poiché nel 2005 è arrivata la Carta di Bangkok – il risultato della Sesta Conferenza globale sulla promozione della salute a Bangkok, in Thailandia – con l'obiettivo di identificare azioni, impegni e promesse necessari per affrontare i determinanti sanitari in un mondo globalizzato attraverso la promozione della salute. La suddetta Lettera è stata riconosciuta sulla promozione della salute:

Le Nazioni Unite riconoscono che ottenere il massimo livello di salute è uno dei diritti fondamentali di qualsiasi essere umano, indipendentemente dalla razza, dal colore della pelle, dal sesso o dalle condizioni socioeconomiche.

La promozione della salute si basa su questo diritto umano fondamentale e offre un concetto positivo e inclusivo di salute come fattore determinante della qualità della vita, compreso il benessere mentale e spirituale.

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di aumentare il controllo sulla loro salute e sui suoi determinanti, mobilitandosi (individualmente e collettivamente) per migliorare la loro salute. È una funzione centrale della sanità pubblica e contribuisce al lavoro di affrontare le malattie trasmissibili poi trasmissibili, oltre ad altre minacce per la salute. (CARTA DEBANGOKOK, 2005).

Anche dopo la definizione del concetto di salute da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'idea curativa della salute è ancora molto forte, poiché ancora oggi si ha la consapevolezza che la promozione della salute è il trattamento di una malattia. (BERRIDGE, 2000)

Ben presto, i giorni di prosperità della salute pubblica tra le due guerre mondiali, la fioritura dell'impero della sanità pubblica in ospedale, furono un errore per la salute pubblica, allontanandosi dalla strada della salute necessaria per la popolazione.

Pertanto, spesso non gli viene dato il valore necessario per la salute pubblica, dimenticando la visione olistica della promozione della salute, come avverte Virginia Berridge (2000, p. 11):



La tensione tra il rapporto con i servizi medici e il ruolo della comunità è rimasta esemplificata negli anni '60 dalla medicina di comunità e dall'epidemiologia delle malattie croniche, e non è ancora stata risolta. La dualità del ruolo della sanità pubblica è stata un tema permanente, da un lato tra prevenzione e promozione (o sviluppo) e, dall'altro, tra la pianificazione e la gestione dei servizi sanitari.

Inoltre, la salute pubblica deve ancora affrontare una distanza tra pratica e teoria, perché *"il dilemma tra strumentalità e apoliticità, conoscenza accademica e conoscenza militante, è ancora presente, come punti importanti per l'attuale dibattito sulla salute collettiva"* (NUNES, 1998, p. 110)

In questa breve esenzione storica, si conclude che la storia della salute pubblica nel mondo è direttamente collegata alle situazioni politiche ed economiche che hanno delineato la traiettoria della salute, le sue esigenze di riformulazioni e la definizione di obiettivi coraggiosi per la garanzia di questo come diritto fondamentale all'essere umano.

Si può vedere che la sfida di costruire una salute pubblica efficiente è ancora una sfida in quasi tutto il mondo, oltre a superare altre violazioni dei diritti umani, come è nato Bernardo (2012, p. 5):

Globalizzazione che avvicina i continenti e favorisce una discussione sulle condizioni di salute, che ci permette di pensare a strategie per politiche sanitarie lavorative per tutti; è la stessa globalizzazione basata su principi neoliberali, che non consente ai cittadini di essere efficienti e che ha come orientamento fondamentale lo Stato minimo. Ostacolare l'attuazione di una sanità pubblica di qualità, con equità e universalità.

Certo, tutti i risultati della trasformazione del pensiero intorno alla salute sono eventi che hanno segnato e permesso che la storia avvengano in questo modo, tuttavia, si conclude che c'è ancora molto da fare, perché ogni giorno c'è bisogno di elaborare politiche pubbliche per migliorare le carenze che si trovano nell'attuale precaria assistenza medica.



LE NORME STABILITE NEL SISTEMA GIURIDICO BRASILIANO IN AMBITO SANITARIO

Le norme sono fondamentali per regolamentare qualsiasi tema che riguarda la collettività e tra queste norme non possiamo non osservare le leggi fondamentali che sono costituzionali e in questo particolare Brasile che nella sua storia giuridica ha sette costituzioni senza di essa è stata l'attuale Costituzione del 1988, che ha affrontato meglio il tema della salute.

Tuttavia, l'assistenza sanitaria non fu riconosciuta nell'ordinamento giuridico brasiliano fino al 1923, ma le crescenti esigenze della popolazione intorno ai problemi inerenti alla salute e alle pressioni esercitate da alcuni gruppi sociali portarono i governi a indirizzare lo sguardo verso la salute. (RODRIGUEZ NETO, 2003).

La grande pietra miliare storica del riconoscimento della salute nell'ordinamento giuridico brasiliano avvenne attraverso il decreto-legislativo n. 4.682, del 24 gennaio 1923, noto come legge Eloi Chaves, come gli assicura Santana (2010, p. 51):

Il Decreto Legislativo n. 4.682 del 24 gennaio 1923, noto come Legge Eloi Chaves, autore del rispettivo progetto, assicurò, tra noi, la prima pietra miliare nella costituzione del Sistema Sanitario, all'interno del Sistema previdenziale, ivi stabilito.

Pertanto, si noti che questa legge è stata considerata come uno dei primi interventi dello Stato brasiliano al fine di garantire una qualche tipo di sicurezza o sicurezza sociale in Brasile.

Accade che questa garanzia di assistenza sanitaria fosse legata solo al settore previdenziale, cioè era destinata solo ai contribuenti, come afferma Santana (2010, p. 51): La salute qui era pensata e strutturata come assistenza medica legata al mondo del lavoro e, di conseguenza, alla sicurezza sociale.

La necessaria visione sistemica non è stata presa, cioè la salute è stata pensata al di là delle proprie azioni collettive. Pertanto, si può persino alludere a un difetto di origine.



Pertanto, il beneficio era destinato solo ai lavoratori con legami formali nel mercato del lavoro, poiché solo coloro che hanno contribuito alla sicurezza sociale erano quelli che avevano diritto all'assistenza medica e ai farmaci, che è un fattore determinante per la privazione dell'accesso alle cure mediche per la maggior parte della popolazione, che ha dovuto ricorrere all'assistenza fornita da entità filantropiche. (NETO RODRIGUEZ, 2003)

Va detto qui che questo decreto fu pubblicato durante la validità della Costituzione del 1891, ma poco prima della Costituzione del 1934. Va sottolineato che le uniche costituzioni che hanno effettivamente modificato in modo significativo il diritto alla salute sono state quella del 1934 e quella del 1988, motivo per cui verranno spiegate solo queste.

Il periodo dal 1930 al 1945 e dal 1951 al 1954 è noto come era Vargas, essendo parte del processo di industrializzazione del Brasile. Tuttavia, con l'emergere di così tante industrie era necessario creare leggi sul lavoro per regolare i diritti dei lavoratori e tra questi diritti il diritto alla salute.

La Costituzione del 1934 fu fortemente influenzata dalla Costituzione della Repubblica Tedesca di Weimar per incorporare i diritti sociali, economici, culturali, del lavoro, dei sindacati e della sicurezza sociale nel suo sistema legale, come affermato:

La Repubblica di Weimar inaugurò una fase senza precedenti di strutturazione costituzionale dello Stato tedesco, con un ruolo più attivo nello sviluppo sociale, nella costruzione di una società con giustizia sociale mediante la realizzazione dei diritti sociali formalizzata nella Costituzione di Weimar dell'11 agosto 1919 - il sozialstaat o stato sociale di diritto. L'ordine economico e sociale creato dalla nascente Repubblica tedesca servì da modello per alcuni stati nel periodo immediatamente successivo alla prima guerra mondiale. In Brasile, ad esempio, intenso è stato il dibattito sulle conquiste sociali e costituzionali di Weimar, e la magna carta del 1934 ha subito una forte influenza dal nuovo modello sociale tedesco. Questa costituzione brasiliana ha praticamente assimilato i progressi idealizzati del nuovo ordine sociale tedesco, ma solo nel suo aspetto giuridico-formale. (GUEDES, 1998, p. 82)



Pertanto, questa costituzione ha portato enormi progressi nel costituzionalismo brasiliano, con la creazione di basi per lo sviluppo sociale, in particolare nelle questioni del lavoro, come il salario minimo, la giornata lavorativa giornaliera di otto ore, le ferie, il riposo settimanale retribuito, la sicurezza sociale, il risarcimento in caso di licenziamento senza giusta causa, il congedo di maternità, ecc.

La caratteristica principale di questa Costituzione era:

Il suo carattere democratico, con un certo colore sociale, si è tradotto nello sforzo, finito infruttuoso, di conciliare la democrazia liberale con il socialismo, in campo economico e sociale; federalismo con unitarismo, nella sfera politica (MENDES; CONIGLIO; WHITE, 2007, p. 158).

Per quanto riguarda il diritto alla salute, il decreto legge 4.682 del 1923 è stato ricevuto in questa costituzione, ma non ha portato alcun progresso nelle garanzie del cittadino che aveva bisogno di assistenza sanitaria, perché è rimasta l'idea che solo ai lavoratori sia garantito tale diritto.

Questa situazione mostra *"protezionismo nei confronti dei disoccupati, dei dipendenti informali e di coloro che hanno lavorato nella zona rurale del paese"*, (GONÇALVES, 2012, p. 35)

Il grande problema intasava gli abitanti delle zone rurali, che ricevevano assistenza medica da enti di beneficenza o servizi ufficiali, poiché, non erano lavoratori formali, non contribuivano all'assicurazione sociale. Pertanto, i servizi di altissima qualità erano i contribuenti e ai disoccupati e ai lavoratori indiretti venivano offerti servizi chiaramente inferiori, che erano sotto la responsabilità del Ministero dell'Istruzione e della Sanità Pubblica. (SOUZA, 2011)

In altre parole:

Sebbene questa costituzione porti progressi verso l'istituzione di basi per lo sviluppo sociale, si ritiene che tali progressi non siano stati estesi a tutta la popolazione, poiché



il diritto alla salute è stato considerato una garanzia del lavoratore e non di ogni cittadino. (BERTOLLINI FILHO, 2001, p. 34)

In questo periodo, l'applicazione di un modello biopolitico è presente nel modo descritto da Foucault, in cui lo Stato controllava la salute per aumentare la forza produttiva, sembrando non preoccuparsi di quelli che non erano formalmente inseriti nel mercato del lavoro.

Così, la Vecchia Repubblica è segnata dal principio della salute dei lavoratori all'inizio dell'era Vargas e, attraverso il Decreto n. 19.402/1930, c'è stata la centralizzazione delle politiche di sanità pubblica, avvenuta attraverso la creazione dei Ministeri delle Imprese dell'Istruzione e della Sanità Pubblica.

Tuttavia, questa era la costituzione più breve, poiché era in vigore solo per tre anni perché fu abolita dal colpo di Stato del 1937.

Sebbene storicamente ci siano state diverse pietre miliari per la salute pubblica in Brasile, come la creazione del Primo Consiglio della Sanità nel 1948, la costruzione di ospedali pubblici, la creazione del Ministero della Salute nel 1953, questi cambiamenti non sono stati istituiti nelle costituzioni del 1937 all'emendamento costituzionale del 1969, poiché lo Stato è rimasto a lungo fornendo relativa assistenza sanitaria ai contribuenti come già accennato, un fatto che in realtà è cambiato solo dal movimento sanitario nel 1978 e soprattutto con l'avvento dell'attuale Costituzione federativa del Brasile del 1988. (GONÇALVES, 2012)

CONSIDERAZIONI FINALI

Dopo tante mobilitazioni sociali negli anni '70 e '80 con lo sgomento della salute dell'intera popolazione, che fino ad allora era fornita solo ai lavoratori formali, era necessaria una ridefinizione delle politiche sanitarie in Brasile, come afferma Menicucci (2007, p. 186):

Dopo il crollo del regime autoritario, con l'ascesa del primo presidente della repubblica civile dopo vent'anni di governi militari, in un'epoca di costituzione di un nuovo patto



sociale del paese, sono cresciute le articolazioni intorno alla ridefinizione della politica sanitaria, che, tra tutte le politiche sociali, aveva una proposta politica e sostanzialmente molto più articolata. Il processo decisionale della riforma è stato preceduto dalla creazione o dalla convocazione di diversi forum collettivi, in cui la proposta di trasformazione della politica sanitaria è stata attuata in modo formale e politico.

6 del CF/1988, come previsto:

Arte. 6º. I diritti sociali sono l'istruzione, la salute, il cibo, il lavoro, l'alloggio, il tempo libero, la sicurezza, la sicurezza sociale, la protezione della maternità e dell'infanzia, l'assistenza ai senzatetto, sotto forma di questa Costituzione. (BRASILE, 1988)

Ma l'innovazione non si è fermata qui, perché la salute ha ricevuto un'attenzione particolare nell'attuale Costituzione nel Titolo VIII – Ordine Sociale, Capitolo II – Previdenza Sociale, Sezione II - Salute, che va dall'art.

Le disposizioni della Costituzione portavano i diritti e gli obblighi sia dello Stato che dell'individuo di tutti per la dovuta assistenza sanitaria, come previsto dall'art.

Arte. 196. La salute è un diritto di tutti e un dovere dello Stato, garantito attraverso politiche sociali ed economiche volte a ridurre il rischio di malattie e altre lesioni e l'accesso universale e paritario ad azioni e servizi per la sua promozione, protezione e recupero. (BRASILE, 1988)

Analizzando la disposizione costituzionale, si può insatated che:

Lo Stato dovrebbe adottare politiche pubbliche che inducano allo sviluppo sociale ed economico, riducano le disuguaglianze, eliminino i fattori che influenzano negativamente la salute della popolazione, come il basso reddito, la mancanza di istruzione, la povertà, la disoccupazione, la fame e altri fattori determinanti e condizioni di scarsa qualità della vita che certamente influenzeranno le condizioni di salute della popolazione, aumentando il rischio di malattie. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p. 97)



Pertanto, l'attuale Costituzione è arrivata a definire gli obblighi dello Stato di fornire all'intera popolazione un servizio sanitario decente, ma anche l'adozione di politiche pubbliche per ridurre i problemi che incidono direttamente e indirettamente sulla salute degli individui. Si tratta della cosiddetta promozione, protezione e recupero di cui all'art.

Questa Costituzione ha anche creato il Sistema Sanitario Unificato in modo che le azioni e i servizi di sanità pubblica fanno parte di una rete regionalizzata e gerarchica, organizzata secondo alcune linee guida, vale a dire:

Arte. 198. (...)

I - decentramento, con un'unica direzione in ogni sfera di governo;

II - assistenza globale, con priorità per le attività preventive, fatti salvi i servizi di assistenza;

III - Partecipazione della Comunità. (BRASILE, 1988)

Infine, nell'articolo 199 della Costituzione, ha anche assicurato che l'assistenza sanitaria è un'iniziativa privata gratuita che favorisce l'emergere di piani sanitari. (BRASILE, 1988)

Due anni dopo la promulgazione della Costituzione del 1988, la legge n. 8.080 del 19 settembre 1990, nota come legge SUS, è stata introdotta nell'ordinamento giuridico brasiliano che prevede le condizioni per la promozione, la protezione e il recupero della salute, l'organizzazione e il funzionamento dei servizi corrispondenti e fornisce altre disposizioni, vedi:

Arte. 1º Questa legge disciplina, su tutto il territorio nazionale, azioni e servizi sanitari, eseguiti da soli o congiuntamente, su base permanente o definitiva, da persone fisiche o giuridiche di diritto pubblico o privato. (BRASIL, 1990).

Questa legge ha anche stabilito la salute come diritto fondamentale dell'essere umano e lo Stato deve fornire le condizioni indispensabili per il suo pieno esercizio, come previsto dall'articolo 2 della legge. 8.080/90.



Come dimostrato con fermezza, la salute è attualmente intesa come: promozione, prevenzione, protezione e recupero delle malattie. 196 della Costituzione federale e l'articolo 2, comma 1, della legge n. 8.080/90 come segue:

Arte. 2º. (...)

- 1º Il dovere dello Stato di garantire la salute attraverso la formulazione e l'attuazione di politiche economiche e sociali volte a ridurre i rischi di malattie e altre lesioni e nella creazione di condizioni che garantiscano un accesso universale e paritario alle azioni e ai servizi per la loro promozione, protezione e recupero. (BRASIL, 1990)

È chiaro che il Brasile ha aderito al concetto di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità della ricerca del benessere completo, fisico, mentale e sociale, perché nell'art.

Arte. 3º I livelli di salute esprimono l'organizzazione sociale ed economica del paese, con la salute come determinanti e fattori condizionanti, tra gli altri, cibo, alloggio, servizi igienico-sanitari di base, ambiente, lavoro, reddito, istruzione, attività fisica, trasporti, tempo libero e accesso a beni e servizi essenziali.

Si può quindi concludere che l'attuale costituzione era fondamentale per il riconoscimento del diritto alla salute come diritto sociale e fondamentale, garantito a tutta la popolazione, perché poiché l'assistenza sanitaria è stata studiata a lungo, solo una parte della popolazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

ALMA-ATA. *Alma Ata*. 1978. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm. Acesso em: 09 nov. 2015.

BERNARDO, Camila et. al. *Evolução Histórica da Saúde no Mundo*. 2012. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA-HEAA/historia-saudepublica-no-mundo-final>. Acesso em: 09 nov. 2015.

BERRIDGE, Virginia; MARANHÃO, Eduardo S. Ponce (Trad.). *A História na Saúde Pública: quem dela necessita?*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.



BERTOLLINI FILHO, Cláudio. *A história da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. DF: Senado, 2014.

BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.

CARTA DE BANGKOK PARA A PROMOÇÃO EM UM MUNDO GLOBALIZADO. *Bangkok*. 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

CZERESNIA, Dina. *O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção*. Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf. Acesso em: 09 nov. 2015.

GONÇALVES, Luciano Meni. *O Direito Fundamental Social à Saúde: Do Biopoder às Audiências Públicas de Saúde*. 2012. Disponível em: <http://www.fdsu.edu.br/site/posgraduacao/dissertacoes/19.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2015.

LEVIDICO. Bíblia. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/lv/13>. Acesso em: 09 nov. 2015.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

NUNES, Everaldo Duarte. *Saúde Coletiva: Histórias e Paradigmas*. São Paulo: Fiocruz, 1998.

RODRIGUES NETO, Eleutério. *Saúde: Promessas e Limites da Constituição*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003.

SANTANA, José Lima. *O Princípio Constitucional da Eficiência e o Sistema Único de Saúde (SUS)*. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos. (Org). *Direito à Vida e à Saúde*. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. *Dignidade da Pessoa Humana e direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 4 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SOUZA, Jessé. *A ralé brasileira: Quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.



¹ Studente post dottorato in Psicoanalisi Clinica e Master in Bioetica, direttore del Center for Research and Development of Advanced Studies, Coach e docente di corsi MBA in azienda, Campinas e San Paolo.

² Dottorato di ricerca in Psicologia e Psicoanalisi Clinica. Dottorato in corso in Comunicazione e Semiotica presso la Pontificia Università Cattolica di San Paolo (PUC/SP). Master in Scienze Religiose presso l'Universidade Presbiteriana Mackenzie. Laurea Magistrale in Psicoanalisi Clinica. Laurea in Scienze Biologiche. Laurea in Teologia. Si occupa da oltre 15 anni di Metodologia Scientifica (Metodo della Ricerca) nell'orientamento alla produzione scientifica di Master e Dottorandi. Specialista in Ricerche di Mercato e Ricerche focalizzate sull'area Salute ORCID: 0000-0003-2952-4337.

³ Biologo. Master in Biologia. Dottorato in Medicina / Malattie Tropicali. Ricercatore del Graduate Program del Centro di Medicina Tropicale dell'UFPA. Professore a livello universitario e post-laurea e ricercatore presso l'Università federale di Pará - UFPA.