

TRATADO
DE SAÚDE
COLETIVA



GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS
MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO
MARCO AKERMAN
MARCOS DRUMOND JÚNIOR
YARA MARIA DE CARVALHO
ORGANIZADORES

EDITORA HUCITEC
EDITORA FIOCRUZ

SUMÁRIO

	PÁG.
NOTA EDITORIAL	11
Parte I	
ABRINDO O CAMPO	
1. SAÚDE COLETIVA: UMA HISTÓRIA RECENTE DE UM PASSADO REMOTO	19
Everardo Duarte Nunes	
2. CLÍNICA E SAÚDE COLETIVA COMPARTILHADAS: TEORIA PAIDÉIA E REFORMULAÇÃO AMPLIADA DO TRABALHO EM SAÚDE	41
Gastão Wagner de Sousa Campos	
3. SAÚDE E AMBIENTE: UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA	81
Maria Cecília de Souza Minayo	
4. SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: QUE CONEXÕES?	111
Marco Akerman	
Liane Beatriz Righi	
Dário Frederico Pasche	
Damila Trufelli	
Paula Ribeiro Lopes	
5. FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: APRENDIZADOS COM A SAÚDE COLETIVA	137
Yara Maria de Carvalho	
Ricardo Burg Ceccim	
6. ESTOU ME FORMANDO (OU EU ME FORMEI) E QUERO TRABALHAR. QUE OPORTUNIDADES O SISTEMA DE SAÚDE ME OFERECE NA SAÚDE COLETIVA? ONDE POSSO ATUAR E QUE COMPETÊNCIAS PRECISO DESENVOLVER?	171
Marco Akerman	
Laura Feuerwerker	

Parte II
CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE

7. CONTRIBUIÇÕES DA ANTRPOLOGIA PARA PENSAR A SAÚDE 189
Maria Cecilia de Souza Minayo
8. O ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES E FATOS 219
Amélia Cohn
9. SOBRE A *ECONOMIA DA SAÚDE*: CAMPOS DE AVANÇO E SUA
CONTRIBUIÇÃO PARA A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. 247
Áquilas Mendes
Rosa Maria Marques
10. SOCIOLOGIA DA SAÚDE: HISTÓRIA E TEMAS 283
Everardo Duarte Nunes

Parte III
EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE COLETIVA

11. CONTRIBUIÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA 319
Zélia Roquayrol
12. RISCO, VULNERABILIDADE E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E PRO-
MOÇÃO DA SAÚDE 375
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Gabriela Junqueira Calazans
Haraldo César Saletti Filho
Ivan França-Júnior
13. EPIDEMIOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE 419
Marcos Drumond Jr.
14. DESIGUALDADES SOCIAIS E SAÚDE 457
Rita Barradas Barata
15. VIGILÂNCIA COMO PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA 487
Eliseu Alves Waldman

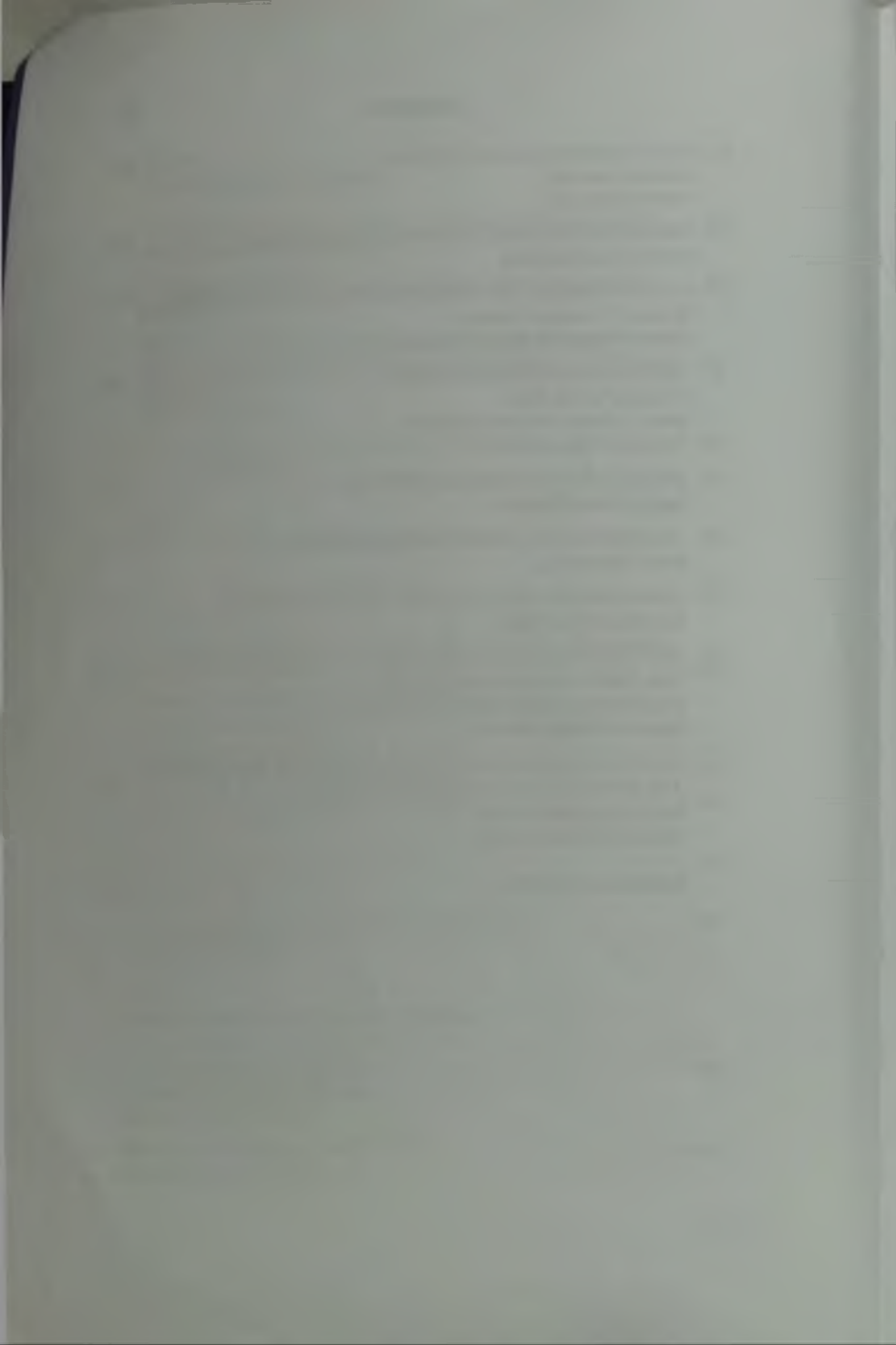
Parte IV
POLÍTICA, GESTÃO E ATENÇÃO EM SAÚDE

16. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 531
Cipriano Maia de Vasconcelos
Dário Frederico Pasche
17. SISTEMAS COMPARADOS DE SAÚDE 563
Eleonor Minho Conil

sumário

11

18. SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA	615
Antonio Lancetti	
Paulo Amarante	
19. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	635
Marcia Faria Westphal	
20. CO-CONSTRUÇÃO DE AUTONOMIA: O SUJEITO EM QUESTÃO	669
Rosana T. Onocko Campos	
Gastão Wagner de Sousa Campos	
21. VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL	689
Gonzalo Vecina Neto	
Maria Cristina da Costa Marques	
Ana Maria Figueiredo	
22. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS	715
Juarez Pereira Furtado	
23. COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE	741
Brani Rosemberg	
24. PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA NÃO ESPECIALISTAS	767
Jairnilson Silva Paim	
25. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	783
Luiz Odorico Monteiro de Andrade	
Ivana Cristina de Holanda Cunha Bueno	
Roberto Cláudio Bezerra	
26. A GESTÃO DA ATENÇÃO NA SAÚDE: ELEMENTOS PARA SE PENSAR A MUDANÇA DA ORGANIZAÇÃO NA SAÚDE.	837
Sergio Resende Carvalho	
Gustavo Tenório Cunha	
SOBRE OS AUTORES	869



Nota Editorial

Tratado de Saúde Coletiva: demarcando e ampliando horizontes

Prezados
Estudantes de Graduação e Pós-Graduação em Ciências da Saúde,
Residentes e
Profissionais da Saúde,

Este tratado é uma primeira tentativa de realizar um sonho de estudiosos e professores das diversas áreas de Ciências da Saúde de poder indicar uma obra de referência em Saúde Coletiva/Saúde Pública, destinada a vocês. Não raro, docentes das Ciências da Saúde queixam-se de que, para lhes ensinar sobre Saúde Coletiva/Saúde Pública sempre tiveram de adaptar os textos para adotá-los nos cursos de formação. Geralmente os dedicados professores garimpam artigos ou capítulos de livros — que em seguida são xerocopiados — para outros fins, nunca pensados e orientados para vocês, jovens em busca de elementos e estímulos para aprofundar seus conhecimentos sobre o campo da saúde. Por isso, decidimos enfrentar o desafio de organizar um Tratado que expressasse a diversidade e a complexidade do campo e da carreira que vocês abraçaram.

É esse o investimento desse livro: oferecer elementos informativos e compreensivos sobre Saúde Coletiva/Saúde Pública, com o cuidado e a acuidade dos livros de formação em saúde.

O campo da Saúde Coletiva no Brasil acumula uma rica produção científica representada por uma gama variada de publicações em artigos, livros, brochuras, teses, dissertações, entre outras formas de veiculação de conhecimento. Entretanto, nossa proposta é de lhes apresentar, de forma suave, esse acervo da área, sistematizando o estado desse conhecimento específico e contemplando as catorze profissões que conformam as ciências de saúde: biologia, biomedicina, ciências farma-

cêuticas, educação física, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Este sonho que ora se toma realidade, foi primeiro concebido pela professora Maria Cecília de Souza Minayo — que tem dois textos nesse Tratado — e durante muitos anos, desde 1994-1996, quando foi presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), vinha tentando entusiasmar colegas com a proposta e buscando instituições para financiá-la. Finalmente, mais de dez anos depois das primeiras tentativas, os editores da Ilucitec toparam o desafio e evidenciam nesta obra, parafraseando Fernando Pessoa, que *tudo vale a pena quando o sonho não é pequeno*.

Sanitaristas e pesquisadores de renome se reuniram, e apresentaram essa proposta inicial que, disponibilizada no mercado editorial e com a contribuição de vocês, oportunamente, poderá ser ampliada. Vários meses foram necessários para que pudéssemos sistematizar, organizar e desenvolver esse projeto que inclui autores espalhados pelos quatro cantos do País. Vocês poderão constatar que muito do entusiasmo e do rigor evidente dos estudiosos que escreveram e assinam esta obra dizem respeito, primeiramente, a seus compromissos com os temas que estudam. Mas observará também que suas posturas e intencionalidades vão mais além: têm que ver com a vontade de contribuir para que vocês sejam cada vez mais bem informados, críticos e comprometidos com a transformação da realidade de saúde de nosso País.

A obra está organizada da seguinte forma: agrega quatro partes, com seus respectivos subtemas: I) ABRINDO O CAMPO — 1. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto, 2. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde, 3. Saúde e Ambiente: uma relação necessária, 4. Saúde e Desenvolvimento: que conexões?, 5. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva, 6. Estou me formando (ou eu me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver?; II) CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE — 7. Contribuição da Antropologia para pensar a saúde, 8. O estudo das Políticas de Saúde: implicações e fatos, 9. Sobre a Economia da Saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da Saúde Pública no Brasil, 10. Sociologia da Saúde: história e temas; III) EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE COLETIVA — 11. Contribuição da Epidemiologia, 12. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de prevenção e promoção da saúde, 13. Epidemiologia

em Serviços de Saúde, 14. Desigualdades sociais e saúde, 15. Vigilância como prática de Saúde Pública; IV) POLÍTICA, GESTÃO E ATENÇÃO EM SAÚDE, 16. O Sistema Único de Saúde, 17. Sistemas comparados de saúde, 18. Saúde Mental e Saúde Coletiva, 19. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, 20. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão, 21. Vigilância Sanitária no Brasil, 22. Avaliação de Programas e Serviços, 23. Comunicação e Participação em Saúde, 24. Planejamento em saúde para não especialistas, 25. Atenção Primária à saúde e estratégia Saúde da Família, 26. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. E no final de quase todos os capítulos há comentários dos autores a respeito das principais referências, as consideradas "básicas" utilizadas nos textos, com intuito de enfatizar a base dos argumentos e fundamentos das idéias. Por isso tudo, é um trabalho coletivo que se diferencia do compêndio convencional.

Não pretendemos esgotar a discussão relativa aos temas aqui tratados e esses temas não constituem a totalidade dos assuntos que a Saúde Coletiva recobre. Nem seria possível, a curto prazo, reunir todos os colegas que fazem e são referências no campo. Por isso, o presente projeto não tem fim programado porque pressupõe permanente revisão e atualização. Esse é o sentido de um Tratado de Saúde Coletiva, uma vez que traduz um campo dinâmico, complexo, plural e exigente, porque vivo!

Cabe a vocês, privilegiados interlocutores de nosso empreendimento, a leitura, a crítica e a grandeza de transformar em conhecimento pessoal e social os subsídios que lhes oferecemos. Que o entusiasmo acompanhe a leitura de vocês que estão diante de um campo que carece de ações responsáveis e comprometidas com a vida de todos nós.

- GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS
- MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO
- MARCO AKERMAN
- MARCOS DRUMOND JR.
- YARA MARIA DE CARVALHO

Parte I
ABRINDO O CAMPO



SAÚDE COLETIVA: UMA HISTÓRIA RECENTE DE UM PASSADO REMOTO

Everardo Duarte Nunes

A REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE COLETIVA como um campo de conhecimentos e práticas tem estado presente em muitos trabalhos ao longo dos anos que medeiam a sua institucionalização no final dos anos 1970 e sua trajetória até os dias atuais. Não faremos uma revisão detalhada desses estudos, mas muitos deles permearão esta apresentação, que pretende não somente resgatar a história, como, também, trabalhar conceitualmente as principais dimensões que configuram este campo.

Como sabemos, a compreensão conceitual somente se estabelece à medida que se verifica a sua construção como uma realidade histórico-social.

À história recente da Saúde Coletiva subjaz um passado que ultrapassa as fronteiras nacionais e que necessita ser explicitado a fim de se compreender o projeto nacional que redundou na criação da Saúde Coletiva, tendo como cenário geral as mudanças trazidas com a instalação de uma sociedade capitalista.

Assim, faremos uma incursão às origens da medicina social/saúde pública; traçaremos um panorama da Saúde Coletiva no Brasil, completando com a sua conceituação.

ANTECEDENTES

Foucault (1979, p. 80) registra, em seu trabalho sobre as origens da medicina social, a sua procedência vinculada à policia médica, na Alemanha, à medicina urbana, na França e à medicina da força de trabalho na Inglaterra. Essas três formas ilustram a tese defendida pelo autor de que "com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário: que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início

do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho".

Para Foucault, o investimento do capitalismo foi no biológico, no somático, no corporal, mas o corpo que trabalha, do operário, somente seria levantado como problema na segunda metade do século XIX. Justamente a partir dos anos 40 do século XIX é que se criam as condições para a emergência da medicina social. Às vésperas de um movimento revolucionário que se estenderia por toda a Europa, muitos médicos, filósofos e pensadores assumiram o caráter social da medicina e da doença. "A ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social e, até que isto não seja reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar seus benefícios e teremos que nos contentar com um vazio e uma mistificação", ou "se a medicina existe realmente para realizar suas grandes tarefas, deve intervir na vida política e social; deve apontar para os obstáculos que impedem o funcionamento normal do processo vital e efetuar o seu afastamento". São as idéias de Neumann e Virchow, voltadas para as reformas de saúde (Rosen, 1963, pp. 35, 36).

Essa foi uma época propícia para o levantamento de muitas questões, como o fim da política da tradição, das monarquias, a regra da sucessão das dinastias como direito divino e para situar inúmeros problemas, como o das precárias condições da classe operária, conforme escrito por Engels (1975), em brilhante trabalho.

Data desse momento a fixação de alguns princípios básicos que se tornariam parte integrante do discurso sanitarista: 1) a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) que as condições sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e doença e estas devem ser estudadas cientificamente; 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas.

Sem dúvida, este ideário centralizado na corporação médica, como pregava Guérin, ou marcado pelas relações entre o homem e suas condições de vida, como dizia Virchow, impulsionaram a formulação da medicina social da metade do século XIX. Tanto assim que Guérin, afirmava em 1848: "Tínhamos tido já ocasião de indicar as numerosas relações que existem entre a medicina e os assuntos públicos [...]. Apesar destas abordagens parciais e não coordenadas que tínhamos tentado incluir sob rubricas tais como polícia médica, saúde pública, e medicina legal, com o tempo estas partes separadas vieram a se juntar em um todo organizado e atingir seu mais alto potencial sob a designação de

medicina social, que melhor expressa seus propósitos. (Cuérin, 1848, p. 183). Dentre as principais ideias desse médico e reformador social, destacam-se as que viam a prática médica como um todo, tanto assim que a medicina social iria englobar desde a fisiologia social até a terapia social, passando pela patologia social e higiene social.

Todas essas vozes que na Europa defendiam a saúde como questão política e social viram-se sufocadas com a derrota das Revoluções de 1848. Bloom (2002, p. 15) comenta sobre essa situação, afirmando que a ideologia do movimento da reforma médica e "Sua ampla concepção da reforma da saúde como ciência social foi transformada em um programa mais limitado de reforma sanitária e a importância dos fatores sociais em saúde rolou ladeira abaixo enquanto a ênfase biomédica esmagadoramente ganhou domínio a partir da revolução científica causada pelas descobertas bacteriológicas de Robert Koch". O renascimento da medicina social, especialmente na Alemanha, iria ocorrer somente no início do século XX, assim como aconteceu em outros países.

Muitas análises sociais, demográficas e políticas percorreram a história da saúde pública e percebe-se que, desde as suas origens, ela esteve estreitamente vinculada às políticas de saúde que se desenvolveram tanto nos países europeus, como nas Américas, e trouxeram em seus conteúdos as especificidades de cada contexto histórico e suas circunstâncias.

As primeiras análises mais gerais tratando da medicina social na América Latina datam dos anos 1980 e 1990 (Nunes, 1985, 1986; Franco, Nunes, Breilh & Laurell, 1991), com forte ênfase nas possibilidades trazidas pelas ciências sociais na compreensão do processo saúde-doença; assim como das relações com o campo da epidemiologia, da organização social da saúde e das relações saúde e trabalho. Mais recentemente, Waitzkin, Iriart, Estrada & Lamadrid (2001) traçaram um panorama geral da medicina social em diversos países latino-americanos.

Em relação ao Brasil, a sua história tem sido contada por muitos autores. Um dos primeiros trabalhos foi publicado por Machado e colaboradores (1978), marco das pesquisas que, na perspectiva arqueológica de Foucault, reconstituiu a construção da medicina social e da psiquiatria no Brasil. A este trabalho viria juntar-se o de Luz (1979), fundamental para a compreensão das instituições médicas no Brasil como estratégia de poder. Outros estudos de historiadores e sociólogos são fundamentais para a compreensão da trajetória da saúde pública brasileira, destacando-se os de Castro-Santos (1985, 1987), Tellaroli (1996), Hochman (1998), Chalhoub (1996) e muitos outros.

PARA ENTENDER A SAÚDE COLETIVA

A contextualização acima procurou dar conta de uma história geral que está presente quando se pensa a saúde no plano coletivo, social e público. Em realidade, a sua abordagem neste trabalho garante-nos que para se estudar as origens e o desenvolvimento do campo da saúde, em especial em suas dimensões sociais, é imprescindível que o tema seja tomado em suas múltiplas relações. No caso específico do Brasil, torna-se essencial entender que as trajetórias de um pensamento social resultou em diferentes aproximações em diferentes momentos.

Estas aproximações retomam as origens da saúde coletiva no projeto preventivista, que na segunda metade dos anos 50 do século XX foi amplamente discutido, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. Ele se associa à crítica de uma determinada medicina que, na teoria e na prática, estava em crise. A crítica dirigia-se ao modelo biomédico, vinculado muito mais ao projeto pedagógico, e não de forma direta às práticas médicas. Tanto assim que o saldo deste momento é a criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliam a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências da conduta, a administração de serviços de saúde, a bioestatística. Instala-se a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários.

Este projeto alternativo era resultado das transformações que se seguiram ao término da Segunda Grande Guerra (1939-1945) e que nos anos 1950 e 1960 preconizava que o desenvolvimento dos países do chamado terceiro mundo passava necessariamente por um programa de substituição de importações, que possibilitaria o surgimento de um setor industrial, produtor de manufaturados, permitindo a acumulação de capital. Ampliava-se a participação estatal e o aumento da produtividade da força de trabalho, num projeto desenvolvimentista no qual a seguridade social e o saneamento se fazem presentes. O conceito de controle e a progressiva utilização de antibióticos e técnicas cirúrgicas consolidam a confiança na atenção médica individualizada. É a fase áurea das teorias desenvolvimentistas e da idéia do círculo vicioso da pobreza, transformada em "causação circular" pelo economista sueco Gunnar Myrdal (1898-1987).

Em meados dos anos 1960, o projeto preventivista torna-se uma realidade em muitas escolas médicas, quando também se instaura na

América Latina a questão do planejamento em saúde, veiculada pela proposta Cendes/OPS, que, dentro de uma visão economicista, fixava como básica a determinação custo-benefício da atenção médica. A revisão do planejamento seria tarefa para uma década mais tarde.

A década de 1960 é uma época de realizações e de grandes mudanças. Em 1960 inaugura-se Brasília; em 1961, Jânio Quadros renuncia à Presidência da República; João Goulart toma posse; instala-se o regime parlamentar de governo, vigente até 23 de janeiro de 1963, quando há o retorno ao regime presidencialista; em 1.º de abril de 1964, o presidente Goulart é deposto por um golpe militar e inicia-se um período de ditadura que irá durar mais de duas décadas.

Ainda nos anos 1960, destaquem-se: a aprovação da Reforma Universitária, em 1968, no mesmo ano em que é editado o Ato Institucional n.º 5 e o Ato Complementar n.º 38, que decreta o recesso do Congresso Nacional. Agora, o governo passa a ter poderes absolutos sobre a nação. Com o recesso, o Executivo fica autorizado a legislar, suspender os direitos políticos de qualquer cidadão e cassar mandatos parlamentares. Aproximava-se o fim da década de 1960, marcado por excessos ditatoriais no Brasil e, no mundo, por apelos de liberdade, como no festival de Woodstock e emblematicamente por um vigoroso filme, *Easy Rider (Sem Destino)*, no qual a sociedade americana é criticada por sua intolerância.

Do ponto de vista do desenvolvimento econômico, os analistas apontam que os anos iniciais de 1970 são de crescimento — “o milagre brasileiro”, mas começa a diminuir em 1973, com um aumento da inflação, cuja taxa é de 34,5%, em 1974. Ocorre um aumento da miséria que pode ser constatado com o incremento da mortalidade infantil no estado mais rico da federação, São Paulo, da ordem de 10%; 30% dos municípios da federação não tinham abastecimento de água e o Brasil com o nono PNB do mundo, mas em desnutrição perde apenas para Índia, Indonésia, Bangladesh, Paquistão e Filipinas.

Para o campo da saúde coletiva, os anos 1970 representam um momento em que o campo inicia a sua estruturação formal, especialmente na formação de recursos humanos, no avanço das ciências sociais na saúde e no papel da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) no fomento ao desenvolvimento tecnológico e inovação.

Do ponto de vista teórico-acadêmico, ressalte-se a divulgação de alguns trabalhos como os de Cecília Donnangelo (1975), Arouca [1975], (2003), Luz (1979), García (1981), Rodrigues da Silva (1973) e a criação do primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social, no Rio de

Janeiro, em 1974. Iniciava-se um novo período de encaminhamento das questões de saúde. No plano internacional, a Opas enfatiza que o projeto ambicioso de transformar as práticas de saúde, em especial a atenção médica, mediante a formação de um profissional capacitado para realizar essas mudanças, não se concretizou (OPS, 1976). A Organização assume que a medicina social tem como objeto a análise das práticas e dos conhecimentos da saúde relacionados com a sociedade (OPS, 1976).

Idéias, como as defendidas por Arouca [1975], (2003, p. 149) passam a ser veiculadas pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social. Para ele, a Medicina Social era definida "como o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura da atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando a transformação destas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações". Nas palavras de um pioneiro da medicina preventiva e social no Brasil, Rodrigues da Silva (1973, apud Arouca, 2003, p. 149), "[...] alguns departamentos de Medicina Preventiva passaram a adotar, tendencialmente, uma posição potencialmente mais inovadora, uma posição de crítica construtiva da realidade médico-social e da prática da medicina, fundamentada bem mais no modelo de medicina social do que no modelo original de Medicina Preventiva"

De forma mais detalhada, definia-se a Medicina social como "[...] uma tentativa de redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudos nas relações entre o biológico e o psicossocial. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais" (Arouca, 1975).

Firmava-se, no desenvolvimento histórico que adotamos, o momento da *medicina social* propriamente dita.

Em trabalho anterior, ao analisar esse momento, assinalei que "Não se esqueça, também, que, ao apontar a crise na geração de conhecimentos, o horizonte que se vislumbrava era o de instaurar novas práticas. Os estudiosos assinalam que a visibilidade social que a problemática de saúde adquire nesse período deve-se em grande parte aos movi-

mentos sociais populares como o universitário" (Nunes, 1994, p. 13). Recorde-se que, na metade dos anos 1970, a Opas publica um documento sob a denominação de *Formulación de Políticas de Salud*, elaborado pelo Centro Panamericano de Planificación en Salud. Inicia-se a crítica ao modelo de planejamento dos anos 1960, rumo ao planejamento estratégico dos anos 1980. Fato a se destacar no final dos anos 1970 e de grande repercussão para o campo da saúde foi a Declaração Alma-Atá, em 1978, que fundamentaria muitas das questões sobre a saúde nos anos seguintes, especialmente a do direito à saúde, o papel do Estado e a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde.

Na construção da medicina social, a fase que se estende de 1974 a 1979, compreende um momento importante na construção teórico-conceitual, com pesquisas sociais, epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde, associada à discussão de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente. Somente na fase seguinte, como assinala Levkovitz (1997, apud Levkovitz et al., 2002), de 1980-1986, denominada "político-ideológica", é que ocorrerá "a disseminação das propostas de reforma e aglutinação da coalizão socio-política de sustentação", que se expressam em importantes eventos como a VII Conferência Nacional de Saúde (1979) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), quando se inicia o processo de reforma da saúde pública. As fases antes citadas completam-se ao longo do período até 2000: a de 1987-1990, denominada político-institucional, com a "consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial", tem como marcos três ocorrências: a criação do Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), a Constituição Federal (1988), e a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142), em 1990; a fase de 1991-1998, denominada político-administrativa, com as definições específicas das atividades nas esferas governamentais, período em que se realizam a IX e X Conferência Nacional de Saúde (1992 e 1996) e, finalmente, a quinta fase 1999/2000, chamada de "complementação jurídico-legal", de caráter técnico-operacional, regulamentação legislativa e normativa do financiamento estável e do mix público-privado (Assistência Domiciliar), organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços.

Penso que a reprodução, mesmo sintética, desses momentos mostra que em três décadas o País realiza um intenso projeto de conhecimento da saúde e de movimento em direção às reformas. O repensar da saúde de maneira ampliada vai ser, portanto, a tarefa do final dos

anos 1970, que vinha sendo preparada ao longo dessa década, quando são criados os cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) em saúde pública e medicina social e que posteriormente serão enquadrados no campo das ciências da saúde, com a denominação de Saúde Coletiva.

Esta terceira fase — a fase da *saúde coletiva* — que cronologicamente coincide com as origens da própria instituição — a Abrasco, em 1979 — é marcada, nos primeiros anos da década de 1980, por atividades que se voltam para a construção do próprio campo, recriando em novos moldes (congressos, grupos de trabalho, pesquisas, ensino) um verdadeiro movimento sanitário, e a partir de 1985, nos debates que culminaram com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), e, após o evento, participando ativamente da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Dessa forma, esta fase coincide com o grande momento de reestruturação das políticas sociais, ante sua universalização, num momento em que as condições econômicas para chegar a um universalismo de fato se tornavam cada vez mais precárias (Médici, 2006).

Sem dúvida, os anos 1980 representam um momento especial na história da saúde no Brasil, o da universalização das políticas sociais, mas ao mesmo tempo sujeitava-se à agenda internacional, comandada pelo Banco Mundial. Para Melo & Costa (1994), trata-se também do advento de um novo paradigma — o da *economia da saúde*, ao revelar a dimensão fiscal e financeira da atenção à saúde.

A próxima década assistirá à redução de alguns indicadores: entre 1992 e 1999, a mortalidade infantil caiu de 44,3 para 34,6 crianças mortas por mil nascidas vivas e o analfabetismo na população de quinze anos ou mais de idade diminuiu de 17,2% para 13,3%. Infelizmente, os níveis de desigualdade continuavam elevadíssimos. Médici (2006) aponta que "Dados de 1991 mostram que cerca de 30,7% das famílias brasileiras recebiam renda total inferior a dois salários mínimos. No Nordeste, essa proporção atingia 53%. Os 10% mais ricos no Brasil abarcavam 51,7% da renda, enquanto os 10% mais pobres ficavam somente com 0,7%. Cerca de 49,4% das pessoas ocupadas não contribuíam para nenhum instituto de previdência social".

MAS, AFINAL, O QUE É A SAÚDE COLETIVA?

Ao longo da exposição, procuramos destacar que a medicina social, a saúde pública e a saúde coletiva foram paulatinamente criando um território próprio e delimitando (e ampliando) as suas fronteiras.

Não se pode reduzir a história ao momento em que um grupo de intelectuais resolveu criar a sua associação de classe, mas, sem dúvida, esta é uma ocasião importante no processo de institucionalização do campo. Recordando essa ocorrência, sirvo-me dos detalhes contados por Belisário (2002, p. 63), "A Abrasco foi criada por docentes, pesquisadores e pessoal de serviço presentes à I Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, realizada em Brasília, em 27 de setembro de 1979, promovida pelos Ministérios da Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social e Organização Pan-Americana da Saúde". Assinada por 53 pessoas, a ata de fundação afirma que esse era um antigo anseio dos diferentes cursos de pós-graduação, cuja idéia inicial data de 1978, na reunião realizada pela Alaesp (Associação Latino-Americana de Escolas de Saúde Pública), em Ribeirão Preto.

Em 1982, são publicados os Princípios Básicos, que orientam os objetivos da Associação: aprimoramento do ensino e da pesquisa, intensificação do intercâmbio entre as instituições, obtenção de apoio financeiro e técnico, cooperação entre instituições de ensino, valorização dos programas de ensino, qualificação do corpo docente, elevação dos padrões de ensino, promoção e disseminação dos conhecimentos da saúde coletiva. Não se trata de uma perspectiva exclusiva de assuntos referentes ao ensino, mas de participação efetiva na definição e implementação de uma política de recursos humanos em saúde coletiva, associada a uma análise das condições de saúde da população e de incentivo à pesquisa. Assume uma posição política e técnica, ou seja, a necessidade de reformulação do setor saúde e a concepção da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.

Diante dessa história e do fato de, diferente de outros campos do conhecimento em saúde, ter sido organizada em uma associação congregando o que havia sido produzido em medicina preventiva, medicina social, planejamento em saúde, pesquisas epidemiológicas, políticas de saúde, ciências sociais em saúde, tornou-se difícil um consenso acerca da sua conceituação. Em realidade, a partir do momento em que se foram firmando as formas de tratar o coletivo, o social e o público caminhou-se para entender a saúde coletiva como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos.

Muitas têm sido as tentativas de definir a Saúde Coletiva. Em seu trabalho publicado em 1983, Donnangelo lembrava que a delimitação do campo, com uma multiplicidade de objetos e áreas de saber, que

iam da ciência natural à ciência social, "Não é indiferente a permeabilidade aparentemente mais imediata desse campo a inflexões econômicas e político-ideológicas. O compromisso, ainda que genérico e impreciso, com a noção de coletivo, implica a possibilidade de compromissos com manifestações particulares, histórico-concretas desse mesmo coletivo, dos quais a medicina «do indivíduo» tem tentado se resguardar através do específico estatuto da cientificidade dos campos de conhecimento que a fundamentam" (Donnangelo, 1983, p. 21).

A sua associação às ciências sociais foi vista por Teixeira (1985, p. 97), que também a analisou, dizendo que "a matriz teórico-conceitual do Movimento Sanitário pode ser encontrada na delimitação de sua área de conhecimento, expressa na adoção do conceito de «saúde coletiva», uma originalidade nacional face à heterogeneidade de denominações habituais, tais como saúde pública, medicina social, medicina preventiva, saúde comunitária" (Teixeira, 1988, p. 195).

Como afirmamos, não há um consenso na definição do campo, marcado, como lembra Stotz (1997, pp. 280-2), por tensões epistemológicas, e apresentando características de interdisciplinaridade, não havendo possibilidade de uma teoria unificadora que explique o conjunto dos objetos de estudo.

Certamente, a saúde coletiva não somente estabelece uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, mas rompe com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico (Birman, 1991).

Como podemos ver, estas idéias que se conformam em uma trajetória histórica, apresentam uma tradição intelectual que, tendo um passado remoto, são recriadas ante as conjunturas da modernidade e de seus problemas. Campo multiparadigmático, interdisciplinar, formado pela presença de tipos distintos de disciplinas que se distribuem em um largo espectro que se estende das ciências naturais às sociais e humanas, certamente possibilitará o aparecimento de novos tipos de disciplinas, que nascem nas fronteiras dos conhecimentos tradicionais, ou na confluência entre ciências puras e aplicadas, mas que se caracteriza como um «patchwork» combinatório, que visa a constituição de uma nova configuração disciplinar capaz de resolver um problema preciso" (Pombo, 2003, pp. 8, 9). Estas *interciências* foram definidas em 1957 pelo economista inglês Kenneth E. Boulding (1910-1993) como conjuntos disciplinares onde não há uma ciência que nasce nas fronteiras de duas disciplinas fundamentais ou do cruzamento de ciências puras e aplicadas, mas que se ligam de forma descentrada, assimétrica, irregu-

lar, como no caso das ciências cognitivas, das ciências da complexidade. Parece-me uma boa idéia para se entender a Saúde Coletiva, mas a imagem que associo ao entendimento do campo é a de mosaico — conjunto formado por partes separadas, mas que se aproximam quando a compreensão dos problemas ou a proposta de práticas se situam além dos limites de cada "campo disciplinar", exigindo arranjos interdisciplinares. Além disso, como veremos a seguir, quando discutirmos os principais campos disciplinares que configuram a grande área da Saúde Coletiva, observaremos que a sua composição está associada ou àquelas ciências de fronteira, muitas vezes já consolidadas (por exemplo, psicologia social), ou às interdisciplinas (por exemplo, avaliação de serviços de saúde, planejamento em saúde), ou às interciências (por exemplo, ecologia). Assim, entendemos que o campo não é simplesmente um território opaco, um compósito de conhecimentos, saberes e práticas, desarticulados, mas se compõem de acordo com as necessidades em descrever, explicar e/ou interpretar a realidade de saúde que se deseja estudar, avaliar ou transformar. Para isso, os conceitos, as categorias analíticas, as chaves interpretativas procedentes do núcleo duro das ciências — o corpus teórico — lançam suas luzes para o entendimento dos objetos e sujeitos investigados pelos pesquisadores. Agora, o mosaico se transforma em um vitral, no qual os problemas estão filtrados pela teoria.

As idéias desenvolvidas até este momento pautam o campo da Saúde Coletiva como extenso e diversificado, refletindo a própria concepção ampliada de saúde em suas inúmeras interfaces. Assim, o próprio campo vem se especializando em muitas direções e tratando de objetos os mais variados. A própria concepção deste livro abriga essa idéia e, ao mesmo tempo, conduz o leitor a entender que há núcleos disciplinares que apresentam conjuntos de conhecimentos construídos ao longo da história da ciência. Não por simples convenção, mas porque se estabeleceram como parte do processo de constituição da área, são citados três grandes espaços e formações disciplinares: as ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e o planejamento.

Não desenvolveremos em detalhes esses conjuntos de disciplinas, pois os seus aspectos particulares serão objeto dos especialistas que compõem o quadro dos autores deste livro; pontuaremos questões gerais, seguindo o espírito deste texto, que é o de contribuir com uma visão histórica e conceitual da Saúde Coletiva.

Se retomarmos as idéias iniciais postas neste trabalho, verificamos que as questões sociais, econômicas, políticas, culturais, de diferentes

formas, estiveram presentes no trato da medicina, da doença, do cuidado e da saúde, variando de acordo com determinadas conjunturas às quais se associaram os progressos do conhecimento científico.

Assim, a presença das ciências sociais e humanas (antropologia, sociologia, economia, política, história, filosofia, ética, estética) foi se consolidando sendo consideradas como fundamentais para a compreensão dos processos da vida, do trabalho, do adoecimento e da morte, assim como dos cuidados aos doentes e pacientes e das relações profissionais. Tais abordagens tornaram-se possíveis porque essas disciplinas utilizaram um arsenal teórico-conceitual orientando as investigações e a busca de nexos de sentido entre o natural (o corpo biológico), o social, e o cultural. As próprias concepções de coletivo, sociedade e estrutura e seus respectivos pares, sujeito, representação, ação, serão categorias fundantes para análise da saúde. Mesmo o núcleo central da prática médica — a relação médico-paciente — inscreve-se como preocupação inicial de estudiosos da sociologia (Henderson, 1935), historiadores (Sigrist, 1929), sociólogos (Parsons, 1951), filósofos (Gadamer, 1996) para citar alguns precursores, de um tema que atravessaria o campo das ciências sociais em saúde e se estenderia ao estudo da enfermagem e de outras profissões da saúde. Acrescente-se o estudo sociopolítico das profissões de saúde; as dimensões socioculturais da doença e as questões das relações estado-sociedade civil e o estudo das racionalidades médicas.

Em relação à epidemiologia, como campo de investigação científica, desenvolve-se a partir do século XIX, quando, em 1854, o médico inglês John Snow estabeleceu os fundamentos da moderna epidemiologia ao estudar o cólera em Londres. Com os estudos de Pasteur e outros pesquisadores, novos conhecimentos foram trazidos para o campo da epidemiologia, na medida em que se estudam as relações agente infeccioso, hospedeiro e ambiente, no sentido de entender as causas das doenças em grupos de pessoas. Uma aproximação histórico-conceitual das eras da epidemiologia pode ser vista no trabalho de Susser & Susser (1996a); a era sanitária, no início do século XIX, a era das doenças infecciosas, a era das doenças crônicas (a partir da segunda metade do século XX). Na sequência deste artigo, publicaram outro texto no qual evidenciam que, tendo o paradigma das doenças crônicas atingido o seu clímax, já se poderia pensar em outro paradigma, abrindo um novo período que denominam de era eco-epidemiológica (Susser & Susser, 1996b). Portadora de complexas metodologias de investigação, especialmente quantitativas, à epidemiologia viriam se associar outras metodologias procedentes de diversas disciplinas do social, da demografia,

da geografia e outros conhecimentos. Lembramos que nas análises críticas à epidemiologia mais convencional iriam se destacar as procedentes dos autores latino-americanos e que se tornariam referência internacional. De outro lado, as relações entre a epidemiologia e o planejamento têm trazido um crescimento recíproco para as duas áreas. Muitas são as questões que ainda atravessam as relações epidemiologia e ciências sociais e vice-versa, que certamente serão postas em outros momentos deste livro. Citaríamos, como encaminhamento dessa questão, o artigo de Minayo, Assis, Deslandes & Souza (2003) cuja proposta é discutir a apropriação dos conceitos e das categorias de uma disciplina pela outra.

Também sobre **política e planejamento** estas são apenas algumas primeiras aproximações, considerando-se que serão extensivamente analisados em diversos momentos deste livro. Lembramos que as questões do planejamento acentuam-se a partir do término da Segunda Guerra Mundial e chegam aos países subdesenvolvidos nas décadas de 1950 e 1960, com o objetivo de orientar a economia e promover o desenvolvimento. A sua efetividade será contestada na década de 1970, diante dos graves problemas enfrentados pelas economias capitalistas. Salientamos que as estreitas relações do planejamento com as questões políticas fazem com que, embora ele se constitua de aspectos técnico-operacionais, seja imprescindível atentar para o seu caráter político. Percebemos que, em sua trajetória, o planejamento tem incorporado um rico e extenso quadro conceitual procedente das ciências sociais e humanas; no VII Congresso da Abrasco (2003), o grupo Política, Planejamento e Gestão apresentou importantes questões sobre o tema, destacando algumas das suas principais formulações na América Latina: o método Cendes/OPS, que teve em Mário Testa um destacado formulador; as revisões dos anos 1980, enfatizando a vertente política e inaugurando a fase estratégica do planejamento; a crise do Estado, dos anos 1990 e suas repercussões sobre o planejamento e sua retração e a necessidade de inovações nesse campo.

A exposição acima delinea o que consideramos os espaços e as formações disciplinares mais consolidados. Há, entretanto, uma idéia que nos parece perfeitamente aplicável à saúde coletiva. Inicialmente desenvolvida por Pombo (2003), aponta para a possibilidade de novas configurações disciplinares a partir dos recursos postos pela interdisciplinaridade. Assim, há práticas de importação, entendidas como as desenvolvidas "nos limites das disciplinas especializadas e no reconhecimento da necessidade de transcender as suas fronteiras", cooptando metodologias e linguagens já comprovadas.

Em outras situações, há *práticas de cruzamento*, em que "não teria-
mos uma disciplina central que vai buscar elementos [em outras, que a
favoreçam], mas problemas que, tendo a sua origem numa disciplina,
irradiam para outras".

Nas chamadas *práticas de convergência* realizam-se análises que se
situam em um terreno comum, que envolvem convergência das pers-
pectivas nas quais há objetos dotados de uma certa unidade.

De outro lado, há *práticas de descentração*, quando as disciplinas
tradicionais não conseguem tratar de problemas altamente complexos,
exigindo um policentrismo de disciplinas ao serviço do crescimento do
conhecimento.

Há, ainda, as *práticas de comprometimento*, "aquelas que dizem res-
peito a questões vastas demais, problemas que têm resistido ao longo
dos séculos a todos os esforços, mas que requerem soluções urgentes".
São citados: a origem da vida ou a natureza dos símbolos. Para essas
práticas, a sugestão é a de uma interdisciplinaridade envolvente, circu-
lar, de *polinização cruzada*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou situar os principais momentos da
trajetória da saúde coletiva, caracterizando-o como um campo amplo
de práticas. Salientamos que, apesar da sua recente constituição, me-
nos de quatro décadas, considerando-se a sua institucionalização em
cursos, congressos e produção científica, tem uma história mais antiga,
visto que seus pressupostos inscrevem-se em momentos anteriores,
quando se inicia um pensar sobre a saúde, que transcende a questão
da doença em si mesma. Essa transcendência que acompanha o enfoque
sobre a saúde tem, entre nós, a marca dos movimentos preventivistas e
de medicina social, que culminariam com revisões sobre as questões da
prevenção e do aceramento de uma dimensão ampliada das próprias
políticas de saúde em direção à promoção da saúde. De outro lado,
procuramos destacar a importante contribuição teórica trazida pelos
mais diferentes campos disciplinares para entendimento das questões
e problemas das coletividades expostas a riscos e agravos. Desde sua in-
stitucionalização, a saúde coletiva vem se fortalecendo como um movi-
mento que se expressa de várias formas, além da sua permanente aten-
ção às questões políticas da assistência à saúde. Três são essas formas:

1 **Cursos:** hoje a saúde coletiva faz parte do ensino de graduação,
especialização, residência, pós-graduação. Na graduação, foi inserida

em cursos que se distribuem em rubricas diversas: atenção à saúde no Brasil, saúde e sociedade, ciências sociais e saúde, epidemiologia, planejamento, avaliação de serviços, saúde comunitária. Na pós-graduação, encontra-se consolidada em 29 programas de mestrado e doutorado, também em dois mestrados profissionalizantes.

2. **Congressos:** prestes a realizar o oitavo congresso, teve em seu VII Congresso, realizado em 2003, a possibilidade de comprovar a sua extensão, profundidade e vitalidade. Denominado o "congresso da diversidade, da inclusão e da criatividade", nele foram apresentados quase cinco mil trabalhos na modalidade de pôster (92 deles receberam menções honrosas), desenvolvidas 159 comunicações coordenadas, 127 painéis, 29 palestras, 13 colóquios, nove grandes debates e três conferências magnas. Nesse conjunto de apresentações orais, foram apresentados 1.085 trabalhos científicos, envolvendo profissionais de serviços, professores e pesquisadores nacionais e internacionais.

3. **Publicações:** a literatura da área é na atualidade extensa e diversificada, exigindo para a sua revisão um capítulo especial. Citaremos as principais revistas especializadas nas temáticas desenvolvidas pela área: *Ciência e Saúde Coletiva*; *Revista de Saúde Pública*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Physis — Revista de Saúde Coletiva*, *Revista Brasileira de Epidemiologia*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belisário, S. A. *Associativismo em saúde coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva* — Abrasco (Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 2002.
- Benchimol, Jaime Larry & Luiz Antonio Teixeira. *Cobras, lagartos e outros bichos: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993, 228 pp.
- Bloom, S. W. *The Word as a Scapel: a History of Medical Sociology*. Nova York: Oxford University Press, 2002.
- Boulding, K. General Systems Theory. The Skeleton of Science. In: L. von Bertalanffy (ed.). *General Systems*. Yearbook of the Society for the Advancement of General Systems Theory. Los Angeles: University of Southern California Press, 1, pp. 11-17, 1956.
- Braga, I. C. de S. & S. C. de Paula de. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- Castro-Santos, L. A. de. *Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1889-1930*. Doutorado em Sociologia. Cambridge: Harvard University, Department of Sociology, 1987, 357 pp.

- Castro-Santos, L. A. de. O pensamento sanitariano na Primeira República: uma ideologia de construção de nacionalidade. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, 28(2), pp. 193-210, 1985.
- Chalhoub, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- Donnangelo, M. C. E. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil — a década de 70. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, pp. 19-35, 1983.
- Engels, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Trad. Anália C. Torres. Porto: Afrontamento, 1975.
- Foucault, M. O nascimento da medicina social. In: M. Foucault. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, pp. 79-98, 1979.
- Franco, S.; E. D. Nunes; J. Breilh & A. C. Laurell. *Debates em medicina social*. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- Gadamer, H.-G. *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Stanford, California: Stanford University Press, 1996.
- Guérin, J. Médecine sociale — au corps médical de France. *Gazette Médicale de Paris*, mars 11, pp. 183-5, 1848.
- Henderson, L. J. Physician and Patient as a Social System. *New England Journal of Medicine*, 211(18), pp. 819-23, 1935.
- Hochman, G. *A era do saneamento: as fases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec-Anpocs, 1998, 261 pp.
- Levcovitz, E.; T. V. de F. Batista; S. A. G. Uchoa; G. Nespoli & M. Mariani. *Investigação sobre a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva no Brasil e a trajetória de formulação e implementação da política de saúde*. Relatório de Pesquisa. Brasília: MS/SAS-Opas, 2002.
- Luz, M. T. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- Machado, R.; A. Loureiro; R. Luz & K. Muricy. *Danação da norma: Medicina Social, constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- Médici, A. C. *Saúde: indicadores básicos e políticos governamentais* <<http://www.mre.gov.br/cdbrazil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/apresent/apresent.htm>>. Acesso em 14/2/2006.
- Melo, M. A. B. C. de & N. do R. Costa. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/ OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. *Ipea*, n.º 11, junho/dezembro, 1994.

- Minayo, M. C. de S.; S. G. de Assis, S. F. Deslandes & E. R. Souza. De possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 97-107, 2003.
- Nunes, E. D. *As ciências sociais em saúde na América Latina. tendências e perspectivas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1985.
- Nunes, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e Sociedade* 3(2), pp. 5-21, 1994.
- OPS. *Enseñanza de la medicina preventiva y social — 20 años de experiencia latinoamericana*. Washington, DC: OPS (Publi. Cient. 234), 1976.
- Parsons, T. [1951]. *The Social System*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1967.
- Pombo, O. Epistemologia da Interdisciplinaridade. Seminário Internacional Interdisciplinaridade, Humanismo, Universidade, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 12 a 14 de novembro, 2003.
- Rosen, G. The Evolution of Social Medicine. In: H. E. Freeman; S. Levine & L. G. Reeder (ed.). *Handbook of Medical Sociology*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. pp. 17-61, 1963.
- VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Relatório da Oficina de Política, Planejamento e Gestão, 2003 <<http://abrasco.org.br/Congresso/oficinas/politica/pdf>>. Acessado em 11/2/2006.
- Sigerist, H. E. [1929]. The Special Position of the Sick. In: M. I. Roemer. *Henry E. Sigerist on the Sociology of Medicine*. Nova York: MD Publications, pp. 9-22, 1960.
- Susser, M. & E. Susser, E. Choosing a Future for Epidemiology: Eras and Paradigms. *American Journal of Public Health*, 56(5), pp. 668-73, 1996a.
- . Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), pp. 674-7, 1996b.
- Telarolli Jr., R. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996.
- Waitzkin, H.; C. Iriart; A. Estrada & S. Lamadrid. Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major National Groups. *Lancet* 2001; 358, pp. 315-23, 2001.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- Arouca, Sérgio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Unesp-Editora Fiocruz, 2003, 268 pp.

O texto desenvolve uma análise crítica da medicina e da medicina preventiva e das suas articulações com a sociedade como partes integrantes da história das idéias.

— Machado, Roberto; Angela Loureiro; Rogério Luz & Katia Muricy. *Danação da norma: Medicina Social, constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, 559 pp.

Estudo que aborda o nascimento da medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil, refletindo sobre esses saberes como prática social.

Rosen, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Trad. Angela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1979, 401 pp.

Coletânea de textos tematizando a relação entre medicina, saúde e sociedade do século XVIII ao século XX, na Europa e nos Estados Unidos.

— Franco, Saul, Everardo Duarte Nunes, Jaime Breilh & Asa Cristina Laurell. *Debates em medicina social*. Quito. Organización Panamericana de la Salud (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.º 92), 1991, 350 pp.

Livro que revisa a medicina social na América Latina, tratando de sua trajetória, da epidemiologia e das relações saúde-trabalho.

— Nunes, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade* 3(2), pp. 5-21, 1994.

O artigo sintetiza a trajetória histórica e conceitual da Saúde Coletiva o Brasil como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

Castro-Santos, Luiz Antonio de. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção de nacionalidade. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, 28(2), pp. 193-210, 1985.

Hochman, Gilberto. *A era do saneamento: as fases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec-Anpocs, 1998, 261 pp.

Luz, Madel Terezinha. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982, 218 pp.

Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica n.º 540. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992.

Paim, Jairnilson Silva. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. In: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Publicación Científica n.º 540, pp. 151-67. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992.

Rosen, George. *Uma história da Saúde Pública*. Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec-Editora da Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994, 423 pp.

Scliar, Moacyr. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre, L&PM, 1987.

Temas atuais em Saúde Pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(2), pp. 216-394, 2002.

Múltiplas abordagens em Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), pp. 666-838, 2003.

SITES

<http://www.abrasco.org.br/>

<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/>

<http://cedoc.ensp.fiocruz.br/cebes/>

<http://hsc.unm.edu/lasm/>



MICHEL FOUCAULT (1926-1984), filósofo francês, professor no Collège de France, seus escritos têm exercido enorme influência nas ciências humanas e sociais. Para a Saúde Coletiva são importantes: *A história da loucura*, *O nascimento da clínica* e a conferência "O nascimento da medicina social".



RUDOLF LUDWIG KARL VIRCHOW (1821-1902), médico, patologista, biólogo e político. Criador de disciplinas médicas como a patologia celular, a patologia comparada, desenvolveu estudos antropológicos, sendo um dos fundadores da "medicina social", popularizou a noção "toda célula origina-se de outra célula".



FRIEDRICH ENGELS (1820-1895), filósofo e político alemão, companheiro de Marx, viveu na Inglaterra e participou da Revolução de 1848; em 1848, junto com Marx, escreveu o *Manifesto do Partido Comunista*; autor de um clássico *A Situação da Classe Operária na Inglaterra*, publicado em 1845.



JULES RENE GUÉRIN (1081-1886), médico ortopedista francês, fundador da *Gazette Médicale de Paris*, tornou-se um propagador da medicina social.

A Constituinte de 1988 no capítulo VIII da *Ordem social* e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que: "A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

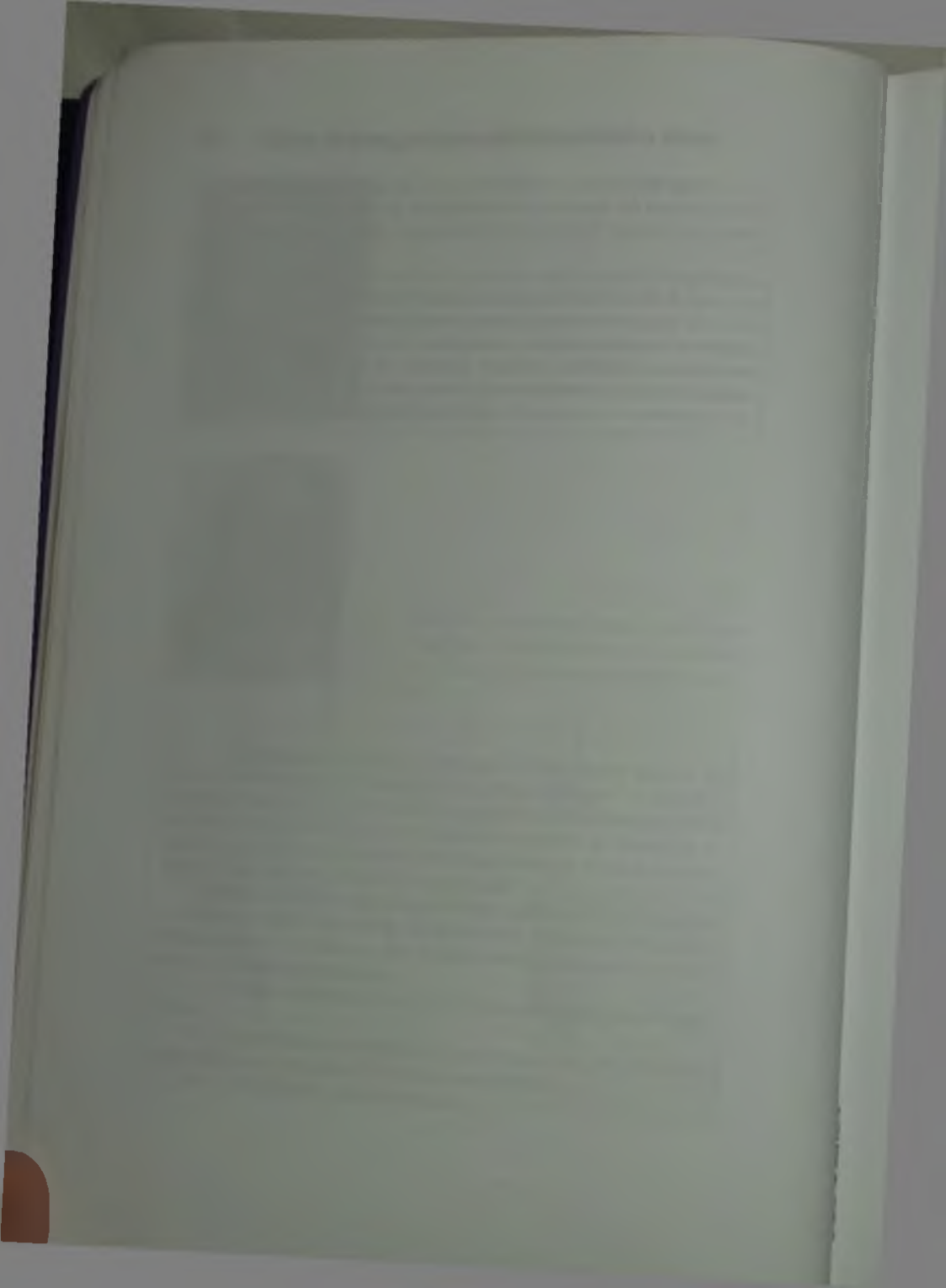
O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo: "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I — Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II — Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III — Participação da comunidade

Parágrafo único — o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes."

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, define:

"A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país."



CLÍNICA E SAÚDE COLETIVA COMPARTILHADAS: TEORIA PAIDÉIA E REFORMULAÇÃO AMPLIADA DO TRABALHO EM SAÚDE

Gastão Wagner de Sousa Campos

TEORIA PAIDÉIA E A CO-PRODUÇÃO SINGULAR DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

PARA A TEORIA PAIDÉIA as mudanças são inevitáveis, ainda que ocorram imersas em expressivos movimentos de resistência ao novo. Há uma tendência à repetição do mesmo em praticamente todas as sociedades. Parto da concepção de devir, que reconhece a transitoriedade de tudo e de todos, conforme teorizava o filósofo Heráclito ainda durante o período pré-socrático (Schüler, 2001).

Os fenômenos sociais, entre eles a saúde e a doença das pessoas, resultam da interação de uma multiplicidade de fatores. Alguns são agenciados por sujeitos localizados em instâncias externas à pessoa ou à coletividade em foco. Outros fatores atuam a partir do interno da pessoa ou agrupamento em análise. Venho realizando um esforço sistemático para elaborar uma livre tradução para o campo da saúde das teorias da produção social dos fatos históricos (Gramsci, 1978), da complexidade (Morin, 1994) e das concepções de vários autores que estudaram a subjetividade, destacando-se Freud entre eles (Freud [1933], 1969). Este movimento me obrigou a compor uma rede de conceitos que formaram uma espécie de amálgama entre essas três vertentes teóricas.

Suponho haver como que uma co-produção dialética "multifatorial" na gênese dos acontecimentos e do modo de ser e de funcionar dos sujeitos e de suas organizações. Conservo o conceito "dialético" porque reconheço que estes fatores (agenciados por sujeitos) produzem efeitos contraditórios, com sentido e significados paradoxais, quando interagem para produzir uma determinada situação ou contexto singular. Na realidade, estes fatores/sujeitos atuam tanto de maneira complementar, quanto em linhas conflitantes. Para esta visão não ha-

veria apenas fator/sujeito-tese e fator/sujeito-antítese, seguidos de uma inevitável e previsível síntese, porém o cruzamento da influência de múltiplos fatores, que, ao interagirem, modificam não somente o resultado desses processos, mas também os próprios fatores/sujeitos envolvidos nessa mistura que é a vida. Observe-se que freqüentemente estes "fatores" somente funcionam mediante o agenciamento de sujeitos que os operam. É o caso do Estado, por exemplo. O Estado é inerte quando abandonado à própria sorte, é uma casca vazia. São os agentes de governo e da burocracia, sujeitos, portanto, que operam as estruturas estatais, enquadrados pelos limites de suas regras e normas.

O método Paidéia (Campos, 2000) é um recurso elaborado para ampliar o coeficiente de intencionalidade dos sujeitos viventes nesse caldeirão de mudanças contínuas. Há evidências indicando a existência de uma co-produção de acontecimentos e uma co-constituição de sujeitos e de suas organizações. As pessoas sofrem a influência, mas também reagem aos fatores/sujeitos com que/quem interagem. Havendo, portanto, uma co-responsabilidade pela constituição de contextos singulares.

O método Paidéia busca ampliar a capacidade de as pessoas compreenderem e interferirem de modo deliberado nesta dinâmica.

Em relação ao processo saúde e doença a lógica não é diferente. A Figura 1 tenta representar a complexidade de percursos possíveis na constituição dos estados de saúde de indivíduos e coletividades.

Figura 1. Co-produção do processo saúde/doença/intervenção

CAMPOS DE CO-PRODUÇÃO	MÓDOS DE INTERVENÇÃO	FATORES DE CO-PRODUÇÃO
Particular Imanência ao sujeito		Biológicos Subjetivos desejo e interesse
Singular Movimento reflexivo compreensão do mundo e de si mesmo	Política Gestão Trabalho Práticas cotidianas	Dominação/eliminação do outro Espaços dialógicos com formação de compromisso e construção de contratos. Dominação/eliminação do agente
Universal Transcendente ao sujeito		Necessidades sociais Instituições e organizações Contexto econômico, cultural e social Ambiente

A SÍNTESE SINGULAR: A INTERFERÊNCIA DOS SUJEITOS NA CO-PRODUÇÃO DO MUNDO E DE SI MESMO

Começarei a explicar a Figura 1 pelo Campo Singular (localizado ao meio da primeira coluna). Este campo refere-se à capacidade de reflexão e de intervenção dos sujeitos humanos sobre a dinâmica da saúde e da doença e sobre a co-constituição de si mesmos e de suas organizações.

O singular é o resultado sintético da influência do contexto sobre os sujeitos e, ao mesmo tempo, resulta da intervenção destes sujeitos sobre o contexto e sobre si mesmos; co-produção, portanto.

O sujeito interfere no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas. Com esta finalidade busca conhecer ou pelo menos compreender a si mesmo e ao mundo da vida. Para isso os sujeitos interagem com outros sujeitos, constituindo espaços dialógicos em que há múltiplos resultantes conforme a capacidade e poder de cada um. Para a perspectiva Paidéia há uma co-responsabilidade do indivíduo e dos sujeitos coletivos sobre o processo saúde e doença.

O ser humano caracteriza-se por não se conformar aos ditames da estrutura social ou da natureza, buscando interferir sobre eles de forma reflexiva e deliberada. Esta intervenção poderá dirigir-se tanto para fatores particulares aos sujeitos quanto para fatores sociais ou ambientais. Para agir sobre o mundo o sujeito busca compreendê-lo. Esta compreensão pode ocorrer de maneira espontânea (vida cotidiana) ou sistemática (pensamento científico). Entre estes dois extremos há inúmeras maneiras intermediárias, mais ou menos elaboradas, para que os sujeitos reflitam sobre sua prática, elaborando conhecimentos pragmáticos com base na experiência, na comparação e em sua própria reflexão. O professor Mario Testa (1997) elaborou o conceito de "sujeito epistêmico" para indicar a possibilidade de as pessoas integrarem teoria e prática. A teoria seria uma forma elaborada de saber, a ponto de compor um paradigma; isto é, o "sujeito epistêmico" lidará com um conjunto de conceitos que lhe permitam uma visão crítica dos espaços e estruturas onde atua. O método Paidéia não sugere a necessidade ou a possibilidade de transformar todas as pessoas em "sujeitos epistêmicos", uma espécie de filósofo no sentido forte da palavra, isto é, pessoas dotadas de capacidade de analisar os acontecimentos a partir de um referencial cultural e teórico muito amplo. É de realizar algumas operações ainda mais complexas ao desenvolverem uma habilidade especial

para "controlar" ou, até mesmo, para evitar a contaminação de suas análises por ideologias, valores e outros bloqueios inconscientes.

O que a teoria Paidéia enfatiza é a necessidade de que, mediante a adoção de alguma metodologia de apoio, as pessoas consigam desenvolver maior capacidade reflexiva e, em conseqüência, adquiram maior capacidade de interferir sobre os fatores estruturados que as condicionam. Sejam fatores externos (como a cultura, a organização e a família) ou internos ao sujeito (no caso a constituição básica da personalidade e do caráter). Seria como que uma educação que se realiza ao longo da vida, uma terapia permanente, uma constante preocupação com a construção Paidéia das pessoas, isto enquanto frequentam a escola, ou trabalham, ou fazem política ou se tratam em algum serviço de saúde. O método Paidéia de apoio tem, portanto, como objetivo a constituição de "sujeitos reflexivos", tendo como possibilidade-limite até mesmo a constituição do "sujeito epistêmico". Ou talvez de mestres, professores, filósofos e sábios que teriam um papel prático específico de apoiar as pessoas com quem convivem para que consigam a ampliação da capacidade de análise de si mesmo e do mundo.

Não basta, contudo, entender o mundo e a si mesmo, os sujeitos necessitam de atuar sobre as coisas. Teoria e prática: "sujeito da reflexão e da ação". A teoria e o método Paidéia têm como finalidade realizar um trabalho sistemático para aumentar a capacidade das pessoas de agirem sobre o mundo, favorecendo a constituição de "sujeitos reflexivos e operativos".

Um dos meios para incrementar a capacidade de ação dos sujeitos é a política. Em um estudo sobre determinação e protagonismo do "sujeito histórico", a professora Cecília Minayo (2001) apontou a existência de visões muito variadas sobre este tema entre várias correntes das ciências sociais e da saúde coletiva. Estudiosos filiados à sociologia compreensiva, a algumas linhas do marxismo e existencialismo e mesmo ao estruturalismo têm sugerido o conceito de "ator social" ou de "sujeito histórico" em uma tentativa de compreender o modo como se daria a complicada relação entre "estrutura e sujeitos". A autora indaga-se em que medida o movimento sanitário brasileiro, ao longo das três últimas décadas não haveria se constituído em um "sujeito epistêmico" ao construir, difundir e transformar, em política pública oficial, o Sistema Único de Saúde.

De fato, as políticas sociais ou de saúde, a constituição de sistemas e articulação de serviços específicos de saúde, bem como o próprio trabalho clínico ou sanitário, todos são meios por meio dos quais os

humanos procuram interferir de modo deliberado no processo de saúde e doença.

O conceito de "ator social" ou de "sujeito histórico" pressupõe um grau de estruturação nem sempre verificada entre grupos de interesse e mesmo pessoas com capacidade para interferir nos acontecimentos. Resumindo: os "sujeitos históricos" existem, mas as pessoas também pensam e agem sobre o mundo sem estarem necessariamente integradas a algum "ator coletivo". Os conceitos de "ator social" ou de "sujeito histórico" pressupõem a existência ou a construção de um "projeto" de organização social que nem sempre encontramos entre as pessoas que participam da política e da gestão e que trabalham com alguma finalidade. Particularmente a partir da elaboração teórica de Michel Foucault (1979) admite-se a existência de uma "microfísica do poder". O exercício do poder e da dominação não se daria apenas por meio da ocupação das funções de governo do Estado ou das organizações da sociedade civil, mas também por meio de redes descentralizadas de poder, advindas da organização hierarquizada destas estruturas, mas também do controle social exercido por instituições que modelam o comportamento humano ao produzirem *epistêmes* (discursos estruturados). Igrejas, escolas, imprensa, mídia, hospitais, família, em todas estas instituições ou organizações há redes de poder, produzindo dominação e resistência.

Com base nesta concepção, poder-se-ia deduzir que categorias analíticas originárias das ciências políticas são úteis para a vida cotidiana. As noções de dominação, controle social, conflito, contrato social, grupos de interesse, entre outras, são necessárias para ampliar a capacidade de análise e de ação de pessoas que não são políticos profissionais. Trabalhar em equipe, conviver em movimentos sociais, integrar organizações como trabalhador, usuário ou aluno, todas são situações em que se estará obrigado a fazer política. A ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos aumenta quanto conseguem lidar com redes de poder, com conflitos, com alianças e composição de interesse. O conceito de "ator social" ou de "sujeito coletivo", conforme tem sido trabalhado, parece não dar conta desse fenômeno em toda a sua extensão. Isso porque o espaço da política é mais ampliado do que imaginava o pensamento clássico. A transposição direta da racionalidade macrosocial para estes espaços micropolíticos tem sido desastrosa, produzindo situações de grande sectarismo, tendentes à degradação dos ambientes em que este tipo de "politização" da vida cotidiana ocorre. Refiro-me à desastrosa experiência da revolução cul-

tural chinesa durante os anos 1960 e 1970, e a uma série de outros casos de mudança institucional em que se transferiu, sem mediações, conflitos e alinhamentos automáticos do geral para o particular.

Não obstante este tipo de risco, é importante considerar a possibilidade de se construir em espaços locais (equipe de trabalho, organização, movimento ou gestão de sistemas públicos) dinâmicas políticas singulares. Isso implica manter aberta a possibilidade de invenção de projetos, contratos sociais e redes de compromisso e de aliança singulares ao "nível local". Essa possibilidade de recomposição do modo de funcionamento dos sujeitos coletivos nos espaços microssociais é um dos caminhos mais seguros para garantir mudanças macrossociais estáveis e com o menor grau de derramamento de sangue possível.

Não são apenas "atores sociais" que agem sobre o mundo. No cotidiano, sujeitos com algum grau de autonomia em relação à sua filiação a este ou aquele "ator social" (classe, categoria profissional, linha religiosa ou ideológica), fazem política em função de problemas e de objetivos locais. Além disso, parece ser também conveniente conseguir-se trabalhar e realizar práticas cotidianas comuns à vida (relações afetivas, amorosas, lazer, etc.) com algum grau de independência em relação às filiações macrossociais de cada um.

O trabalho e as práticas cotidianas são também espaços dialógicos em que o método Paidéia pode se aplicar. De modo direto ou indireto, essas ações humanas criam vínculos entre sujeitos, havendo, portanto, necessidade de instituir-se capacidade reflexiva e operativa para os agentes dessas práticas. A constituição de resultados singulares ocorre não somente pela ação política, mas também pelo trabalho e pelas práticas cotidianas. É uma finalidade central para a teoria Paidéia organizar espaços e difundir métodos que permitam aos sujeitos distanciar-se de si mesmos e de suas estruturas, para refletir sobre sua atuação e corrigir procedimentos, rumos e valores.

Além dessas formas de intervenção há ainda o cuidado de si mesmo (Foucault, 2004), em que comunidades e pessoas procuram defender a própria vida, mediante ações sobre si mesmos e sobre a rede de relações sociais de cada um.

No entanto, esta busca pela saúde não ocorre em um mundo completamente flexível à vontade humana. Ao contrário, o conceito de co-produção indica que sempre há uma interferência (determinação ou condicionamento) de fatores imanentes e transcendentais aos sujeitos. Há fatores intervenientes que atuam de maneira externa aos indivíduos e coletividades, ainda que não com total independência da ação

dos sujeitos, já que o contexto social e econômico bem como as próprias organizações são também co-constituídas.

Há vários resultados possíveis como produto da interação entre todos estes fatores e destes com os sujeitos. Por meio da reflexão, e depois da prática política, ou de gestão, do trabalho ou da vida cotidiana os sujeitos podem modificar as estruturas ou alterar o modo de vida de outros sujeitos estabelecendo novas "formações de compromisso" ou novos "contratos sociais".

Utiliza-se a expressão *formação de compromisso* para indicar quando há deslocamento de posição dos sujeitos individuais, coletivos, de suas instituições e organizações realizadas de maneira informal e com baixo grau de explicitação do novo acordo (movimento de composição inconsciente ou pouco consciente).

A expressão *contrato social* está sendo utilizado em seu sentido sociológico tradicional e indica o estabelecimento de novas relações que alteram regras, leis e comportamentos segundo um acordo bem explicitado.

Observe-se que estes não são os únicos resultados possíveis de um processo singular de co-produção. Os sujeitos da ação podem fazer política, gestão e trabalhar para a "dominação ou destruição do outro" considerado antagonista ou adversário. O sujeito que oferta o método poderá também ser dominado ou eliminado. O método Paidéia funciona tentando diminuir a possibilidade de ocorrência destes dois resultados. O que nem sempre é possível.

FATORES UNIVERSAIS INTERVENIENTES NO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

A saúde e a doença dependem das condições socioeconômicas, ainda que não somente delas.

Há um conjunto de escolas que estudaram o que foi denominada de "determinação social do processo de saúde e doença". A medicina social latino-americana (Franco et al., 1991), a saúde coletiva no Brasil (Nunes, 1998) e o movimento de promoção à saúde no Canadá (Carvalho, 2005), ainda que com diferença de ênfase, todos ressaltaram a importância da organização social na resultante sanitária em um dado território e em uma época específica. Assim, fatores econômicos, como renda, emprego e organização da produção interferem positiva ou negativamente na saúde dos agrupamentos populacionais. Os ambientes de convivência e de trabalho podem ter efeitos mais ou menos

lesivos à saúde das pessoas. A cultura e valores têm também grande influência sobre a saúde: o valor que se atribui a vida, o reconhecimento de direitos de cidadania a portadores de deficiências, a concepção sobre saúde, sexualidade, a forma como cada povo lida com diferenças de gênero, de etnia ou mesmo econômicas, tudo isto amplia ou restringe as possibilidades de saúde das pessoas.

A medicina social e a saúde coletiva latino-americana adotaram uma perspectiva mais crítica do que a promoção à saúde originada no mundo anglo-saxão. A medicina social e a saúde coletiva advogam a necessidade de transformações estruturais na organização social, objetivando reduzir a desigualdade social e de acesso ao poder. Estes movimentos foram constituídos na América Latina durante os últimos quarenta anos, em geral, muito articulados à luta política contra as ditaduras militares, bem como contra a injustiça social e o imperialismo. Seus principais referenciais teóricos foram algumas vertentes do marxismo, o estruturalismo e pós-estruturalismo francês. A epidemiologia social, uma das escolas dessa corrente, apoiou-se diretamente em uma interpretação clássica de Marx, enfatizando a importância da luta entre as classes sociais na constituição do perfil sanitário de uma população (Breilh & Granda, 1985). Concentrou a maior parte de seus esforços na produção de uma nova epidemiologia que superasse a tradicional fundada em métodos matemáticos. Não apresentou grande contribuição à discussão de políticas de saúde, quando muito enfatizou a necessidade de revolução social. Para tanto sugeria a politização e conscientização do povo e dos trabalhadores, tarefa de partidos e movimentos sociais para o que o setor saúde poderia dar uma contribuição importante por meio da educação em saúde e do apoio a iniciativas revolucionárias de comunidades (Laurell, 1977).

Os marxistas alinhados a uma perspectiva reformista de transformação progressiva da sociedade, em grande medida influenciados pela concepção de Antonio Gramsci, estudaram principalmente as instituições e as políticas públicas, derivando parte de sua produção para a reflexão sobre gestão e organização de sistemas de saúde (Campos, 1997).

Os estruturalistas e pós-estruturalistas, em geral, priorizaram a crítica e a desconstrução do paradigma médico e da política de saúde de recorte liberal, dominante no Brasil e em outros países capitalistas. Ressaltaram o peso do complexo médico-industrial e de suas conexões com o Estado burguês (Donnangelo, 1976) na conformação de políticas e de práticas em saúde. Enfatizaram também o papel de controle social da clínica e da saúde pública tradicional, gerando importante

produção no campo da epistemologia ao realizarem cuidadosa análise do paradigma denominado de biomédico (Luz, 1988). Parte dessa escola cuidou de repensar o processo de saúde e doença e os modelos de atenção, contribuindo para os projetos de reforma sanitária, como tem sido o caso da saúde mental, da atenção primária e da aids.

A promoção à saúde baseia-se em teorias sistêmicas e na sociologia funcionalista tendentes a subestimar a importância de conflitos sociais e dos fatores macropolíticos na genealogia dos estados sanitários. Ainda que privilegiem a explicação social na gênese da saúde e da doença, trata-se de um movimento voltado para sugerir modificações focais, dentro do *statu quo*. Com certa dose de caricatura, poder-se-ia afirmar que se trata de uma redução da perspectiva revolucionária ou reformista de intervenção sobre a estrutura para modalidades, mais ou menos amplas, de assistência social e da busca de eficácia gerencial por meio de integração intersetorial ou de alteração do "estilo de vida" das pessoas. Houve uma confluência desta corrente sanitária com a produção pragmática da Organização Mundial da Saúde e sua congênera americana, Opas. A doutrina sanitária desses organismos internacionais tem se fundado em três grandes diretrizes: a defesa genérica do direito à saúde, em que a campanha "saúde para todos no ano 2000" foi um marco importante (OMS, 1977); na constituição de políticas nacionais de saúde com ênfase em medidas de promoção e de prevenção; e uma preocupação com a gestão de serviços e de programas de saúde com base territorial (OPS/OMS, 1990). Observa-se que estas duas escolas não têm necessariamente explicitado a importância estratégica de sistemas públicos de saúde. Ainda quando grande parte de suas recomendações tenha origem na doutrina dos sistemas públicos, como tem sido os sistemas locais de saúde, distrito sanitário, promoção à saúde, agente comunitário, entre outras diretrizes bastante difundidas por agentes influenciados por este referencial (Mendes, 1996).

Cada uma dessas correntes elegeu alguns conceitos considerados estratégicos para fundamentar sua compreensão da saúde: a medicina social elegeu com centralidade o conceito de classe social; a saúde coletiva priorizou a noção de "coletivo", bem como algumas outras sempre tendentes a abarcar a totalidade dos fenômenos sociais. Assim valorizou-se a "universalidade" e a "integralidade", como diretrizes quase mágicas, com base nas quais se poderiam criticar todas as outras posturas. Pensamento lógico, ainda que um tanto tautológico e simplista, já que integral significa tudo, e comparando qualquer projeto, programa ou diretriz com essa totalidade sempre faltará muita coisa em todos os

outros discursos ou posturas. A promoção à saúde tem como conceitos fortes as noções de "estilo de vida" e de "ação intersetorial".

De qualquer modo, todas essas correntes tenderam a reduzir a importância dos demais fatores na determinação do processo saúde e doença. Desvalorizando, particularmente, o papel da clínica na produção de saúde. Apesar desse discurso com grande abertura para o social, há também uma redução da complexidade do processo saúde e doença quando se imagina que esta linha de produção — a determinação a partir do social — daria conta de toda a complexidade destes processos.

Em realidade, a organização de sistemas públicos de saúde que assegurem acesso universal e atenção eficaz, costuma ter grande impacto na expectativa e na qualidade de vida das pessoas. Comparações recentes entre países com condições socioeconômicas semelhantes, mas com sistemas de saúde diferentes, apontam grande vantagem para as populações dos países com sistemas públicos. Comparação entre o Vietnã e países latino-americanos e africanos com riqueza e padrões de renda semelhantes atestam a vantagem do primeiro, que desenvolveu uma ampla rede de serviços com atenção integral às pessoas (WHO, 2006).

Recentemente, Naomar de Almeida Filho (2004), ainda que se posicionando dentro da vertente que pensa a "determinação social", elaborou uma etnoepidemiológica que tem como conceito forte o "modo de vida e saúde", aproximando-se bastante do modelo interpretativo Paidéia apresentado neste texto. O autor apoiou-se em construções do professor Mario Testa (1997) sobre "modos de vida" e sobre o "sujeito".

As várias correntes englobadas sob o rótulo de "determinação social" do processo saúde/doença têm e não têm razão, sua capacidade explicativa tem limites e potência: é potente quando ressalta a importância dos fatores de ordem universal na gênese da saúde e da doença; entretanto, reduz sua capacidade explicativa quando subestima o peso dos sistemas de saúde e dos fatores subjetivos nesse processo.

FATORES PARTICULARES QUE PARTICIPAM DA CO-PRODUÇÃO DA SAÚDE

a) A saúde e a doença dependem de fatores da ordem do orgânico ou da ordem do biológico, ainda que não somente deles:

A clínica e a epidemiologia acumularam evidências sobre a importância dos fatores orgânicos na produção de riscos e de problemas de saúde. Fatores genéticos, por exemplo, ter ou não síndrome de Down, modificam a vulnerabilidade da pessoa; a idade, viver com oitenta ou

vinte anos implica vulnerabilidades distintas; características orgânicas específicas de cada gênero, o estado de gravidez, por exemplo, alteram o risco da pessoa; modos de funcionamento corporal, como na hipertensão arterial, no diabetes, restringem ou ampliam a expectativa e a qualidade de vida das pessoas.

A principal corrente epistemológica que tende a reduzir o processo saúde, doença e atenção a fatores biológicos tem sido a medicina. Particularmente com a medicina baseada em evidências (Maynard, 1978) houve uma retomada desta perspectiva, ressaltando-se a centralidade da genética e dos distúrbios orgânicos na genealogia das doenças. Houve como que uma fusão entre uma prática clínica reduzida e sua legitimação promovida por meio de evidências matemáticas, consideradas relevantes mediante análises estatísticas (Samaja, 1998). Em decorrência desta linha explicativa reducionista, tende a haver uma redução nas formas de intervenção recomendados pelos sujeitos adeptos deste paradigma. A política de saúde elaborada com base neste paradigma prioriza a oferta de serviços assistenciais, em geral voltados para atenção à doença em sua dimensão corporal. A clínica e a saúde pública decorrentes dessa alternativa recomendam intervenções especializadas, cada vez mais reduzidas ao uso de fármacos e de procedimentos cirúrgicos (Camargo Jr., 2003). O diagnóstico centra-se na avaliação do risco biológico.

Se a corrente que enfatiza a "determinação social" hipervalorizava a política como meio para produzir saúde, esta desconsidera o papel das políticas públicas e do ambiente socioeconômico na gênese de saúde ou doença.

Esta corrente que prioriza os fatores biológicos tem e não tem razão, sua capacidade explicativa tem potência e limites. É potente quando ressalta a importância das variações biológicas ou orgânicas na gênese da saúde e da doença; é reduzida quando subestima a importância dos fatores políticos, sociais e subjetivos neste processo.

b) A subjetividade como fator particular que influencia a co-produção da saúde:

A subjetividade é toda e qualquer manifestação dos sujeitos viventes. Por isso, tratar da subjetividade é impossível sem o apoio em certa teoria do sujeito. O método Paidéia adota a concepção de que o sujeito individual e coletivo, bem como sua práxis, são sempre "co-produzidos", estando sempre envolvidos os fatores apresentados na figura 1. Nesse sentido, é impossível pensar em subjetividade sem uma base material, biológica, sobre a qual se constitui o sujeito real. Por

outro lado, fatores externos ao sujeito interferem no modo de vida e de funcionamento das pessoas.

Na Figura 1 a subjetividade está sendo posta no campo de produção particular porque ela é uma expressão específica de cada pessoa ou de cada agrupamento coletivo.

A teoria Paideia reconhece a atuação simultânea de dois fatores básicos quando da constituição de situações ou de sujeitos singulares: o "interesse" e o "desejo". O "interesse" é um conceito originado em escolas de recorte racionalista, que admitem a capacidade de cálculo do sujeito em função de resguardar a própria sobrevivência física e social. Esta sobrevivência pode referir-se ao sujeito individual, à espécie ou a grupos de interesse (classes sociais, corporações, movimentos, organizações, etc.). Correntes da psicologia e pedagogia cognitiva ou sistêmica (Vasconcellos, 2002), e da sociologia funcionalista ou pragmática que lidam com este conceito imaginam maneiras distintas para educar o sujeito cidadão. Em um vertente iluminista, sugere-se que a educação, o conhecimento sobre o mundo cotidiano e a delegação de responsabilidade e de poder às pessoas, as capacitariam a fazer sempre as melhores escolhas. Um precursor deste pensamento foi Sócrates, para quem o conhecimento evitava o mal (Stone, 2005). O iluminismo, o positivismo brasileiro, a neurociência (Gardner, 2003) e mesmo o marxismo em sua aplicação prática, em larga medida, apostaram na ilustração do povo como um caminho seguro para a construção do Estado de bem-estar.

Há outra vertente que aposta em distintas formas de controle social, complementado mediante o apelo à racionalidade das pessoas. Fundamenta-se na ideia de que, em última instância, as pessoas defenderão o próprio interesse, fazendo escolhas racionais, ainda quando obrigadas a eleger o mal menor. A propaganda, a intimidação social por leis e regras, o aprendizado pela concorrência e punição aos transgressores, todos são estilos de pensar a subjetividade com base em algum tipo de aprendizado e de conseqüente escolha racional. Boa parte do pensamento gerencial contemporâneo, da qualidade total ao taylorismo, trabalha com essa concepção de "modelagem" do sujeito a partir de controle e do estímulo à concorrência.

Desde Freud (Onocko Campos, 2003) admite-se o sujeito humano como um ser paradoxal, cindido entre o princípio de realidade, a dinâmica do desejo e a introjeção de normas do contexto (superego). A história do século XX, quando povos considerados civilizados, com alto padrão de educação formal, tradição política e relativo bem-estar

social, produziram genocídios inimagináveis, desmoralizou a noção sócrática de que o conhecimento evitaria o mal.

Para o método Paidéia é importante agregar à noção de "interesse" uma outra de "desejo", que a modifica ainda que não a substitua completamente. O desejo seria uma tendência psíquica do sujeito humano de buscar o prazer, o gozo, com certo grau de independência de sua própria sobrevivência; ou seja, a busca do prazer não se subordina completamente à racionalidade do interesse, ainda que a considere em diferentes graus conforme o sujeito e o contexto específico. Note-se que o "desejo" pode voltar-se também para finalidades perversas, destrutivas, tanto em relação a si mesmo, quanto aos outros ou ao contexto.

Em saúde o uso destas duas noções é de grande utilidade para a construção de intervenções concretas, seja no campo da saúde pública ou da clínica. Em geral os serviços de saúde tendem a operar centralmente com a noção de "interesse", ignorando ou subestimando a influência do fator "desejo". Isso permite aos serviços de saúde atuar com a suposição de que o objetivo central de todos seria viver uma quantidade de anos sempre maior. Há dificuldade de se incorporar no saber e na prática sanitária a noção de "desejo", sempre referida à qualidade e intensidade da vida, e também ao seu sentido e ao seu significado.

As correntes que pensam o processo saúde/doença muito centradas na subjetividade têm e não têm razão. Têm razão quando enfatizam a influência do subjetivo nos estados de saúde de indivíduos e coletividades; mas sua racionalidade tem limites importantes quando pensam modelos explicativos ou de atenção invariavelmente centrados em variáveis subjetivas, seja da ordem do interesse pragmático, seja da ordem do desejo subversivo.

A CO-PRODUÇÃO DO SINGULAR

A interação entre fatores universais e particulares é que constitui as sínteses específicas: situações de saúde de cada pessoa ou de cada coletividade. A confluência entre fatores biológicos, subjetivos, sociais e a presença ou não de sistemas de saúde, tudo isto conformará padrões sanitários específicos.

O singular é o situacional, é o caso clínico ou sanitário concreto, é o sujeito em certo tempo, é a organização em sua concretude. A síntese singular é sempre um produto do encontro entre sujeitos em um dado contexto organizacional, cultural, político e social. É o campo real da co-produção, em que se toma possível a reflexão, a construção de uma

compreensão do processo e, até mesmo, a abertura de possibilidades para intervenção do sujeito sobre o mundo da vida.

Observe-se que a figura 1 representa um mapa de possibilidades. Em cada situação específica a intensidade de influência dos fatores será distinta; não havendo possibilidade de prever com antecedência a sobredeterminação deste ou daquele fator. Este é um esquema analítico aberto, que nega a determinação social, ou biológica, ou subjetiva, ou da ação dos sujeitos, sobre o resultado destes processos. Ainda que reconheça que todos estes fatores estarão sempre influenciando na constituição dos modos de vida dos sujeitos, e também em seus estados de saúde e de doença. O que varia é o grau com que atuam em cada situação singular.

O desafio da política, da gestão, da saúde coletiva e da clínica é exatamente o de captar esta variabilidade, conseguir compreendê-la, para propor projetos singulares adequados a cada situação. Na política o desafio estará em traduzir diretrizes genéricas e totalizadoras, como o são as de "universalidade" e a de "integralidade" para projetos singulares que construam a equidade. Isto é, consigam construir justiça social e bem-estar mediante o apoio situacional a cada caso. A metodologia operacional da clínica e da saúde coletiva não poderá ter outra lógica.

O método clínico consiste em reconhecer o risco e a vulnerabilidade de cada caso singular, e de compor um conjunto de elementos terapêuticos variáveis conforme o sujeito-enfermo, o contexto (possibilidades e limites de recursos) e a análise do risco implicado. Argumentar sobre a necessidade de que em toda situação o cuidado deveriam ser integral, é olvidar-se deste percurso. A integralidade deve ser buscada no sistema de saúde, como uma disponibilidade potencial de recursos práticos e de saber, que poderão ser ou não mobilizados em dependência do caso. Nunca ninguém precisa de tudo ou de intervenções em direção a todos estes fatores. nem sempre cada projeto clínico ou sanitário tem de abranger igualmente o social, o subjetivo e o biológico. Compor um projeto terapêutico singular é, partindo do esquema analítico da co-produção, sugerir intervenções sobre o social, o subjetivo e o orgânico conforme a necessidade e a possibilidade de cada caso.

sc { O desafio da saúde coletiva não é diferente: partindo de conhecimentos genéricos sobre epidemia, vulnerabilidade e de medidas de promoção ou de prevenção eficaz, analisar cada situação específica e construir um projeto de intervenção com uma combinação singular de ações dirigidas a fatores biológicos (vacinas, bloqueio medicamentoso,

etc.), subjetivos (vitalidade, auto-estima do grupo, capacidade de estabelecer compromissos e contratos, etc.) e sociais (programas intersetoriais, mobilização comunitária, etc.).

“CO-PRODUÇÃO SINGULAR DE SAÚDE E DOENÇA”: UMA ABORDAGEM DIFERENTE DE OUTROS PARADIGMAS?

A teoria acima apresentada foi denominada de “co-produção singular de saúde e doença”. Ela se apóia e, ao mesmo tempo, se distingue dos principais paradigmas que explicam o processo saúde e doença. Há três características que a delimitam e a diferenciam do paradigma da “determinação social”, do da “história natural ou biomédico” e mesmo dos vários outros que explicam a constituição do sujeito, bem como seus processos saúde e doença, a partir da subjetividade, quer sejam eles o paradigma “psicanalítico” ou “cognitivo” ou “fenomenológico-existencialista”.

Em primeiro lugar a teoria da “co-produção singular” ressalta a importância do sujeito na co-constituição de si mesmo e dos processos de saúde e doença. Daí a sua filiação à concepção *Paideia*. Essa linha teórica o aproxima dos paradigmas da subjetividade, particularmente da psicanálise e de outras perspectivas de psicologia dinâmica, como a de base fenomenológica. O conceito de co-produção chama a atenção para o papel do sujeito na constituição do *statu quo* sanitário, seja ele individual ou coletivo. Este sujeito pode ser o cidadão comum, usuário ou não de algum serviço de saúde, ou o trabalhador de saúde, ou os dirigentes de organizações de saúde, ou do Estado. Todos, agindo por meio da política, da gestão, do trabalho ou das práticas cotidianas interferem na produção de saúde.

Em segundo lugar está a “dialética multifatorial”; isto é, a interferência simultânea de fatores de ordem social, subjetivos e orgânicos. Esta concepção aproxima a teoria da co-produção singular da teoria da complexidade e de outras perspectivas sistêmicas. No entanto, a “co-produção” reconhece que esta interferência ocorre tanto por meio de interações conflitantes como complementares. Havendo necessidade de ação humana deliberada para desconstruir contextos antagônicos e tendentes a estimular a destruição ou exploração de alguns sujeitos por outros.

Resumindo: o poder de interferência dos vários sujeitos não é equivalente, tampouco seria equivalente a possibilidade de intervenção em todos os fatores. Sintetizando: o poder e a disputa em torno de interesse e de valores complica bastante este paralelogramo de vetores,

fica necessariamente com maior capacidade de produzir verdades. Em realidade, esta perspectiva tem me facilitado a construção de projetos singulares de intervenção no processo saúde e doença; quer sejam em clínica, quer sejam em saúde coletiva.

Um aforismo-síntese: a meia-verdade é a única verdade absoluta.

Outro, um segundo aforismo: a verdade somente é encontrada aos pedaços.

Um terceiro: Se não há verdade absoluta, tampouco todas as compreensões serão equivalentes. É importante reconhecer a diferença explicativa entre os vários pedaços de verdade.

Quarto: estes aforismos valem também para a teoria Paidéia e para a "co-produção singular de sujeitos".

Quinto, poético: a verdade é como um raio de luz que incide em somente alguma das faces de um objeto na penumbra — e apesar disso imaginamos saber sobre todo o objeto!

Sexto aforismo, versão cínica: a verdade estabelecida como absoluta é uma falha no conhecimento objetivamente construído.

DESAFIO EPISTEMOLÓGICO E PRÁTICO: COMO REFORMULAR AMPLIANDO E INTEGRANDO OS CAMPOS DE PRÁTICA EM SAÚDE?

Elegi trabalhar com o conceito de ampliação da função clínica e da função saúde coletiva, buscando meios para integrar a atuação desses dois campos sempre que se fizesse necessário. O conceito de integralidade é utilizado apenas como pano de fundo, como uma diretriz genérica para orientar políticas sociais e a organização de sistemas de saúde. A integralidade é uma possibilidade sistêmica ou macroestrutural. No singular, sempre, há de se encontrar uma dada composição específica da função clínica e da função saúde coletiva. A depender do problema de saúde predominará a função clínica, em outros, a função de saúde coletiva.

A teoria Paidéia reconhece a existência de dois grandes campos de conhecimento e de trabalho em saúde: o clínico e o de saúde coletiva. Ainda que tenham elementos de contigüidade e sobreposição — campo comum —, apresentam espaço específico que os distingue — núcleo próprio. A racionalidade clínica predomina em enfermarias e ambulatórios; a de saúde coletiva em controle de epidemias e programas de saúde pública. É importante assinalar que todas as profissões e especialidades da área da saúde trabalham valendo-se de uma ou de outra destas modalidades: há uma clínica do enfermeiro, do psicólogo,

do médico de família, do odontólogo, do pediatra, etc. Há uma vertente de trabalho clínico que vem se desenvolvendo em serviços de urgência e que tem características peculiares, ainda quando seja apenas uma organização especial da atenção clínica, preocupada centralmente com episódios agudos, montando para isso modelos de organização com base na inserção temporal vertical de profissionais, encarregando-se dos casos enquanto há risco de vida ou sofrimento agudo. No Brasil, esta lógica do atendimento de urgência passou a predominar em organizações e serviços onde o atendimento deveria facilitar o vínculo terapêutico, isto é, propiciar uma relação horizontal, longitudinal no tempo, entre usuários e profissionais responsáveis pelo atendimento.

A Atenção Primária à Saúde tem o desafio de integrar estas três racionalidades, adaptando-as ao contexto da atenção básica (Cunha, 2005).

O processo de trabalho em saúde é sempre uma interação intersubjetiva medida pela estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais. Em todo o trabalho em saúde há o encontro entre sujeitos com importantes diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficiente de poder. O método Paidéia e a proposta de "clínica e de saúde coletiva compartilhadas" partem dessa evidência essencial. Há uma diferença irreduzível entre o profissional e o usuário, por mais horizontal e aberta seja a relação estabelecida. O profissional deve ser portador de uma oferta técnica, no caso o saber clínico e sanitário. A teoria Paidéia sugere a ampliação e a reformulação desse conhecimento clínico e sanitário, não seu abandono. O usuário tem um conhecimento privilegiado sobre seu sofrimento e sobre sua própria vida. O interesse do usuário é obter algum tipo de apoio para melhorar o estado de saúde do indivíduo ou da coletividade. O interesse do profissional relaciona-se, em geral, a sua sobrevivência e realização pessoal. A relação de poder em um espaço clínico ou sanitário será sempre desequilibrada a favor do profissional e da instituição de saúde, pode-se atenuar esta desigualdade, nunca eliminá-la.

Para isso sugere-se operar com a noção de que todo encontro clínico ou sanitário é um "espaço coletivo": em que se faz necessária a reflexão sobre estes papéis e responsabilidades distintos. Esta reflexão deve subsidiar linhas de mudança necessárias para reorientar o trabalho clínico e em saúde coletiva. Um recurso importante para tornar possível esta reflexão e as mudanças necessárias é apropriação, pelos sujeitos envolvidos com a clínica e com a saúde de pública, de elementos do que poderia ser denominado de "teoria do vínculo" (Pichon-Rivière, 1988) ou da subjetividade. Há alguma dificuldade nisso, por-

que estes conhecimentos foram elaborados para utilização por profissionais especializados, em geral da saúde mental, fazendo-se necessário um esforço sistemático para reconstruí-los de maneira que possam ser apropriados e utilizados no cotidiano da gestão e do trabalho em saúde. A concepção denominada de "co-produção singular do sujeito" é um movimento realizado com este objetivo.

Com base na teoria da "co-produção singular do sujeito" elaborei uma análise da clínica e da saúde coletiva, buscando linhas de ampliação do seu núcleo de conhecimento e de práticas. A principal conclusão deste estudo é sobre a importância de alterar a maneira com que se pratica a clínica e a saúde coletiva, sugerindo-se arranjos de saber e organizacionais que permitam o seu compartilhamento entre trabalhador e usuário. Trata-se de inventar modos de co-gestão do ato e do processo clínico e sanitário em geral.

Um método interessante para se proceder a uma análise crítica e construtiva do trabalho em saúde foi sugerido por Ricardo Bruno (Mendes Gonçalves, 1988), quando aplicou ao trabalho em saúde as categorias analíticas sugeridas por Marx para decompor o trabalho em geral. Assim, com o objetivo de sugerir linhas de ampliação da clínica e da saúde coletiva, bem como para averiguar pontos de analogia e de diferença entre esses dois campos, procurei decompor o trabalho clínico e sanitário em quatro categorias analíticas: o "objetivo" ou a finalidade do trabalho em saúde; o "objeto" sobre o qual se trabalha, os "meios de intervenção"; e o "resultado" dessas práticas.

O ser humano é um ser social teleológico, começa a trabalhar pensando no final, na finalidade de seu esforço sistematizado; ou seja, no "objetivo" do trabalho individual ou coletivo. Não obstante, o "resultado do trabalho", o produto do seu labor, nunca será equivalente ao objetivo imaginado ou declarado. Esta limitação é da ordem do humano, incapaz de realizar uma análise integral e acabada de um contexto e também incapaz de articular todos os meios de maneira perfeita para atingir o objetivo almejado. O "resultado" será, portanto, sempre diferente do almejado. A terceira categoria refere-se ao "objeto" de trabalho. Aquilo sobre o qual se concentram esforços de conhecimento e práticos para que seja transformado segundo o objetivo. Finalmente há os "meios de trabalho", recursos materiais e abstratos necessários à transformação do objeto em produto final. Estas quatro categorias serão utilizadas para sugerir linhas de ampliação do trabalho clínico e sanitário, de maneira diferente da empregada por Ricardo Bruno ou originalmente por Karl Marx.

OBJETIVO AMPLIADO: A CLÍNICA E A SAÚDE COLETIVA NÃO DIVERGEM QUANTO AO OBJETIVO OU QUANTO À FINALIDADE DO TRABALHO SANITÁRIO, SE DIFERENCIAM QUANTO AO OBJETO DE QUE SE ENCARREGAM E DOS MEIOS UTILIZADOS PARA PRODUZIR SAÚDE. AMBAS AS FUNÇÕES BUSCAM A PRODUÇÃO DE SAÚDE

Há uma discussão bastante acirrada sobre o conceito de saúde. Todos os fatores listados na "Figura 1" co-produzem saúde. Os sistemas de saúde produzem saúde por meio de ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e de cuidados paliativos. O trabalho em saúde costuma ser avaliado por sua eficácia; isto é, capacidade de atuar de modo positivo sobre a situação de saúde de uma pessoa ou de uma coletividade. O pensamento reformista e crítico tem valorizado o conceito de saúde como um antídoto contra a centralidade da noção de doença na construção do paradigma e de políticas sanitárias em todo o mundo. Muitos chegaram a sugerir o abandono da noção de doença, substituindo-a pelo de saúde.

A Organização Mundial da Saúde definiu que "saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social". Essa definição muito contribuiu para ampliar o conceito médico dominante, de que saúde seria simplesmente a ausência de doença. Noção restrita que reduz o saudável à dimensão física ou corporal. Ao acrescentar o bem-estar mental e social à sua diretriz, a OMS abriu espaço para pensar-se o direito à saúde de maneira mais ampla, e, em consequência, reforçou as correntes que defendiam abordagem integral ou ampliada do processo saúde e doença. Também favoreceu políticas de saúde mais abrangentes e estimulou reformas na formação, excessivamente centrado no biológico, dos profissionais de saúde.

Entretanto, ao definir saúde como um estado de completo bem-estar, resvalou para uma concepção de saúde como um estado absoluto. Uma possibilidade rara ou inexistente de gozo físico, mental e social, que deixa na sombra todos os estados intermediários entre este suposto estado de êxtase e a morte. Esta definição deixa na sombra, uma variedade processual de estados indefinidos, a infinitude de situações entre o saudável e a doença. Em realidade quase que a totalidade da vida, já que o processo vital dos humanos transcorre, durante todo o tempo, entre a morte e este suposto e inalcançável estado absoluto de bem-estar.

Sem abandonar a noção de que a saúde depende do físico, do mental e do social, seria conveniente trabalhar com um conceito de saúde relativo ao próprio indivíduo ou ao padrão epidemiológico predominante. Saúde tomada não como um estado absoluto. Saúde pensada em graus ou em coeficientes relativos ao estado de cada pessoa ou de cada agrupamento populacional. Assim, por exemplo, em um paciente considerado sem opção conhecida de tratamento, um caso terminal, se consideraria produção de saúde, um projeto terapêutico voltado para cuidados paliativos, referente à dor, ao conforto e ao exercício do desejo. Haveria igualmente produção de saúde quando um projeto de saúde pública reduzisse os índices de mortalidade infantil, ou por aids, ou por malária em um território, embora não atingindo padrões internacionais considerados adequados.

Há polêmica sobre o modo como medir o estado ou o grau relativo de saúde. Há uma maneira objetiva, com base em indicadores epidemiológicos de mortalidade — em tese, quando maior a esperança média de vida, mais saúde — e de morbidade. Pode-se também medir entre os sobreviventes as seqüelas decorrentes dessas enfermidades. A racionalidade clínica e sanitária é construída, centralmente, com base nestes dados.

Entretanto, o ser humano não vive apenas segundo esta ou aquela racionalidade construída com base em evidências estatísticas. Mesmo assim, quando se articulam práticas de prevenção e clínicas têm-se a ingenuidade de supor que o conhecimento destas evidências induziria as pessoas a fazerem sempre as melhores escolhas para uma vida longa. Na realidade, quando se pensa saúde como apenas o ganho em quantidade de vida, tende-se a desencadear práticas preventivas e terapêuticas centradas no "interesse", esquecendo-se de que o funcionamento subjetivo inclui também o fator "desejo". Este fator desejo impõe outra dimensão à definição de saúde, que é qualitativa e se refere à intensidade e ao gozo de viver. Uma dimensão organicamente ligada ao sujeito e à sua história e, portanto, muito difícil de mensuração objetiva.

Resumindo: a finalidade do trabalho em saúde é alcançar graus relativos maiores de saúde. Saúde tem várias dimensões, quantitativas e qualitativas. Algumas passíveis de medições objetivas e realizadas sem participação ativa dos sujeitos, como, por exemplo, a medida do número de anos vividos, da sobrevivência. E outras difíceis de avaliar sem o concurso ativo dos sujeitos implicados; a exemplo dos casos em que a saúde diga respeito ao bem-estar mental ou subjetivo dos cidadãos.

Entretanto, a grande possibilidade de mudança na linha de ampliação da finalidade do trabalho em saúde refere-se à inclusão da "co-produção de autonomia" como outro objetivo do trabalho clínico e coletivo.

Autonomia é aqui entendida como a capacidade da pessoa e da coletividade de lidar com suas dependências; ou seja, autonomia em coeficientes e graus, nunca como conceito absoluto.

A concepção clássica de autonomia não é esta. Vários autores afirmam que autonomia é a capacidade de autodeterminação; um agente somente seria considerado autônomo quando seu pensamento e suas ações fossem produtos exclusivos de sua própria vontade e consciência (Blackburn, 1997). Para a teoria da "co-produção singular do sujeito" isto seria impossível, já que todas as decisões e ações das pessoas são e resultam de uma "formação de compromisso" entre fatores externos e internos. Para essa concepção, portanto, o que se pode averiguar é o grau de autonomia, ou seja, o quanto o sujeito pôde influenciar em um dado contexto ou situação. O que se pode almejar é capacitar os sujeitos para que consigam participar da construção da regras e normas que compõem as estruturas sociais. Isto se distingue também do pensamento de algumas correntes políticas denominadas de "autonomistas" que imaginam a possibilidade de "sujeitos históricos" organizarem movimentos sem "formação de compromisso" com outros interesses. A professora Marilena Chauí (2006) pensou a autonomia de movimentos sociais, não somente independentes do Estado, mas sobretudo por sua capacidade de realizar mudanças políticas radicais, construindo, ao mesmo tempo, regras e normas para sua própria ação. Para a teoria Paidéia estes sujeitos coletivos, movimentos sociais, sempre são pedaços da sociedade. Sendo uma parte do coletivo estariam obrigados, ou pela correlação de forças, ou mesmo por uma concepção democrática que reconhece a existência do outro, a compor as regras e normas em disputa com perspectivas de outros atores sociais.

Movimentos sociais ou partidos políticos que reivindicam para si mesmos a capacidade de representar toda a coletividade, sem a necessária participação dessa coletividade, têm um postura totalitária. Isso acontece ainda quando procurem representar e falar em nome da maioria explorada. O mesmo se pode afirmar em relação às teorias que reivindicam representar e abranger a totalidade ou a integralidade. Constituem-se em variantes do exercício do poder de modo fanático ou fundamentalista, já que procuram utilizar a política, a gestão, o trabalho e as regras sobre o modo de viver para controlar a variedade subjetiva e social das sociedades humanas.

Para a teoria Paidéia a autonomia é a capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, estabelecendo compromissos e contratos com desejo, interesse e valores de outros sujeitos. Esta capacidade não é um dom natural, inerente ao conjunto dos seres humanos ou a alguns privilegiados.

O conceito Paidéia, desde sua origem na Grécia Clássica, enfatiza que esta capacidade de compreender e de intervir sobre o mundo da vida é um aprendizado social, e depende de esforço sistemático e planejado. Depende também da existência de condições que possibilitem a livre reflexão, o debate e participação da maioria na tomada de decisões. O exercício da autonomia tem, portanto, condicionantes internos ao sujeito, mas também depende da organização social, da existência ou não de uma organização democrática da sociedade, que assegure grau importante de liberdade pessoal, de liberdade de opinião, de reunião e de associação (Bobbio, 2000).

A concepção democrática ateniense baseava-se em três pilares: o "direito de cidadania"; a participação democrática (democracia direta e representativa) em um espaço público em que o debate e decisão fossem a regra — a "Ágora"; e o "Paidéia". Os dois primeiros pilares se referem à construção de condições externas aos sujeitos, mas que favoreçam a participação autônoma e democrática: estas precondições são o "Estado de direito" e a "organização democrática" da sociedade. O último conceito enfatizava a necessidade de que as pessoas fossem formadas para conseguir viver como cidadãos e para exercerem a democracia (Jaeger, 1986).

Exige-se uma educação especial para que uma pessoa logre receber e fazer críticas, enfrentar situações de conflito, respeitar leis, regras e decisões dos coletivos e ainda estabelecer contratos e compromissos com o interesse e valores de outros. Paidéia seria um processo de desenvolvimento ampliado das pessoas, capacitando-as a defender a si mesmas e aos seus interesses, em integração com outros interesses e perspectivas — ética do desejo e ética do desejo do outro e ainda ética do contrato social. E ainda tudo isso realizado sem o emprego de métodos violentos. Paidéia constitui-se, pois, em uma estratégia, em um conceito operativo, fundamentais para a constituição e viabilidade da "Pólis". Uma dimensão essencial para a constituição de cidades saudáveis, democráticas e justas, escrever-se-ia hoje já durante o terceiro milênio.

Em saúde o tema da autonomia tem aparecido em tradução que quase sempre limita e recorta a amplitude do conceito. Não recomendo uma postura sectária ante estas traduções reduzidas, já que, de algu-

ma forma, ainda que reduzidas, têm potencial para ampliar o coeficiente de autonomia, ainda quando não dêem conta de todas as suas possibilidades. Alguns autores têm se referido à importância de se ampliar a capacidade de "autocuidado" dos pacientes, das famílias e das comunidades. O autocuidado é apenas uma das dimensões do sujeito autônomo; no entanto, ao se problematizar o tema da dependência em relação aos outros, possibilita-se uma reflexão rica sobre o próprio sujeito e sobre a rede de poder e de controle social em que está imerso. Abrindo com isso espaço para reconstrução da rede de vínculos do sujeito sobre cuidado.

Outros têm enfatizado a importância de que o trabalho em saúde contribua para aumentar o poder dos usuários, cunhou-se até mesmo um termo em português para indicar esta linha de intervenção: "o empoderamento" (Carvalho, 2005). Como afirmavam os gregos, a construção de espaços de poder é apenas um dos elementos da construção do sujeito cidadão, ainda que seja um elemento importante. O desafio é capacitar as pessoas para se valerem deste espaço. Os mais poderosos costumam reafirmar sua dominação controlando estes espaços, mediante um esforço de anulação ou de cooptação de possíveis antagonistas. A democratização das organizações, ampliando as possibilidades de gestão participativa, é importante, mas não suficiente para assegurar ampliação da capacidade de reflexão e de ação dos sujeitos.

A autonomia será sempre co-construída, os profissionais de saúde podem exercer controle social, mas também poder apoiar os usuários para que consigam ampliar sua capacidade reflexiva sobre as várias linhas de co-produção, bem como apoiá-los para que ampliem sua capacidade de estabelecer contratos com outros.

A construção de autonomia tem sido um objetivo de movimentos políticos libertários e de algumas correntes da saúde; entre elas merece destaque, pelo pioneirismo, a psicanálise. Sabe-se sobre a complexidade deste processo e, até mesmo, sobre o caráter utópico deste tipo de pretensão. Como seria então possível estender esta finalidade para contextos cotidianos dos serviços de saúde? Como poderiam profissionais em hospitais, na atenção básica ou em programas de saúde pública contribuir para ampliar a própria autonomia, bem como das pessoas com quem trabalham? Como poderia a população de uma região ampliar sua autonomia e sua capacidade de co-gestionar a própria vida e a vida das organizações com as quais convive?

Uma primeira consideração importante é sobre pensar-se a autonomia como uma construção gradativa, como possibilidades de aper-

feioamento sempre relativas a um *statu quo* anterior. Um movimento estimulado, com ofertas e com demandas, originárias de vários e distintos atores sociais. Quando há um impulso da sociedade civil, dos usuários, e este impulso se encontra com outro oriundo dos trabalhadores, com foi o caso do movimento da saúde mental no Brasil, a possibilidade de avanços sociais e políticos são maiores.

Como co-constituir sujeitos reflexivos e com grau importante de autonomia? Atingir-se a iluminação (saber absoluto e acabado) ou a onipotência (dar conta de tudo) é sonhar com análises intermináveis ou revoluções que nunca acontecerão. No entanto, pensar em iluminação ou em potência "suficientes" para assegurar bem-estar em tal ou qual contexto, não é um objetivo utópico. Caberia construir-se instrumentos que apoiem o desenvolvimento destas capacidades e de "potência suficiente" para uma vida saudável, enquanto as pessoas frequentam escolas, serviços de saúde ou grupos de convivência. Esta noção de "suficiente" é uma adaptação livre do conceito de "mãe suficientemente boa" do pediatra e psicanalista inglês D. Winnicott (1990).

OBJETO AMPLIADO: O OBJETO DE TRABALHO EM SAÚDE INDICA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA, O ENCARGO

O objeto de trabalho da clínica e da saúde coletiva tem diferenças em relação ao tipo de sujeito com que trabalham, e também quanto aos problemas de saúde de que se encarregam. A clínica trabalha com o indivíduo e com suas relações imediatas, família, grupo direto de convivência no trabalho e nas relações cotidianas. A clínica lida, portanto, com problemas de saúde do indivíduo, ainda quando uma clínica ampliada deva compreender a integração deste indivíduo e de seu problema de saúde em macroestruturas. Entretanto, o que caracteriza e dá especificidade ao trabalho clínico é o foco analítico e terapêutico jogado sobre o indivíduo e sobre suas relações imediatas.

50 { A saúde coletiva trabalha com coletivos, agrupamentos populacionais recortados em diferentes lógicas, territorial, faixa etária, exposição a riscos, vulnerabilidade, etc. Lida com problemas de saúde da coletividade, ainda quando se valha de abordagem individual tanto para fazer o diagnóstico da situação, quanto para implementar ações de prevenção ou de promoção.

A discussão sobre o objeto do trabalho em saúde é complexa. A biomedicina reduz este objeto à doença e ao doente; ao portador de doença. Algumas correntes da psicanálise reduzem seu objeto ao in-

consciente, uma das dimensões do sujeito. As correntes da "determinação social" tendem a incluir toda a trama social como objeto de responsabilidade dos sistemas de saúde, já que fatores como a distribuição de renda, política de emprego, controle do ambiente, urbanização, todos interferem na saúde da população. De fato, toda política social e todo sistema sanitário necessitam avaliar o impacto da organização econômica e social sobre a saúde humana. Haveria, portanto, necessidade de que a saúde coletiva estabelecesse laços e interferisse em todos os ramos da atividade humana. A Vigilância à Saúde procura, preventivamente, contribuir para a elaboração de leis reguladoras da produção e distribuição de bens e de ocupação do território. Além disso, mediante a supervisão e elaboração integrada de projetos com caráter intersetorial procura interferir de maneira positiva no processo saúde/doença. É papel da Saúde Coletiva compreender e interferir nesta dinâmica. Nesse sentido, o "campo de responsabilidades" dos sistemas de saúde é toda a organização social.

Entretanto, é fundamental trabalhar também com a concepção de "núcleo de responsabilidades"; isto é, com um conjunto de atribuições em que a atuação dos sistemas de saúde é nuclear e não complementar. Tarefas em que o papel dos serviços de saúde e do conhecimento sanitário é central, ações que não ocorrerão sem o concurso ativo do setor da saúde. Seria como que admitir a existência de algumas funções essenciais aos sistemas de saúde, e de outras em que o setor saúde atua de forma complementar.

De qualquer modo, não há como livrar-se da responsabilidade sobre a doença e sobre o processo de adoecer. A noção de processo de adoecer traz para a cena os conceitos de "risco" e de "vulnerabilidade", que indicam fatores biológicos, subjetivos e sociais que aumentam a possibilidade de sofrimento, de doença e de morte (Ayres, 2003); ampliando o objeto de que se encarrega o trabalho em saúde.

A doença e o processo de adoecer são, portanto, o objeto da clínica e da saúde coletiva. Além da doença é fundamental incorporar o conceito de problema de saúde (risco e vulnerabilidade), ainda que sempre encarnados em sujeitos individuais e coletivos.

A inclusão do sujeito como "objeto" provoca uma reviravolta epistemológica no campo da saúde. Incluir o sujeito implica operar com um paradigma que dê conta da "co-produção singular da saúde e da doença" e que consiga transitar entre o conhecimento padronizado em verdadeiras "ontologias" e a singularidade dos casos. Tanto a saúde coletiva quanto a clínica, ao buscarem conhecimentos sobre o proces-

so de adoecer e sobre os meios para produzir saúde, obrigam-se a identificar regularidades no funcionamento dos fatores, tendendo a apontá-los como "seres" que teriam tal ou qual comportamento e tal ou qual tipo de influência sobre este ou aquele quadro clínico ou sanitário. A presença de hipertensão arterial, por exemplo, liga-se ao risco de acidentes cardiovasculares. O preconceito familiar com a síndrome de Down diminui a esperança média de vida e a possibilidade de inserção social das crianças portadoras de tal deficiência. O desemprego aumenta a mortalidade infantil. Sem este tipo de conhecimento, ou de saber, sobre determinantes da saúde e da doença, sobre diretrizes clínicas e os protocolos sanitários, o profissional fica desarmado, inerme.

Por outro lado, saber sobre estas generalidades não é suficiente, caso o trabalhador não consiga reconstruir estas generalizações diagnósticas e terapêuticas em função de cada caso ou situação específica. Um dos caminhos para esta singularização é a incorporação do saber e da vontade do usuário na construção do projeto coletivo ou clínico.

AMPLIAÇÃO DOS MEIOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE: REFORMULAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E DOS MODOS DE INTERVENÇÃO EM CLÍNICA E EM SAÚDE COLETIVA

Meios de diagnóstico: Neste caso a reconstrução ampliada da metodologia para elaborar o diagnóstico de cada caso resulta da combinação entre a "objetividade" da clínica e da epidemiologia com a "singularidade" da história dos sujeitos, grupos e coletividades.

A objetividade da clínica é fornecida pelo conhecimento acumulado em protocolos e diretrizes construídos com base em evidências. As utilizações de técnicas de semiologia da doença e de avaliação do risco continuam a ser tarefas essenciais ao trabalhador de saúde. Estas técnicas permitem ao profissional construir um pedaço da história do processo saúde e doença de cada caso. Este pedaço pode ser alcançado mediante entrevista, exame físico e coleta de dados provenientes de exames de laboratório, estudos anatomopatológicos e de imagens. Na clínica tradicional somente isso autoriza o profissional a elaborar avaliação de risco e, até mesmo, hipóteses explicativas de diagnóstico. A inovação estaria em, sem abandonar esses procedimentos e metodologias, combiná-los com a escuta da "história de vida" do usuário, centrada em torno da demanda que o levou ao serviço de saúde. Combinar semiologia e indicadores de risco, de morbidade e mortalidade com escuta à demanda dos sujeitos. Este processo permite ampliar

o diagnóstico, além da avaliação objetiva de riscos, realiza-se, de modo compartilhado com o usuário, uma avaliação de vulnerabilidade, que inclui, além do risco biológico, o risco decorrente de comportamentos subjetivos, culturais e ainda outros originados no contexto socioeconômico.

O resultado nunca será uma justaposição de metodologias, uma de recorte objetivo, outra voltada para recolher elementos subjetivos e sociais, já que a combinação dessas metodologias altera a racionalidade e o produto de ambas. A convivência dessas metodologias, e sua utilização simultânea, modificam a semiologia tradicional, uma vez que o profissional clínico ou sanitarista passarão a valorizar e a registrar sintomas subjetivos, como conflitos, objetos de desejo, resistências e dificuldades do usuário, rede de relações, capacidade de autocuidado e de formação de compromisso com outros; bem como, mediante adaptações e certos recortes, valer-se de técnicas de observação antropológica ou de escuta "dos discursos".

Em Saúde Coletiva o diagnóstico objetivo realiza-se com base em dados epidemiológicos, morbidade e mortalidade basicamente; a ampliação dependerá da combinação desta análise de risco com a história de produção do problema coletivo de saúde pela captação da fala e pela observação dos usos e costumes dos usuários. Para isso o profissional deverá valer-se de reuniões, observação e de entrevistas dirigidas e combinar esses dados com as planilhas de dados epidemiológicos. A finalidade dessa ampliação é a construção de uma narrativa com descrição de fatores qualitativos e dados quantitativos que indiquem linhas prováveis de intervenção.

A coerência da ampliação do momento de diagnóstico com a teoria da "co-produção singular" depende da adoção do compartilhamento da construção de uma narrativa e de sua interpretação entre o trabalhador/especialista e o sujeito/usuário. O compartilhamento da avaliação de risco e da vulnerabilidade do indivíduo e da comunidade é um desdobramento lógico resultante do reconhecimento de que o objeto do trabalho em saúde é um sujeito (paciente/família/comunidade) com problema de saúde.

Para que esta modalidade de anamnese ampliada seja possível, é fundamental repensar os espaços organizacionais — consulta individual, grupo, atendimento domiciliar, internação — entende-os como "espaços de co-gestão", isto é, de compartilhamento do saber e da propedêutica sanitários com desejos e interesses dos sujeitos usuários. Além disso, para que esta construção dialógica de uma história do caso

seja possível é importante pensar serviços que facilitem a relação longitudinal, horizontal no tempo, entre profissionais e usuários

Toda interpretação leva a algum tipo de classificação e de discriminação. Como classificar os sujeitos que utilizam serviços de saúde?

Como portadores de doença, ou de algum tipo de risco ou por ciclo vital? Há potência e limite em todas estas formas de generalizar e de buscar regularidades. Na prática clínica e de programas sanitários dificilmente se escapará de alguns ou até mesmo de vários desses estilos de classificação. Pessoas portadoras de hipertensão arterial, gestantes, menores de um ano ou maiores de sessenta anos de idade, etc., todas são maneiras de identificar pessoas ou agrupamentos que necessitam de projetos terapêuticos singulares. Estudos têm apontado inconvenientes neste tipo de procedimento, tanto no sentido de criarem preconceitos contra os portadores destas doenças ou destas características consideradas de risco, com a conseqüente discriminação posterior, quanto porque estas características patológicas tendem a ocupar todo o sentido e significado do sujeito (Amarante, 1996). A pessoa com certa patologia transforma-se em tuberculoso, psicótico; muitas vezes a característica considerada mórbida ocupa todo o espaço do sujeito, e a pessoa concreta transforma-se em apenas um "transplantado", "idoso" ou "não aderente ao tratamento", o que "autorizaria" a equipe de saúde a uniformizar a atenção a eles dispensada, ignorando a peculiaridade e variações de cada caso. Assim, por exemplo, todos os casos de não-adesão ao tratamento de tuberculose em um serviço, receberão o mesmo tratamento supervisionado com visitas domiciliares periódicas de agentes de saúde; descuidando-se de compreender os mecanismos (fatores) que levaram cada caso a ter dificuldade de seguir um tratamento prescrito. Estes "fatores" podem relacionar-se desde a um estado depressivo grave até a sobrecarga de trabalho ou a outros processos de co-morbidade que dificultem o cumprimento do prescrito.

Resumindo, considera-se que a atribuição de um diagnóstico e de uma classificação de risco e de vulnerabilidade é um procedimento não somente inevitável como até mesmo necessário. Por outro lado, o método ampliado reconhece que a eficácia da intervenção depende da capacidade da equipe de singularizar o diagnóstico e o projeto de intervenção em cada caso, seja individual, seja comunitário. A descoberta de regularidades, e o enquadramento do caso em classificações genéricas, não dispensam a necessidade de avaliar a vulnerabilidade e de desenvolver projeto terapêutico ou de intervenção conforme cada caso: conforme cada indivíduo ou grupo. O diagnóstico não deve evidenciar ape-

nas os problemas de saúde, mas necessita também identificar "fatores de proteção", capazes de potencializar o sujeito a reconstruir seu modo de vida apesar do problema de saúde. Identificar "objetos de investimentos" da pessoa ou do agrupamento, rede de apoio, mecanismos de proteção, etc., são essenciais para o sucesso do projeto terapêutico.

Abrir um diálogo sobre a circulação de afetos entre trabalhadores e usuários é um momento diagnóstico importante. Costumo utilizar os conceitos de "transferência e contratransferência" (Freud [1912], 1969) para realizar essa tarefa. Os profissionais ao estabelecerem relações de trabalho com uma pessoa ou com um grupo contratransferem sentimentos e impressões, prejudgando estes usuários segundo critérios estereotipados. Esta padronização automática ocorre segundo categorias originárias da história pessoal de cada profissional, da instituição ao qual se filiam (médicos, enfermeiros, etc.) ou da organização em que trabalham (sistema público, pronto-socorro, hospital, etc.). Assim, é importante refletir sobre o tipo de sentimento que cada caso produz no profissional responsável: indiferença burocrática, desafio profissional, vontade de ajudar, indisposição em função de alguma característica do usuário, como alcoolismo, dependência a drogas, violência, religião, ideologia, etc. Da mesma maneira, o usuário transfere aos profissionais, e ao serviço, afetos diversos que precisam ser compreendidos pelos dois lados: dependência absoluta do técnico, esperança mágica, revolta, desafio, etc. A co-construção de autonomia depende bastante da explicitação deste paralelogramo de afetos que entrecruzam

O diagnóstico, em realidade, não está separado das possibilidades de intervenção terapêutica, seja preventiva, seja curativa. Partindo-se de uma perspectiva centrada na "vontade de saber" o diagnóstico é infinito, já que saúde e doença é um processo muito complexo e sempre faltará o estudo de algum fator com grande probabilidade de estar interferindo no processo. É o compromisso com a saúde do usuário, mais do que a consolidação de certezas, que autoriza o profissional a saltar do diagnóstico para a elaboração de algumas formas de intervenção. Por outro lado, em clínica e em saúde pública, a intervenção é uma forma para enriquecer o diagnóstico. Isso quando se adota o procedimento de refletir-se sobre a prática, quando se adota a regra de que toda intervenção deve ser imediatamente avaliada. Nesse sentido o diagnóstico durará enquanto durar o projeto terapêutico. A saúde e doença é um processo que muda a cada dia, a cada momento.

A singularização do atendimento depende da construção dialógica do projeto terapêutico entre trabalhador e usuário, isto é, exige uma

modalidade particular de co-gestão da clínica e da saúde coletiva. Uma interação que não corresponde à que ocorre em Conselhos de Saúde. A "gestão compartilhada da clínica e da saúde pública" não é equivalente, nem tem a mesma lógica, da co-gestão da política e da gerência em saúde. Não, porque a co-constituição do sujeito envolve fatores orgânicos, subjetivos (desejo e interesse) e sociais (contexto); gerando escolhas paradoxais: ora em acordo com a racionalidade clínica ou sanitária, ora não; ora aceitando as conclusões diagnósticas e terapêuticas padronizadas, ora exigindo dos profissionais a invenção de medidas singulares; ora, mesmo havendo capacidade de escuta, o discurso do usuário obedecerá a elementos conscientes (cultura e lógica), ora seu comportamento será também orientado por elementos inconscientes (desejo e ideologia) não necessariamente em acordo ao projeto terapêutico contratado.

Poderíamos resumir este paradoxo com o jogo de palavras: o cérebro mente.

Apesar da existência de importante grau de incerteza na relação trabalhador de saúde/usuário, é possível lidar com este paradoxo, desde que ele seja explicitado ao longo dos encontros dialógicos entre profissional e usuário. Em realidade a "co-gestão da Saúde Coletiva e a Clínica compartilhada" são os esforços, sistemáticos e metodológicos, para permitir a co-construção do diagnóstico e da terapêutica, combinando a racionalidade clínico/sanitária e o interesse/desejo do usuário.

Ampliação dos meios de intervenção

Além da tradicional terapêutica — fármacos e cirurgia — usar o poder terapêutico da palavra e co-construir intervenções sobre situações de risco ou de vulnerabilidade do sujeito, do contexto ou da coletividade.

Em saúde coletiva, além de vacinas e restrições comportamentais, co-construir com a comunidade envolvida projetos de intervenção sobre saúde/doença.

Para realizar essa ampliação do momento terapêutico e preventivo, realizando-se uma co-gestão do trabalho clínico e de saúde coletiva, tenho me valido da técnica do "apoio Paidéia" (Campos, 2003).

O "apoio Paidéia" é um método de trabalho que utiliza os "espaços coletivos" existentes nos sistemas de saúde, buscando produzir neles uma relação dialógica em que terapêutica ou prevenção resultem de um contrato entre diferentes: técnico e usuário. O "apoio Paidéia" ob-

jetiva, enquanto se realiza o trabalho cotidiano (em enfermarias, atendimento individual ou em grupos, atenção domiciliar, projetos comunitários), ampliar a capacidade de análise/compreensão de si mesmo e de relações com o mundo da vida. Além disso, busca ampliar capacidade de intervenção sobre si mesmo e sobre organizações e contexto.

A capacidade de compreender depende de uma diminuição das áreas de não-saber, reduzir o desconhecimento, nesse sentido a educação em saúde e o acesso às informações são fundamentais. No entanto as possibilidades de compreensão dependem também de resistências internas (não poder ou não querer saber sobre algo). O inconsciente abrange o funcionamento dos mecanismos de desejo conforme teorizado por Freud, mas também é constituído por estímulos ideológicos. Os valores, sejam religiosos ou políticos, tendem a operar sem que as pessoas se dêem conta de sua influência.

Da mesma maneira, a capacidade de agir não depende apenas do acesso às informações pertinentes ou da elaboração de um plano adequado. Depende também de relações de poder e de bloqueios internos ao sujeito.

Em função desses paradoxos o "apoio Paidéia" é pensado como recurso terapêutico voltado para ampliação de autonomia dos sujeitos.

Para ajudar o sujeito a realizar este percurso complicado o "método do apoio" recomenda que os trabalhadores apresentem "ofertas" aos usuários. Estas "ofertas" do clínico e do sanitário dependem de "ontologias" (conhecimento clínico e sanitário), tanto na construção do diagnóstico quanto na definição e no agir terapêutico. A noção de "oferta" difere da noção de "prescrição" porque pressupõe a possibilidade de que o usuário a analise de modo crítico, em uma relação dialógica com o profissional, e, em seguida, seja tomada uma decisão compartilhada. A oferta modificada pela análise compartilhada deverá ser aplicada, ela se transforma em tarefa tanto para a equipe do serviço quanto para o usuário, e necessita ser reavaliada em função do seu impacto. Momento reflexivo que ajuda o usuário e profissional a compreenderem suas resistências internas e os bloqueios estruturais à mudança de situação.

Da mesma maneira, nestes espaços dialógicos os trabalhadores devem estimular o sujeito usuário a apresentar sua "demanda", que igualmente será submetida a uma análise crítica compartilhada, com a tomada conjunta de decisões que redundaram em operações a cargo de trabalhadores ou de usuários. O efeito dessas operações deverá ser também submetido a um diagnóstico compartilhado.

O método do "apoio" tem sua centralidade na reflexão sobre o fazer e em sua repercussão sobre sujeitos. Reflexão sobre a capacidade de elaborar compromissos, contratos e viver em redes (sistemas de relação).

O método de "apoio" para orientar caminhos possíveis para esta análise compartilhada utiliza "núcleos temáticos" sobre o mundo (contexto) e sobre o sujeito (veja figura 2). "Núcleos Temáticos" são uma "ontologia" construída em função de minha própria experiência como profissional e, às vezes, como gestor, indicando temas que contribuem para ampliar a reflexão crítica e a autonomia das equipes de saúde e dos usuários.

Figura 2 Núcleos temáticos para análise Paideia

RELATIVOS AO MUNDO

Finalidade/objetivo da ação humana
 Resultado/ produto da ação humana
 Meios de intervenção/espços dialógicos/co-gestão
 Objeto do qual se encarrega

RELATIVOS AO SUJEITO

Objeto de investimento/sentido/significado
 Capacidade de estabelecer contratos e compromissos com outros
 Análise da rede de poder/co-gestão
 Mecanismos de controle social/espços coletivos
 Referência cultural/ética/política
 Potência/fator de proteção e
 Limites/obstáculo/resistência.

Os núcleos temáticos orientam os trabalhadores sobre que tipo de oferta deve ser apresentado como temas de reflexão. Há necessidade de singularizar, momento criativo, traduzindo cada uma destas ofertas para o contexto concreto em que se trabalha. Assim, por exemplo, em algum momento o clínico buscará refletir com o usuário, inscrito em um programa de hipertensão, sobre o objetivo de seu tratamento, produção de saúde e construção de autonomia. E assim por diante.

Resalte-se a importância dos temas relativos ao sujeito, e particularmente entre eles a reflexão sobre o "objeto de Investimento", isto é, trazer à baila considerações sobre o prazer, indagar sobre que assunto tem sentido e significado singular para usuários e trabalhadores. Este é um ponto de apoio sobre o qual equipe e usuários poderão refletir para alterar o seu modo de vida.

REFLEXÕES SOBRE O RESULTADO — CONCEPÇÃO AMPLIADA

Tomar o resultado da ação como um núcleo temático para análise e reflexão é um poderoso instrumento para ampliar a capacidade de compreensão e de ação dos sujeitos.

O produto do trabalho em saúde poderá ser avaliado segundo quatro planos.

— o da "eficácia", que indica a capacidade de o trabalho em saúde produzir saúde e bem-estar;

— o da co-construção de autonomia: capacidade de expressar desejos e interesses e compor contratos ou redes com outros;

— o da produção do menor dano possível: *primum, non nocere*, primeiro, provocar o mínimo de efeito colateral ou de iatrogenia possível. Todo procedimento sanitário, em tese, produz algum benefício ao esclarecer um quadro ou assegurar um efeito preventivo ou terapêutico, mas produz também algum efeito nocivo. As intervenções sobre o corpo ou sobre o modo de vida das pessoas nunca são inócuas. Produzem efeitos em diversas direções, mesmo em sentido não esperado. Isso vale tanto para efeitos de fármacos, cirurgias e procedimentos diagnósticos, quanto para analisar os efeitos do discurso e das recomendações técnicas sobre as pessoas. Se há um poder terapêutico da palavra e do apoio, há também, sempre, algum efeito indesejado provocado a partir dessas interações subjetivas. Todo trabalho em saúde provoca algum tipo de dependência e produz alguma forma de controle social do sistema sobre os usuários. Sempre, por mais compartilhadas sejam a clínica e saúde coletiva. O antídoto é o exame dos efeitos produzidos de maneira franca e compartilhada;

— há ainda o plano da "eficiência": cada projeto e cada procedimento sanitário necessitam ser executados com o menor custo possível.

A análise de resultados e o julgamento avaliativo devem resultar da interação entre estes planos, de sua comparação. E por mais objetivos sejam os dados, qualquer julgamento terá implicações subjetivas, fundadas em valores e diretrizes políticas. Devendo, portanto, os julgamentos, tanto de projetos individuais quanto de outros programáticos (coletivos), serem elaborados de maneira dialógica, mediante o compartilhamento da avaliação e da tomada de decisão corretiva de rumos.

ARRANJOS ORGANIZACIONAIS QUE POTENCIALIZAM A AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA E DA SAÚDE COLETIVA

Para que os profissionais consigam trabalhar segundo as diretrizes de "ampliação" e de "compartilhamento" da clínica e da saúde pública há obstáculos e desafios a superar em vários planos. Há um plano político, o da construção de sistemas públicos de saúde eficazes e com modelos de gestão democráticos. Há um plano teórico ou epistemológico conforme se discutiu ao longo do capítulo. Mas há um desafio organizacional ou de gestão. É fundamental proceder a reformas do modelo de gestão, criando-se arranjos organizacionais que facilitem e mesmo estimulem a realização de uma nova clínica e um novo trabalho sanitário.

Em termos gerais poderíamos indicar que há duas grandes linhas por onde necessitaria caminhar esta reforma. Por um lado, inventar uma organização do trabalho que facilite a construção de vínculo, a relação horizontal no tempo e a clara definição de responsabilidade clínica ou sanitária entre trabalhadores e usuários. Por outra vertente, é importante o desenvolvimento de mecanismos que avancem com a democratização das organizações de saúde, possibilitando o compartilhamento da gestão em todas as suas etapas. Implementar a co-gestão dos serviços de saúde não é tarefa fácil, exige desenvolvimento institucional e dos sujeitos envolvidos com o processo. Co-gestão, conselhos e colegiados, planejamento analítico, contrato de gestão participativo, entre outros, são recursos importantes para esta reforma tanto política quanto do modelo de gestão.

A especialização e multiplicação de profissionais que intervêm de modo fragmentado em cada caso é um dos fatores que também têm dificultado a construção de vínculo e responsabilidade sanitária e, praticamente, impede a clínica compartilhada. O mesmo pode-se afirmar com relação ao excesso de demanda que sobrecarrega os profissionais e aos múltiplos empregos, hábito comum particularmente entre pessoal médico e de enfermagem.

Há importante consenso sobre a necessidade de se reformular o trabalho em saúde; entretanto predominam sugestões para objetivar ou padronizar o trabalho clínico, raramente há soluções para que a equipe possa singularizar a atenção. Protocolos, "acreditação" de serviços de saúde, *management care* e gerência de casos com exclusão dos clínicos, gestão com base em resultados ou metas, todas são linhas de reformulação da gestão voltadas para o controle externo dos profissio-

nais, a racionalidade que as comanda é a diminuição do poder e da autonomia dos profissionais sobre a condução de casos.

Trabalho com a perspectiva de mudanças organizacionais que misturem métodos de padronização com outros que facilitem uma clínica singular e uma abordagem que combine elementos biológicos, psíquicos e sociais. Para essa finalidade, é importante criar dispositivos organizacionais que facilitem vínculo, seguimento horizontal, definição clara de responsabilidade clínica e assegurem a organização democrática e interdisciplinar do trabalho em saúde.

Em estudos anteriores sugeri a democratização das instituições de saúde e simultaneamente melhor definição da responsabilidade sanitária de cada profissional, de cada equipe e de cada departamento, mediante a constituição de espaços coletivos para co-gestão da saúde coletiva e da clínica (Campos, 1998).

A mudança do padrão de responsabilidade sanitária tende a se ampliar quando há vinculação de clientela a equipes interdisciplinares, organizando-se o que denominei de "equipes de referência interdisciplinar", com adscrição de clientela e valorização do vínculo e horizontalização do atendimento. Recomendava ainda o "apoio especializado matricial", isto é, a constituição de uma rede de especialistas que apoiarão trabalho de cada "equipe de referência" (Campos, 1999).

O "apoio matricial" em saúde objetiva assegurar, de modo dinâmico e interativo, retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência. O apoio tem duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar apoio entre as diferentes equipes e níveis de atenção do sistema. A metodologia de gestão da atenção denominada "apoio matricial" é complementar e, ao mesmo tempo, modifica a tradição dos sistemas hierarquizados. Personaliza a referência e contra-referência, ao estimular contato direto entre referência e apoio; entre generalista e especialista.

Outra mudança fundamental para facilitar a ampliação da clínica é a constituição de espaços coletivos internos às equipes de saúde, em que seja possível avaliação de risco e da vulnerabilidade dos casos com elaboração de Projeto Terapêutico Singular (Nicácio, 1994) e construção de consenso sobre diretrizes e protocolos. A criação de conselhos de gestão que articulem direção com rede de serviços e representação dos usuários também é outro fator estratégico.

Um dos desafios implícitos na prática compartilhada do trabalho em saúde depende da ampliação do poder do usuário no cotidiano

dos serviços de saúde. Vários arranjos poder ser implementados com este objetivo: valorizar e possibilitar presença de acompanhante sempre que possível e necessário; assegurar aos usuários acesso à informação sobre política, gestão e processo saúde/doença; e considerar capacidade de autocuidado como indicador de eficácia da atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), pp. 865-84, 2004.
- Amarante, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- Ayres, José Ricardo C. M. Epidemiologia, promoção à saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), pp. 28-42, 2003.
- Bobbio, Norberto. *Teoria geral da política: a filosofia política e a lição dos clássicos*. Trad. Daniela B. Versiani. Rio de Janeiro: Campus, organizado por Michelangelo Bovero, 2000.
- Blackburn, Simon. *Dicionário Oxford de Filosofia*. Trad. Desidério Murcho et al. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- Breilh, J. & E. Granda. "Os novos rumos da epidemiologia", in: Everardo D. Nunes (org.). *As Ciências Sociais em saúde na América Latina*. Brasília: Opas — Tendência e Perspectiva, pp. 241-53, 1985.
- Camargo Jr., Kenneth R. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Campos, Gastão Wagner S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2^a ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- . O Anti-Taylor: sobre a invenção de um Método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4), pp. 863-70, 1998.
- . Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), pp. 393-404, 1999.
- . *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- . *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Carvalho, Sérgio Resende. *Saúde coletiva e promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Chauí, Marilena. *O discurso competente e outras falas*. 11^a ed. São Paulo: Cortez, 2006.

- Cunha, Gustavo Tenório. *A clínica ampliada na atenção primária*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Deleuze, Gilles. *Diferença e repetição*. Trad. Luiz Orlando & Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- Donnangelo, Maria Cecília F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- . *A hermenêutica do sujeito*. Trad. Márcio Alves da Fonseca & Salma T. Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- Franco, Saul; Everardo D. Nunes; Jaime Breilh & Asa Cristina Laurell. *Debates em medicina social*. Equador: Ediciones OPS/Alames, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 92, 1991.
- Freud, Sigmund. [1912] *A dinâmica da transferência*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- . [1933]. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- Gardner, Howard. *A nova ciência da mente: uma história da revolução cognitiva*. Trad. Cláudia M. Caom. São Paulo: Edusp, 2003.
- Gramsci, Antonio. *Concepção dialética da história*. 2.^a ed. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- Laurell, Asa Cristina. "Algunos aspectos teóricos y conceptuales de la epidemiología social". *Revista Centro-Americana de Ciencias de la Salud*, 3(5). pp. 78-97.
- Luz, Madel T. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- Jaeger, Werner. *Paidéia: a formação do homem grego*. Trad. Artur Parreira. São Paulo: Martins Fontes-Universidade de Brasília, 1986.
- Mendes, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- Maynard, Alan. Evidence-based Medicine: an Incomplete Method for Informing Treatment Choices. *The Lancet*, 348, pp. 126-58, 1978.
- Mendes Gonçalves, Ricardo Bruno. *Processo de trabalho em saúde*. Brasília: Opas/Ministério da Saúde, in: Manual do CADRHU — Módulo I; 1988.
- *
— . Minayo, Maria Cecília S. "Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva" *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), pp. 7-20, 2001.

- Morin, Edgar. *Ciência com consciência*. Lisboa: Europa-América, 1994.
- Moura, Arthur Hyppolito. *A psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Nicácio, Maria Fernanda S. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.
- Nunes, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história e paradigmas. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 3, pp. 107-16, 1998.
- OPS/OMS. *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos y experiencias*. Washington: OPS/OMS, Publicación Científica n.º 519, 1990.
- OMS. *Alma-Ata Declaration*. Washington: Unicef/WHO, 1977.
- Onocko Campos, Rosana T. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Pichon-Rivière, Enrique. *O processo grupal*. Trad. Aurélio Veloso. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- Samaja, J. Epistemologia e epidemiologia. In: N. Almeida Filho; R. Barata; M. Barreto & R. Veras (org.). *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, tendências e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz- Abasco, 1998, pp. 23-36.
- Schüler, Donald. *Heráclito e seu (dis)curso*. Porto Alegre: L&PM, 2001.
- Stone, I. F. *O julgamento de Sócrates*. Trad. Paulo Henriques Brito. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- Testa, Mario. *Saber en salud — la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.
- Vasconcellos, Maria José E. *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papyrus, 2002.
- Winnicott, D. W. *Natureza humana*. Trad. Davi L. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: WHO, abr., 2006.

SAÚDE E AMBIENTE: UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA

Maria Cecília de Souza Minayo

Não, não haverá para os ecossistemas aniquilados
Dia seguinte
O ranúnculo da esperança não brota
No dia seguinte
A vida harmoniosa não se restaura
No dia seguinte
O vazio da noite, o vazio de tudo
Será o dia seguinte
— CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE,
1976, AC&M Editores

TODO O DEBATE SOBRE SAÚDE E AMBIENTE parte de dois pressupostos básicos: o primeiro é a essencialidade da relação entre os seres humanos e a natureza. O segundo, derivado dessa relação, é de que o conceito de ambiente, tal como o entendemos, é construído pela ação humana. Dessa forma ele é histórico e pode ser pensado, repensado, criado e recriado tendo em vista nossa responsabilidade presente e futura com a existência, as condições e a qualidade da vida dos indivíduos e em sociedade e de toda a biosfera (Minayo, 1998).

Temos em mente que o conceito de *desenvolvimento sustentável* tão repetido nos fóruns sociais e políticos, deixou de ser uma palavra mágica que há mais de meio século (a partir da Segunda Guerra Mundial) fez parte dos planos dos países desenvolvidos e embalou os sonhos das nações subdesenvolvidas. Esse conceito sempre trouxe a visão evolucionista do progresso que consagrou, nos séculos XIX e XX, a busca do domínio desenfreado, sem limites, predatório e anárquico dos recursos naturais. Hoje a palavra *desenvolvimento* parece inspirar mais problemas que solução, num mundo que globaliza, além de processos de produção, de consumo e de bens culturais, fomes continentais, polui-

ção, desemprego estrutural, violências, drogas, esgotamento de matérias-primas, ameaça de extinção de espécies e desastres ecológicos (Minayo, 1998). Mas os problemas ambientais e suas relações com a saúde humana vêm de muito longe e é preciso que nós busquemos outro sentido para nos referir à *desenvolvimento sustentável*.

Desde os mais primórdios tempos existe consciência humana sobre o imbricamento entre condições ambientais e saúde. As relações entre os movimentos da natureza (clima, fases da Lua, chuvas, ventos) e as enfermidades sempre estiveram presentes nas cosmologias primitivas e são relatadas desde a Antiguidade por filósofos e sábios orientais e ocidentais. Essa preocupação se acentuou na modernidade, particularmente nos séculos XVIII e XIX, quando se intensificou no Ocidente o processo de industrialização e de urbanização e os problemas ambientais, visivelmente, começaram a ser associados à saúde, às condições de vida e de trabalho. No contexto do desenvolvimento industrial, as intervenções sanitárias tinham por fundamento a teoria dos miasmas, segundo a qual sujeiras externas e odores de putrefação provenientes de resíduos deveriam ser eliminados para não espalharem doenças. A higiene foi introduzida como estratégia de vigilância e controle de miasmas, sujeiras e odores nos espaços urbanos (moradias, ruas, depósitos de lixo) e nos grupos populacionais (pobres e trabalhadores), o que pode ser constatado em obras clássicas tais como a *Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra* (Engels, 1974) e *Le Petit Travailleur Infatigable* (Murad & Zylberman, 1980) sobre a França. Manter a classe trabalhadora e sua família em adequadas condições de trabalho, proporcionando-lhe um ambiente peridomiciliar saneado fazia parte das preocupações dos capitalistas e das exigências que faziam ao Estado moderno.

Por sua vez, os temas relativos à saúde e à higiene foram sendo incorporados às pautas de reivindicações dos trabalhadores. A partir da primeira metade do século XIX desenvolveu-se um forte movimento denominado *medicina social*, juntando trabalhadores, sindicalistas, políticos e médicos, sobretudo na Alemanha, Inglaterra e França, em torno da concepção de saúde como resultante de condições de vida e ambientais. Ao contrário do higienismo para o qual o ambiente devia ser "medicalizado" por meio de normas, controles e vigilância, na medicina social as questões de saúde e doença eram politizadas: a participação política dos trabalhadores voltada para a consecução de melhores condições de vida familiar e nos bairros constituía estratégia de transformação (Nunes, 1999). É importante assinalar que muitas idéias hoje presentes na saúde coletiva encontram raízes nessa época quando grandes nomes da medi-

cina como Salomon Neuman, Rudolf Virchow, Jules Guérin, William Farr (Nunes, 1985, 1999) se tornaram arautos da politização do conceito de saúde, articulando-o com a questão social, a problemática do saneamento básico e a formulação de políticas. Esses líderes, portadores de um pensamento revolucionário para sua época (seus documentos datam da metade do século XIX), entendiam que o Estado deveria intervir ativamente na solução dos problemas de saúde. Apenas como exemplo, são conhecidas as recomendações de Virchow ao governo prussiano, em relação à epidemia de tifo que varreu o país em 1848: (1) reforma política e descentralização das responsabilidades para os governos locais; (2) educação; (3) reforma econômica; (4) reforma agrícola, incluindo o desenvolvimento de cooperativas; (5) construção de estradas; (6) obrigatoriedade, para professores e médicos, de falarem a língua da população. Os estudos de Mckeown & Löwe (1984) mostram o acerto dessa concepção, pois evidenciam que a queda da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida no decorrer século XIX até o advento da penicilina na metade do século XX se deveram mais à melhoria das condições sanitárias que às intervenções médicas propriamente ditas.

O movimento da medicina social, no entanto, passou por forte decadência no final do século XIX até a metade do século XX. A chamada Revolução Bacteriana, que tantos benefícios trouxe à humanidade, teve, no entanto, seu efeito colateral de retrocesso no pensamento da medicina social, efeito que contamina, até hoje, a mentalidade da maioria de nossos colegas das áreas biomédicas. Os mais importantes pesquisadores da segunda metade do século XIX que se dedicaram à bacteriologia, imaginavam que as descobertas da biologia provocariam o desaparecimento "das considerações sociais e reflexões sobre políticas sociais" (Nunes, 1985, p. 34), na medida em que a ciência e a técnica fariam desaparecer os discursos políticos ideológicos, por causa da força em si, das soluções que trariam. A ênfase da ação e da pesquisa médica se voltou para debelar as doenças infecciosas agudas por meio da imunização; para a descoberta de doenças (como entidades) biologicamente definidas; e para a utopia de erradicação de todas as enfermidades. O discurso e a prática dos novos sanitaristas passaram a se fundamentar na aplicação de tecnologias e na organização racional de atividades profiláticas destinadas à população pobre e miserável. No âmbito ambiental, o saneamento e o controle de vetores constituíram as estratégias principais para garantir o progresso.

É só a partir da segunda guerra mundial que o pensamento social portador de uma visão mais complexa da articulação entre a questão

ambiental e a saúde voltou a ter força motriz, a ponto de fazer parte de agendas políticas e planos de gestão governamentais. Esse movimento ganhou ênfase nos anos 60 e 70 do século XX quando ameaças de poluição química e radioativa e eventos desastrosos nesse sentido passaram a preocupar a humanidade, e a crise do petróleo evidenciou os limites da exploração dos recursos naturais. A partir de então tomou fôlego o chamado *movimento ambientalista*, o segundo maior movimento social do século XX, depois do *movimento feminista*. A reflexão ambiental do final do século XX colocou em xeque as definições instrumentais do conceito de *desenvolvimento como crescimento econômico*, centrado apenas nas possibilidades de aumento do dinamismo da produção de riquezas e da melhoria dos índices de produtividade.

O movimento ambientalista foi impulsionado por vários processos: (1) crescente nível de degradação do ambiente e dos riscos ecológicos globais que afetam a vida do planeta; (2) previsão de escassez de recursos naturais básicos para a produção e o consumo e crítica ao pensamento liberal pautado na idéia de abundância e infinitude dos bens; (3) pressão social para controle de riscos industriais (Freitas et al., 1999).

Neste texto, a compreensão subjacente à proposta do *enfoque ecossistêmico de saúde* envolve a direção, o sentido e, sobretudo, o conteúdo do crescimento, fazendo a diferença entre os fatores econômicos e o *desenvolvimento como liberdade*, para usar uma expressão de Amartya Sen (2000). Quando tratamos da questão ambiental, os marcos positivos dessa reflexão podem ser resumidos nos termos *sustentabilidade ecológica, democracia, direitos humanos, justiça social e qualidade de vida*. Do ponto de vista da ação, a referência é o engajamento nas transformações das condições de vida, em busca da sustentabilidade social. E ao contrário, é preciso diagnosticar, denunciar e transformar a persistência e o aprofundamento das desigualdades sociais e da degradação ecológica, problemas que se articulam a obstáculos econômicos, culturais e morais e dificultam o avanço da cidadania e da qualidade de vida.

Na área da saúde, as abordagens integradas sobre saúde e ambiente são muito recentes, datando do final dos anos 70 do século XX, quando tanto ambientalistas quanto sanitaristas, tanto investigadores quanto gestores, começaram a perceber a necessidade de articular mais suas teorias e suas ações com a idéia da qualidade de vida de populações concretas. Esse propósito, de um lado, veio da convicção de que não pode haver desenvolvimento sustentável sem levar em conta os seres humanos e sua vida no ecossistema. De outro, foi se consolidando a certeza de que a relação entre componentes vivos e inertes do

ecossistema, além de ser extremamente complexa, tem repercussões reais e profundas sobre as formas de vida presente e futura. Portanto, se queremos compreender o impacto da atividade humana sobre o ambiente e, por sua vez, a força desse impacto na saúde humana, é necessário criar estratégias específicas que, a partir de conhecimentos disciplinares e práticas setoriais, caminhem para uma abordagem transdisciplinar.

Buscaremos neste texto falar dessa possível e necessária articulação entre saúde e ambiente. Mas tratarei de aprofundar, particularmente, uma proposta concreta, a que se denomina *Enfoques ecossistêmicos da saúde humana*, porque ela realiza teórica e efetivamente a integração interdisciplinar desses dois componentes por meio do desenvolvimento da ciência e tecnologia, da gestão pública e privada e dos movimentos sociais. Nesse exemplo de abordagem estão em jogo três campos teóricos e de ação transformadora: saúde, ambiente e condições de vida.

RELAÇÕES ENTRE AMBIENTE E SAÚDE

Do ponto de vista ambiental — O tema ambiental surgiu pela primeira vez na Agenda Mundial em 1972 na Conferência das Nações Unidas sobre o ambiente, em Estocolmo, coincidindo com a crise do petróleo que chamou atenção dos países industrializados para a problemática dos recursos naturais não renováveis. Da reunião de Estocolmo nasceu a expressão *ecodesenvolvimento*. Já o esforço de formular propostas concretas que visassem a estreitar a relação entre saúde e ambiente se evidenciou na preparação da Rio-92. Um dos documentos preparatórios, o Relatório Brundtland (1987) denominado *Nosso Futuro Comum*, apresentou o conceito de *desenvolvimento sustentável* como o que satisfaz as necessidades do presente sem prejudicar ou comprometer a capacidade das gerações vindouras de conseguirem satisfazer suas necessidades. Esse documento identificou o papel dos seres humanos em relação ao ambiente e descreveu o impacto das mudanças ambientais sobre a saúde e qualidade de vida das populações.

A partir da Rio-92, o relatório da UnCED (United Nations Commission on Environment and Development) propôs a *Agenda 21*, termo usado para designar um plano de ação para o desenvolvimento sustentável (Cnumad, 1992). A *Agenda 21* teve como signatários 178 chefes de Estado e de governo e configurou-se como um pacto internacional a partir de recomendações que objetivaram criar um processo para a substituição negociada do padrão de desenvolvimento predatório, predominante no século XX. Nela foi estabelecida claramente a estreita rela-

ção entre saúde e ambiente. Um capítulo inteiro da Agenda está dedicado à proteção e à promoção da saúde humana. A Agenda destacou a conexão entre pobreza e subdesenvolvimento, por um lado, entre a proteção do ambiente e os recursos naturais, por outro. Também nomeou os diferentes atores para implementação das medidas necessárias a transformação: homens, mulheres, crianças, jovens, população indígena, trabalhadores urbanos e rurais, pequenos proprietários rurais, fazendeiros, cientistas, professores, empresários, políticos, gestores públicos e privados e organizações não-governamentais.

O mesmo relatório da Unccd enfatizou a idéia de que as necessidades essenciais de saúde das populações deveriam ser urgentemente focalizadas, dentro de um marco que articulasse suas relações com os fatores ambientais dentro de sua complexidade e inter-relações físicas, biológicas, químicas e sociais. Nesse documento está explícita a visão de que é difícil atribuir causa a apenas um elemento no caso de qualquer doença, pois a *saúde humana é influenciada, não apenas por fatores específicos, mas pela interação entre eles*. Essa interação cria situações de risco tradicionais e modernos. O documento da Unccd ressaltou que, no mundo em geral, mais especialmente nos países subdesenvolvidos se unem, a favor da precarização da saúde, vários e combinados fatores. Dentre esses se destacam: falta de saneamento básico; água e alimentos de baixa qualidade; poluição do ar; uso desordenado de produtos químicos; manejo inapropriado do lixo; exposição a vetores e a doenças; condições insalubres de moradia e situações de vida que propiciam altas taxas de morbimortalidade infantil.

Dentre os riscos modernos o documento mencionou os provocados por mudanças ambientais globais devidas às crescentes intervenções humanas na natureza: pelas práticas de cultivo intensivo de alimentos e monoculturas; pelo uso crescente de fontes de energia mineral; pela contaminação por produtos químicos do ar, da água e do solo, provocando incidência de enfermidades como câncer, doenças do coração, dentre outras. Essas intervenções interferem nas mudanças climáticas e na destruição da camada de ozônio.

Sob a ótica social, o documento da Unccd assinalou os distúrbios provenientes das intensas e crescentes migrações; do aumento demográfico; dos conflitos por territórios. Chamou atenção também para a exacerbção da violência social. Dada a consciência da complicitade de toda a humanidade no futuro do planeta, o documento oficial da Rio-92 proclamou que "os seres humanos estão no centro dos interesses do desenvolvimento sustentável" em vários sentidos, sobretudo para

debelar a emergência e a re-emergência de uma série de enfermidades, o aumento de outras e o crescimento de desequilíbrios provocados pelo paradigma da *dominação antropocêntrica da natureza*.

Em 2002 aconteceu a Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável em Johannesburgo (África do Sul), comemorando dez anos da Rio-92. Nesse evento as ênfases foram dadas aos aspectos sociais e econômicos do desenvolvimento sustentável. A saúde foi uma das cinco prioridades. A Organização Mundial da Saúde assumiu a responsabilidade por um plano de ação sobre saúde e ambiente, no qual os dois temas se cruzam para tratar problemas como manejo de substâncias tóxicas e contaminação do ar, da água e do solo (Lebel, 2005).

Nos treze anos que sucederam ao grande encontro dos povos no Rio de Janeiro, visando a repensar sua relação com a natureza e entre si, foi crescendo a consciência ambiental e, ao mesmo tempo, foram se firmando alguns princípios da relação do ambiente com a saúde. Esses princípios foram trazidos pelo movimento ambientalista internacional e, aos poucos, vêm sendo adaptados às realidades dos países e das localidades específicas. Dentre os mais essenciais destacamos:

- necessidade de compreender os problemas globais e de atuar localmente. Essa idéia se fundamenta na certeza de que tanto ações internacionais, como iniciativas nacionais, locais, grupais e individuais têm impacto negativo ou transformador no ambiente coletivo e vice-versa.

- importância de ter em conta os papéis diferenciados entre homens e mulheres, entre os vários grupos de idade, entre os diferentes atores sociais políticos e econômicos nas relações com a natureza e o ambiente. Compreender a responsabilidade e o direito de cada um permite atitudes, práticas e formas de participação específicas nos processos de manejo e intervenção

- urgência de trabalhar com uma metodologia cuja base filosófica seja comunicativa, aberta, inclusiva e de responsabilização de todos. Assim, tanto as pesquisas como as ações práticas devem contemplar os vários atores responsáveis pela relação com o ambiente, numa forma de atuação a que os cientistas da área estão chamando "ciência pós-normal" (Funtowics & Ravetz, 1997) ou "comunidade ampliada de práticas" para se referirem às diferentes categorias de atores que devem ser incluídos. O processo de construção do desenvolvimento sustentável supera qualquer visão unidisciplinar e estática das relações do ser humano com a natureza.

Essa *Agenda 21*, dentro da proposta da Rio-92 deveria ser replicada localmente. No Brasil, a criação do Ministério do Meio Ambiente tal

como existe hoje, o desenvolvimento de uma consciência de responsabilidade ambiental, a construção de agendas locais foram alguns dos fatos ocorridos em consequência do acordo global. Sob qualquer aspecto que olharmos, a discussão ambiental brasileira já está hoje num patamar mais elevado para cuja construção vêm atuando o governo, os movimentos ambientalistas, cientistas, empresários e comunidades locais. Atualmente o mundo inteiro mantém vigilância sobre os desmandos ambientais que ocorrem em nosso País, uma vez que aqui existe a maior reserva florestal e uma das maiores reservas de água e de biodiversidade do planeta.

A *Agenda 21 Brasileira* que foi sendo desenvolvida desde a preparação da Rio-92 foi repensada e reafirmada na chamada Cúpula de Johannesburg (2002), Conferência sobre o Meio Ambiente que também se denominou *Rio+10*. O compromisso de nosso País se desdobrou em seis temas fundamentais: (1) gestão de recursos naturais; (2) investimento em cidades sustentáveis; (3) agricultura sustentável; (4) redução das desigualdades sociais; (5) investimento em infra-estrutura e integração regional; (6) ciência e tecnologia para o desenvolvimento sustentável. A partir desse conjunto de temas foram definidas 21 ações prioritárias, dentre as quais pelo menos três cruzam os temas saúde e ambiente. A terceira delas *é promover a saúde e evitar a doença*, a oitava *é universalizar o saneamento básico*; a décima terceira *é melhorar a qualidade e a quantidade da água e combater a poluição do ar e do solo*.

Do ponto de vista da saúde coletiva — A título apenas de exemplo, iniciamos esta reflexão evidenciando como fatores ambientais afetam dramaticamente a saúde de muita gente no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de três milhões de crianças morrem anualmente por causas relacionadas a problemas de água e de contaminação e mais de um milhão de adultos morrem por causas relacionadas ao trabalho. Cerca de 80% a 90% dos casos de diarreia são causados por fatores ambientais. Entre 2 a 3 e meio bilhões de pessoas no mundo usam combustíveis que emitem gases e outras substâncias nocivas. E nas áreas rurais, técnicas rudimentares de criação de animais são responsáveis por enfermidades transmissíveis, muitas vezes pondo em risco, elevadas proporções da população mundial, tendo em vista os efeitos das intensas ondas de migração, turismo e comunicação (Lebel, 2005).

Nos últimos trinta anos vários enfoques têm sido propostos para o entendimento das complexas relações entre os ambientes nos quais

a vida cotidiana acontece e onde se realizam os padrões de saúde que determinada sociedade atinge, baseados em sua estrutura social, econômica, política e em sua organização do setor. Uma das mais expressivas abordagens é o chamado *modelo Lalonde* (1974), adotado pelo governo canadense na re-organização da área de saúde pública desse país a partir do final da década de 1970. Essa abordagem leva em conta (1) o espaço biofísico; (2) os fatores sociais, aí incluídos os aspectos econômicos e estruturais; (3) os atributos individuais que se expressam nos estilos de vida e (4) a bagagem genética. Tal modelo parte do entendimento de cada um desses componentes em sua especificidade e de seu imbricamento uns com os outros. O texto de Lalonde ressalta que os quatro elementos componentes do modelo atuam como moduladores dos efeitos dos diferentes agentes de causação das enfermidades ou da promoção da saúde.

A visão complexa que reconhece a saúde como um bem social, ressalta também a necessidade do investimento em novas abordagens integradas em ciência e tecnologia, na construção coletiva da cultura e na responsabilização social. Ela é retomada e consubstanciada na importante Conferência Mundial de Saúde realizada em 1986 em Ottawa, no Canadá (Brasil, 1996). Esse evento seminal, cuja base de pensamento era o modelo do sistema de saúde canadense, visou, sobretudo, a propor estratégias de ação para cuidados ambientais e promoção da saúde. Ele visava tanto a qualidade dos sistemas e dos serviços setoriais como o incentivo a iniciativas pessoais de responsabilidade na prevenção de agravos e na promoção de comportamentos, atitudes e práticas saudáveis.

A reunião da Organização Mundial da Saúde em Ottawa em 1986 teve importância fundamental, pois sua proposta rompeu a clássica divisão que tradicionalmente vem separando saúde pública e clínica; dever do Estado de prover atenção e serviços e responsabilidade dos indivíduos. A relevância da *Carta de Ottawa* se mede também pelo seu afinamento com a constatação dos estudiosos do setor sobre os vários tipos de transição epidemiológica que vinham ocorrendo no mundo, em que, cada vez mais condições sociais e ambientais e estilo de vida passaram a ter um peso maior que as doenças infecciosas e transmissíveis. As aceleradas mudanças exigiram uma reflexão diferente da que ocorre no estrito âmbito médico. Pois elas passaram a mostrar que todos somos responsáveis (governos, profissionais e população) pelo patamar de saúde que decidimos (consciente ou inconscientemente) para nós enquanto indivíduos e para a sociedade em que vivemos.

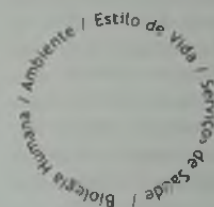
Assim a *Carta de Ottawa* tirou da corporação médica o privilégio e o peso de definir e garantir sozinha a saúde coletiva.

A transformação do olhar propiciado pela *Carta de Ottawa* passou a demandar uma nova forma de pensar e de gerir o setor saúde. Foi pedida aos profissionais de saúde uma abordagem compreensiva dos diferentes determinantes da complexa produção dos padrões sanitários e das enfermidades, indo além das explicações reducionistas que integram o paradigma flexneriano e o tradicional enfoque biologicista.

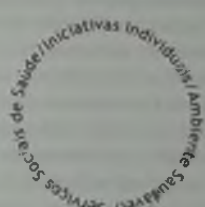
No Brasil, no mesmo ano em que ocorreu a Conferência Mundial de Ottawa, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (março de 1986), sendo ela igualmente considerada marco fundante de uma nova concepção de saúde e em conseqüência, de prestação de serviços e de qualidade de vida no País. A VIII Conferência politizou o papel da saúde, proclamou-a como um direito do cidadão e ampliou seu conceito, nele incluindo a visão social dos determinantes do processo de saúde e de doença. A VIII Conferência, dialogando com a situação social do País e visando a superar o modelo hospitalocêntrico de prestação de serviços de saúde se fixou nas relações entre saúde e condições sociais e nos aspectos de sustentabilidade da universalização do sistema: (1) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde da União para os governos locais; (2) consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção; (3) facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde. Esse marco de reforma consolidou suas bases jurídico-institucionais na Constituição Federal de 1988 no capítulo denominado "Da Seguridade Social" e nas leis subseqüentes.

Talvez pela necessidade de dar ênfase à politização desse bem social inalienável que é a saúde ante um acelerado processo de mercantilização da medicina hospitalocêntrica hegemônica no País, a proposta de reforma brasileira insistiu pouco nos aspectos de responsabilidade individual. Talvez, também, pelo mesmo motivo, tenha remetido apenas ao setor da ciência e tecnologia as questões de desenvolvimento da biologia que tanto impactam o cotidiano dos cidadãos. Foram dadas ênfases à necessidade do controle social sobre o sistema e às relações entre saúde e condições de vida. Do ponto de vista ambiental, o texto da VIII Conferência chamou atenção, especificamente, para as relações entre saúde e saneamento básico, dentro da linha clássica do sanitarismo histórico. No Brasil, a falta de infra-estrutura básica segue, *pari passu*, o mapa das carências provocadas pelos problemas da desigualdade social.

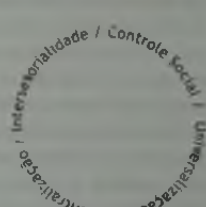
Abaixo visualizamos os três modelos apresentados simultaneamente no tempo histórico, cujos enfoques vêm exigindo correções, a partir da Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, denominada Rio 92.



Lalonde, 1974



Carta de Otawa, 1986



8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986

Por muitas razões os métodos tradicionais não têm podido melhorar o bem-estar, a saúde e as condições sanitárias da população pobre e criar um mundo mais solidário para todos os cidadãos. O modelo biomédico por si só é restrito. A visão social apartada da compreensão ecológica também é reducionista. E a solução tecnológica apenas é insuficiente para dar conta da interação de vários fatores. Para conseguirmos um equilíbrio entre a saúde do ecossistema e das pessoas, temos de experimentar novas estratégias.

É nesse sentido que aqui falaremos sobre uma forma de abordagem teórica e prática das relações entre saúde e ambiente: o *enfoque ecossistêmico da saúde humana*, cuja história é ainda recente, mas já é reconhecido mundialmente pela sua eficácia na condução de soluções para problemas que aqui analisamos.

ENFOQUE ECOSISTÊMICO DE SAÚDE

O casamento da idéia de ecossistema & saúde humana, compondo a proposta de *enfoque ecossistêmico da saúde humana* é fruto de preocupações práticas. Nasceu com a observação e a consciência ecológica de americanos e canadenses em relação à área dos Grandes Lagos que dividem Canadá e Estados Unidos e contém 21% das reservas de água doce do mundo. Pois bem, as margens desses Grandes Lagos foram invadidas por projetos agrícolas e industriais que floresceram acompanhando a época do acelerado progresso econômico americano do norte pós-Segunda Guerra Mundial. Nessa época de expansão econô-

mica, era hegemônica a idéia de que os ecossistemas seriam capazes de assimilar todos os processos de dominação humana sobre a natureza. A partir da ampliação e do aprofundamento da consciência ambiental da década de 1970, e das preocupações dos cidadãos com o crescimento da poluição e dos processos predatórios em torno dos Grandes Lagos, estudos, reuniões e análises começaram a ser realizados por uma comissão criada pelos governos canadense e dos Estados Unidos. Denominada *International Joint Commission of Great Lakes* (1978), essa comissão diagnosticou a intensa exploração econômica do espaço sócio-político-cultural-ambiental e o processo de deterioração ecológica e de ameaça à saúde das populações que aí habitavam (Forget & Lebel, 2001).

Tais estudos evidenciaram, com grande clareza, a insuficiência teórica unidisciplinar para a compreensão das dimensões dos problemas gerados pelo uso descontrolado da água e do solo e das propostas de solução. Ficou claro também que apenas estudar os problemas era muito pouco, uma vez que o êxito das propostas estratégicas dependia das autoridades, dos gestores, das empresas e dos cidadãos. Essas constatações levaram o grupo a criar uma nova estratégia teórica e prática: integrar numa perspectiva transdisciplinar e dialógica as análises geradas individualmente e chamar a sociedade civil e o governo para participar das discussões e das soluções. Assim se iniciou o desenvolvimento de um tipo de abordagem denominada *abordagem ecossistêmica* reunindo três categorias de participantes: pesquisadores, gestores e funcionários públicos e membros da sociedade.

O *Enfoque de Ecossistemas em Saúde Humana* está fundamentado na construção de nexos que vinculam as estratégias de gestão integral do meio ambiente (ecossistemas saudáveis) com uma abordagem complexa da ecologia da promoção da saúde humana. O objetivo desse enfoque é desenvolver novos conhecimentos sobre a relação saúde & ambiente, em realidades concretas, de forma que permita ações adequadas, apropriadas e saudáveis das pessoas e para as pessoas que aí vivem. Nela se supõe sempre que ciência e mundo da vida se unam na construção da qualidade da vida social e do planeta, presente e futura, como responsabilidade coletiva e individual.

Para melhor compreensão, trabalhamos a seguir com algumas noções que fundamentam o enfoque: teoria sistêmica como base fundante dos outros conceitos; definição de ecossistema; princípios básicos da teoria ecossistêmica; alguns exemplos de atuação.

Teoria sistêmica — As primeiras elaborações do pensamento sistêmico se devem ao biólogo Ludwig von Bertalanffy que, em 1968, publicou um livro de grande repercussão titulado *Teoria Geral dos Sistemas*. Nessa obra Bertalanffy apontou a necessidade de se criarem categorias teóricas rigorosas que pudessem responder a questões referentes ao amplo espectro dos seres vivos que vão da biologia à sociologia. Esse autor mostrou que a termodinâmica clássica que lida com o equilíbrio precisaria ser complementada por uma teoria que abarcasse também os sistemas abertos que se afastam do equilíbrio. Identificando a interação como ponto nevrálgico para todos os campos científicos, definiu sistema como conceito central de sua teoria geral. Observou que há uma enorme ordem hierárquica de entidades na organização dos seres vivos e que elas se superpõem em muitos níveis, indo dos sistemas físicos e químicos aos biológicos, sociológicos e políticos, possibilitando "uniformidades estruturais dos diferentes sistemas da realidade" (Bertalanffy, 1968, p. 124). Segundo o autor, esses sistemas são abertos e interconectados, instáveis e em permanente dinamismo recursivo.

Ao propor uma nova teoria interpretativa da realidade Bertalanffy não fala de disciplinas e sim de "totalidades constituídas no interior da organização dos fenômenos", de tal forma que sua teoria geral dos sistemas se propõe a ser uma ciência da totalidade ou dos todos organizados. Na sua visão, o esforço dos cientistas deveria se encaminhar para buscar a unidade da ciência baseada na isomorfia de leis relativas a diferentes áreas. Mas o autor esclarece que a compreensão dos sistemas vivos, complexos e unificados precisa ser alcançada sem a redução dos fenômenos, sem a transferência ingênua de conceitos e sem buscar semelhanças superficiais entre abordagens, como muitas vezes ocorre na transposição de modelos biológicos para interpretação social, por exemplo. Por isso, Bertalanffy não fala sobre redução das partes ao todo e sim, sobre interação entre todas as áreas do conhecimento.

Segundo Bertalanffy, sistema é um todo integrado cujas propriedades não podem ser reduzidas às propriedades das partes. Portanto, o comportamento do todo é mais complexo que do que a soma do comportamento das partes e os acontecimentos implicam mais que decisões das partes individualmente. Igualmente, ao sistema não se aplicam operações analíticas, no sentido de dissecação das partes. A concepção de interdependência entre os elementos é complementada pelas noções de causalidade circular, causalidade recursiva, ou retroação como características da abordagem sistêmica.

Na organização hierarquizada a realidade como um todo se caracteriza pela superposição de níveis dos sistemas, cada um desses constituindo-se como um todo e sendo irredutível aos níveis inferiores, o que os impede de serem tratados analiticamente (por partes). Os membros individuais do sistema são ao mesmo tempo todo e parte, funcionando no sentido integrativo com o conjunto e afirmativo de sua autonomia. Nessa hierarquia, o social e o político constituem o ápice da organização. É a concepção de interações sistêmicas, de sistemas interligados ou do mundo como sistema de sistemas remete à idéia de *ecossistema* cada um com sua totalidade (indivíduo, família, sociedade, cidade, nação) interagindo, numa rede dinâmica de interdependências, interações e influências mútuas.

Qual a idéia de mudança na teoria sistêmica? E por que é preciso pensar em mudança no enfoque *ecossistêmico*? Nessa abordagem a idéia de mudança é fundamental, pois toda a teoria *ecossistêmica* de saúde parte do princípio de que é possível e é necessário intervir para transformar e de que é possível escolher um rumo que leve à vida saudável e com qualidade, de forma solidária. Ora, na abordagem sistêmica a visão de mudança se relaciona a crise e aponta para várias saídas. Segundo Prigogine (1977), à medida que surge uma crise, o sistema deixa seu curso natural e escolhe outras alternativas disponíveis. Nesse ponto de bifurcação provocado pela crise, são produzidas mudanças quantitativas e qualitativas. Mas o rumo dessas transformações é, em princípio, imprevisível, pois existem várias possibilidades de escolhas disponíveis nos sistemas complexos. Atlan (1992), um dos biólogos-filósofos que tratam das teorias da complexidade, fala que as mudanças dos organismos vivos acontecem quando eles têm de se adaptar aos "ruídos", ou seja, aos elementos inesperados que atuam como fatores de distúrbio da homeostase usual do sistema. Atlan prova que se esses "ruídos" são usados de forma positiva eles se tornam indispensáveis para o desenvolvimento do sistema, causando-lhe um crescimento de complexidade e o desempenho de novas funções.

Três dimensões epistemológicas diferenciam as teorias tradicionais do paradigma sistêmico: (1) a idéia de *simplicidade* dos fenômenos é substituída pela noção de *complexidade*; (2) a noção de estabilidade e de regularidade é contraposta à noção de *instabilidade* do mundo dos seres vivos; (3) a crença na *objetividade* dá lugar à noção de *intersubjetividade* na constituição da realidade e de sua compreensão.

(1) *Complexidade* significa entrelaçamento de causas. O tema da *complexidade* tem ampla abrangência semântica: sistemas complexos,

organizações complexas, complexidade da sociedade, dentre outros. Um sistema complexo é formado por grande número de unidades constitutivas e inter-relacionadas e uma enorme quantidade de interações. Seus comportamentos seguem dois padrões: mantêm uma estrutura permanente e são ao mesmo tempo instáveis, desordenados, caóticos, emaranhados e de difícil previsão. Atlan (1992) adverte que as noções de simplicidade e de complexidade não são inerentes aos fenômenos e sim, às condições lógicas e empíricas em que são observados. Esse autor lembra, por exemplo, que depois de os cientistas terem separado muito bem o sistema nervoso do sistema digestivo, assustam-se ao encontrar neurotransmissores no sistema digestivo e hormônios digestivos no sistema nervoso.

Nas teorias da complexidade, os temas de estudo são entendidos como *objetos em contexto*. Contextualizar é ver um objeto existindo dentro do sistema e colocar foco nas suas interligações, conexões e redes de comunicação. Contextualizar é, também, realizar operações lógicas contrárias à disjunção e à redução e a favor da distinção de um objeto ou de fenômeno, realçando o que ele tem de específico e integrando-o no todo do qual faz parte. Os autores que trabalham as teorias sistêmicas que tratam dos seres vivos utilizam a expressão *relações causais recursivas*, cuja imagem é a da espiral, para se referir às interações em que os efeitos e os produtos são necessários ao próprio processo que os gera.

(2) O segundo pressuposto dos sistemas abertos é a *instabilidade*. Esse princípio vem da constatação de que o mundo sempre está em processo de "tornar-se", e de "devenir" havendo, portanto, uma lógica na desordem: ela é um elemento necessário à auto-organização, conforme se refere Atlan (1992) sobre a auto-organização através do ruído (ruído como sinônimo de crise) que pode levar os seres vivos a um nível mais elevado de complexidade. Segundo esse princípio, o resultado final de um fenômeno vai sempre depender de um interjogo complexo entre leis determinísticas e a sucessão probabilística das flutuações (crises).

A partir das descobertas da física, decorre hoje a revisão de crenças na previsibilidade e no controle para se acentuar a *imprevisibilidade* e a *incontrolabilidade* de muitos fenômenos. Isso se opõe à idéia positivista de um mundo mecânico em que as coisas funcionariam como relógios. Investigações sobre sistemas que funcionam longe do equilíbrio e sobre a flecha do tempo são uma grande contribuição do Prêmio Nobel de Física, Ilya Prigogine (1997). Suas pesquisas tornaram possível fun-

damentar uma superação da compartimentalização entre disciplinas e propiciar uma comunicação transdisciplinar entre cientistas das mais diversas áreas.

(3) O terceiro pressuposto do pensamento sistêmico é o da *inter-subjetividade* na construção da realidade e do saber, o que se opõe à idéia da possibilidade de existir um conhecimento objetivo externo aos sujeitos. De tal ponto de vista, sujeito e objeto só existem relacionamente e nas interações que estabelecem entre si. Ambos em suas interações se influenciam e promovem mudanças, o organismo (a estrutura) e o ambiente. Assim, é difícil determinar de fora o que um sistema fará nas interações que mantém com o ambiente, uma vez que, a cada momento, a estrutura de um organismo incorpora as transformações conseqüentes de suas experiências, de suas interações e modifica suas possibilidades potenciais, apresentando novas interações.

As premissas do pensamento sistêmico sugerem aos profissionais que atuam de forma transdisciplinar, as seguintes posturas metodológicas:

(1) Ampliação do foco: contextualizando o fenômeno em estudo, entendendo-o em suas interações e retroalimentações (as coisas são causadas e causadores) e tratando-o como parte de um sistema interconectado com outros sistemas;

(2) Aposta nos processos de auto-organização: observando o dinamismo das mudanças e as forças de resistências, os estudiosos admitem que nem tudo é só positivo ou só negativo, que existem muitos caminhos e que é impossível controlar a direção dos processos;

(3) Adoção do caminho da *objetividade entre-parenteses*: o estudioso se reconhece parte do sistema e entende que só há sentido na co-construção das soluções. Dentro desse tipo de visão, do ponto de vista ético, não cabe pensar que a solução para os problemas está na existência de códigos exteriores aos sujeitos, a serem aplicados por autoridades competentes.

Do ponto de vista operacional, o pensamento sistêmico não está propondo técnicas. Na verdade ele se configura como uma visão epistemológica que permite o uso dos recursos desenvolvidos dentro dos paradigmas da ciência tradicional. Mas esse uso exige algo muito novo, o exercício de um olhar e uma abordagem diferente: ilumina aquele ponto cego da visão unidimensional, fazendo-o enxergar as interações; subverte a mente compartimentalizada, buscando fazer as diferenças e as oposições se comunicarem, e modifica a prática antiga que só valoriza regularidades e normas. Ao contrário, mostra as coisas que perma-

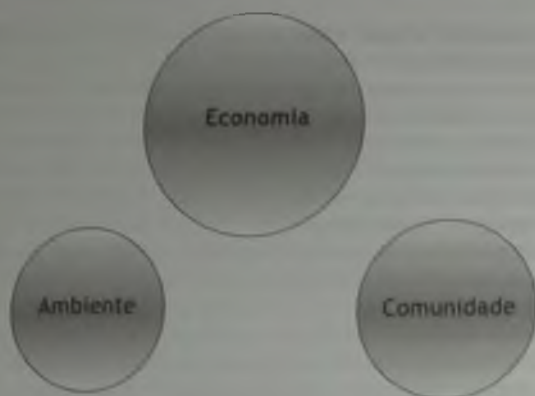
necem e ressalta, "o que" muda e "como" as coisas se transformam, auto-organizando-se.

O termo *ecossistema* faz parte da visão sistêmica dos seres vivos. Enquanto conceito, primeiro foi descrito por Arthur Tansley em 1935 para se referir a um conjunto de organismos vivos e inertes que ocupam um mesmo lugar (Forget & Lebel, 2001). A definição dessa noção continua objeto de controvérsia pois é difícil determinar os limites de de um espaço e os elementos que o compõem. Para efeitos práticos, consideramos como ecossistema um determinado local no qual existam organismos vivos interagindo com seu ambiente físico. A *Joint Commission of Scientists of Great Lakes* (1978), antes citada, descreveu o termo *ecossistema* como um conjunto de ar, água, solo e organismos vivos, interagindo em determinado espaço.

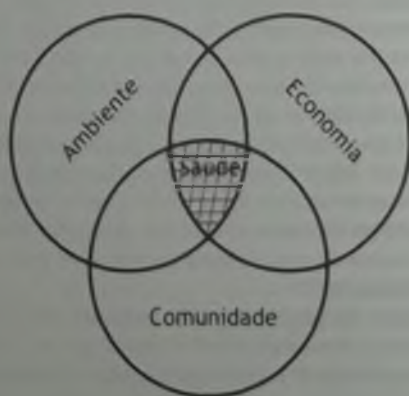
Todos os estudiosos que vêm adotando e avaliando a proposta ecossistêmica para saúde humana mostram que o limite do espaço e o universo de seres vivos e inertes que nele se circunscreve sempre é arbitrário, uma vez que esses elementos sempre existem em relação aos sistemas que o circundam. Em resumo, não há um ecossistema predefinido sobre o qual possamos aplicar uma definição. São os atores que nele atuam, sejam investigadores, moradores ou gestores, os que devem assumir a responsabilidade de defini-lo, de acordo com os objetivos de mudança e de intervenção, sempre levando em conta que o espaço delimitado está dentro de sistemas maiores (Forget & Lebel, 2001). Portanto, a noção de ecossistema é usada muito mais como uma *unidade analítica* do que como uma entidade biológica.

Do ponto de vista sanitário, o binômio saúde-doença se constitui como um processo coletivo, portanto é preciso recuperar, nesse coletivo, o sentido do "lugar" como o espaço organizado para análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação específica, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana.

No desenho da página seguinte podemos visualizar um modelo de atuação criado por Forget & Lebell no artigo "Ecosystem Approach to Human Health" (2001). O primeiro é aqui considerado *insustentável* e, logo depois, há uma proposta alternativa. O primeiro ressalta o enfoque tradicional em que toda a ênfase é dada à economia em detrimento do ambiente e da comunidade. No segundo, evidenciamos a ação de cientistas e militantes ambientalistas, na busca de interação entre ambiente, comunidade e economia.



Esta abordagem clássica de uso dos recursos naturais dá grande ênfase aos fatores econômicos e muito pouco ao ambiente e



a abordagem ecossistêmica valoriza igualmente os três componentes.

O uso da abordagem ecossistêmica, no trato das questões de saúde, apóia-se numa hipótese central: de que sua melhor gestão pode contribuir positivamente para reduzir o aparecimento e a transmissão de enfermidades. Parte de alguns pressupostos:

- ♦ De que existe uma interação dinâmica entre os diversos componentes do ecossistema e o bem-estar da saúde humana;
- ♦ De que projetos interdisciplinares que integram análises de gênero e métodos participativos, para compreensão da realidade e para geração de ações de transformação, podem resultar em investigações mais precisas e propiciar a promoção de melhorias nos padrões de saúde humana e do meio ambiente;
- ♦ De que a articulação entre os componentes da saúde e do ecossistema requer novas metodologias para avaliação de impacto.

E tem alguns desafios metodológicos fundamentais:

- ♦ Colocar ambas, a saúde pública/coletiva e a individual dentro de um enfoque ecossistêmico;
- ♦ Colocar um enfoque ecossistêmico dentro do pensamento e das práticas da saúde pública/coletiva e individual;
- ♦ Mudar o enfoque linear de diferentes perspectivas disciplinares para um enfoque dinâmico de interação;
- ♦ Integrar dados e indicadores quantitativos e qualitativos;
- ♦ Exercitar a transdisciplinaridade;
- ♦ Integrar o conceito de gênero nos fundamentos do método;
- ♦ Integrar a participação de todos os agentes sociais envolvidos no problema em análise, seja porque realizam, seja porque sofrem com as intervenções ambientais e os problemas de saúde.

A essas questões metodológicas cruciais, reúnem-se outras de caráter mais operativo que viabilizam respostas aos problemas teóricos e práticos centrais:

- ♦ Mapear e promover a história das interações que provocaram ou provocam a degradação ambiental e os prejuízos à saúde, com sua riqueza de elementos e o momento atual de sua apresentação;
- ♦ Delimitar o universo que seja a representação empírica de todos os problemas a serem estudados;
- ♦ Realizar como diagnóstico, em tempos diferenciados e sincronizados, uma análise técnica, específica e disciplinar dos diferentes componentes do problema: sociologia e antropologia da situação com recorte de gênero, incluindo fatores históricos, econômicos, culturais, sociais, de exercício do poder, da atividade produtiva e reprodutiva,

perfil epidemiológico da população; estudo de fatores biológicos; geofísicos; químicos ou outros.

- Criar instrumentos práticos e participativos de exercício de transdisciplinaridade, transetorialidade e transfatorialidade;

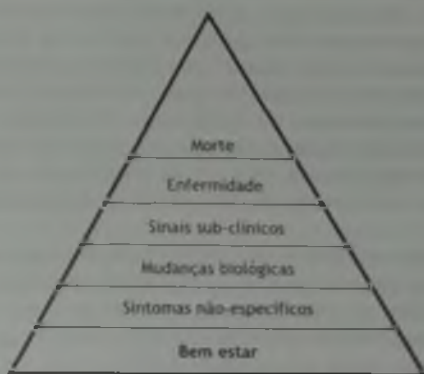
- Promover, na investigação, a participação das pessoas comuns que vivem os problemas ambientais e de saúde no seu cotidiano, como ação fundamental e imprescindível;

- Considerar o conceito de *participação social* como muito mais amplo que o de *participação comunitária*, pois a investigação e a práxis devem incluir os gestores públicos, os políticos, os empresários e todos os outros atores, individuais e coletivos que têm que ver, direta ou indiretamente com o problema. O estreitamento da idéia de *participação comunitária* ao grupo que visivelmente sofre os problemas de saúde provocados por intervenções depredadoras do meio ambiente acaba por provocar a culpabilização das vítimas. Pois tende a reduzir a elas, a responsabilidade das soluções. Quando na verdade, as situações que sofrem e vivenciam — mesmo que, indiscutivelmente, tenham sua colaboração na dinâmica dos fatores que as acirram ou contribuam para a solução dos problemas — são provenientes de problemas muito mais complexos e amplos que geralmente incluem grupos de poder e interesses econômicos.

Donna Mergler (2001), uma investigadora canadense que há mais de dez anos usa o modelo ecossistêmico de saúde em suas pesquisas, numa comunicação oral, comparou as vantagens da abordagem: “no enfoque de tipo «expert» o pesquisador fica pouco tempo no campo; não cria estruturas permanentes, não produz integração, e quando muito volta para devolver à população os resultados de suas descobertas”.

Ao invés, a proposta ecossistêmica inclui “cientistas, estudantes e população, favorecendo a transferência de tecnologia, a posse, por outras pessoas, das descobertas da investigação, a formação de recursos humanos, a criação local de laboratórios de pesquisas e a integração entre ciência e mundo da vida” (comunicação no Taller sobre Enfoques Ecosistêmicos en Salud Humana, Guatemala, 30/11/2001). A autora, na mesma oficina de projetos, chamou atenção para o fato de que o acompanhamento interdisciplinar e processual que as pesquisas, dentro do referido modelo ecossistêmico, exigem, permite perceber, por exemplo, a deterioração e os riscos à saúde como um contínuo e não apenas como um fato consumado que precisa de intervenção médica. Essa visão processual e não apenas preventiva na visão tradicional da saúde pública ou curativa sob a ótica médica, permite realizar o acom-

panhamento dos problemas de saúde na vida cotidiana. Para visualizar essa linha de segmento Megler sugere a figura de uma pirâmide, na qual a população passa ser avaliada em escala e não apenas na visão bipolar *enfermos* contra *sãos*.



Esquema inspirado em apresentação oral de Donna Mergler (Guatemala, 28/11/2001).

Embora ainda em construção, vários pesquisadores vêm trabalhando na aplicabilidade e aprimoramento do *enfoque ecossistêmico da saúde humana*, na América do Norte, na América do Sul, na América Central, na Ásia e na África, evidenciando a importância desse tipo de estratégia que liberta a idéia da articulação entre saúde e ambiente dos modelos reducionistas ou apenas das pautas dos discursos políticos.

Dois exemplos de abordagem ecossistêmica (adaptação do texto de Lebel (2005).

Manejo interdisciplinar da contaminação por mercúrio na Amazônia

Em 1995, uma equipe financiada pelo Centro Internacional de Investigações para o Desenvolvimento (IRDC/Canadá), composta por pesquisadores da Universidade Federal do Pará, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade de Québec fez uma descoberta surpreendente: a contaminação do solo, dos peixes e da população por mercúrio, que segundo

crenças até então vigentes, se deviam a operações de mineradoras estava, na realidade, estreitamente vinculada a certas práticas agrícolas.

Desde 1970 as margens do rio Tapajós vinham sendo povoadas por garimpeiros numa busca desenfreada por ouro. O método artesanal de extração desse metal se faz pelo uso do mercúrio.

Ao chegarem ao local para a pesquisa, os investigadores esperavam que a contaminação por mercúrio, atribuída ao garimpo, decrescesse à proporção que o rio Tapajós fosse ficando mais distante dos focos de mineração. No entanto, para sua surpresa, a concentração dessa substância permanecia alta até quatrocentos quilômetros do sítio de exploração do ouro. Isso indicava que a contaminação por mercúrio não se produzia pela mineração.

Os estudos mostraram que desde tempos imemoriais os vulcões que outrora existiram na região haviam atirado mercúrio que se depositou no solo. Estima-se que os solos mais antigos da Amazônia acumularam mercúrio durante quinhentos mil a um milhão de anos. Desde a década de 1950, colonos, atraídos pela disponibilidade de terra para plantar, cortaram e incineraram mais 2,5 milhões de hectares da selva amazônica, sobretudo às margens dos rios. As chuvas constantes sobre o solo desmatado foram lavando o mercúrio e empurrando-o para os rios, onde, pela ação de bactérias, ele se converte no tóxico metilmercúrio. As bactérias contaminadas passam o metilmercúrio para os peixes pequenos que servem de alimento a peixes grandes, muitos dos quais acabam como alimento das famílias ribeirinhas.

Um trabalho de campo interdisciplinar, minucioso e constante mostrou que apesar de os níveis de mercúrio nos cabelos da população ribeirinha estar dentro nos padrões estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), muitos moradores apresentavam sinais e efeitos da contaminação como perda de coordenação motora, de destreza manual e problemas de visão.

Parecia que a quantidade de metilmercúrio no corpo da população local estava relacionada ao tipo de peixe que as pessoas comiam. Os que consumiam peixes herbívoros estavam menos afetados.

Feito um primeiro diagnóstico, a segunda etapa do projeto foi trabalhar com a população local para encontrar solução para os problemas de saúde. O grupo de pesquisadores estabeleceu

estreita relação sobretudo com as mulheres do povoado, com os professores locais, com os profissionais e de saúde e com os pescadores. Um dos resultados dessa colaboração foi a confecção de fichas com o desenho dos diferentes tipos de peixe e seu nível de contaminação por metilmercúrio. Hoje todos nessa comunidade sabem que é melhor não comer peixes que comem outros peixes, pois a contaminação dos pequenos consumidos pelos grandes acaba afetando a saúde das pessoas que os têm como base de sua dieta alimentar. Os resultados das decisões baseadas em evidência científica e em colaboração com a escola, a unidade de saúde e a população vêm dando resultados concretos: entre 1995 até hoje, a concentração de mercúrio nos moradores diminuiu quarenta por cento.

Durante vários meses, mulheres respeitadas pela comunidade fizeram um registro cotidiano do que trinta famílias consumiam. Por meio da análise dos cabelos se descobriu que o nível de mercúrio era menor nas pessoas que comiam mais frutas. Essa iniciativa levou à seleção dos alimentos que contribuíam para diminuir a contaminação da população (Lebel, 2005).

Os moradores locais começaram também a modificar técnicas agrícolas. Num trabalho conjunto com os pesquisadores, os granjeiros identificaram os cultivos que poderiam melhorar a dieta e reduzir a infiltração de mercúrio. Os investigadores trabalharam ainda com pescadores locais para que fossem detectadas as partes do rio com menor possibilidade de transformar o mercúrio em metilmercúrio e que, portanto, seriam mais adequadas para pescaria.

Em colaboração com a comunidade continuam sendo aplicados resultados científicos em sua vida, melhorando sua saúde, respeitando o ambiente e aumentando sua qualidade de vida.

Dentre os pesquisadores, cientistas de várias áreas vêm atuando: ecologistas, biofísicos, toxicologistas, epidemiologistas, cientistas sociais, agrônomos, biólogos, profissionais de educação e saúde.

Banimento do uso de DDT no México

Durante as décadas de 1940 e 1950, 2,4 milhões de mexicanos, por ano, contraíram malária e 24.000 morreram em consequência dessa enfermidade. Para erradicar a doença, o esforço

do governo se concentrou no uso maciço do potente inseticida DDT. No entanto, o uso contínuo do DDT ameaça a saúde do ecossistema. De acordo com o tratado de livre comércio entre os países americanos do norte (Alca), o México estava obrigado a eliminar por completo o uso desse pesticida até 2002.

Visando a encontrar uma saída mais ecológica para o problema da malária, pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde Pública iniciaram um projeto de investigação dentro dos moldes da abordagem ecossistêmica de saúde, reunindo o conhecimento de especialistas em epidemiologia, entomologia e ciências sociais, pessoas do governo e das comunidades locais.

Essa equipe acumulou uma grande quantidade de informações acerca da frequência da malária em duas mil comunidades. Os dados obtidos, colocados num sistema georreferenciado, permitiram concluir que os mosquitos (vetores da malária) não viajam muito longe, uma vez que haja um ambiente adequado para eles se alimentarem e colocarem seus ovos. Portanto, os humanos são os vetores da malária. Os pesquisadores encontram mais casos de enfermos às margens das estradas.

Com a ajuda da comunidade, os cientistas sociais estudaram as condições de vida das populações envolvidas no projeto, incluindo as diferenças de comportamento de homens e de mulheres. Foi constatado, por exemplo, que as mulheres têm mais possibilidades de serem picadas pela manhã quando vão buscar água para as atividades domésticas. Já os homens são vítimas dos mosquitos à noite, nas plantações de café.

Várias medidas preventivas foram sendo implementadas e continuam em vigor até hoje. Os cientistas propuseram outro inseticida que não permanece no ambiente. Construiu-se um tipo de aspersor mais potente usando menos inseticida, capaz de atingir até quarenta casas por dia. Foi também desenvolvido um novo equipamento que consegue detectar a presença ou a ausência de malária no sangue do paciente em poucos minutos.

Esse dispositivo é bem diferente dos exames laboratoriais que demoravam de três a quatro semanas para confirmar o diagnóstico. Atualmente, uma equipe de voluntários das próprias áreas realiza o exame em pessoas de sessenta comunidades.

Assim, a eliminação da malária no México está em curso e não se configura hoje como uma responsabilidade do governo apenas. As mulheres das comunidades incluídas no programa, a

cada duas semanas retiram algas que proporcionam o ambiente propício para as larvas dos mosquitos na água. Como resultado, o número de casos de malária em Oaxaca, região em que o projeto vem sendo desenvolvido, caiu de quinze mil em 1998 a só quatrocentos em 2002, sem o uso do DDT. Conta o coordenador do projeto Dr. Mário H. Rodríguez, diretor de investigação de enfermidades infecciosas do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP): “nossa experiência nos indica que devemos reforçar a investigação do componente das ciências sociais se queremos estender este programa para outras partes do país. O desafio é obter experiências que nos levem a uma escala maior”.

Pela exiguidade do espaço, outras experiências não serão aqui citadas, embora elas estejam em curso também no Brasil. São aplicadas a ecossistemas de grandes dimensões e de pequeno porte. Os requisitos são os mesmos: a interdisciplinaridade, a busca da equidade também de gênero, a participação de todos os atores envolvidos. São novas formas de investigar que incluem, na sua práxis, articulação com movimentos sociais, protagonismo de pessoas do povo, presença e ação do Estado visando a mudanças concretas nas relações com as condições ambientais e de saúde. Por isso, esse conjunto complexo de atores não pode ser configurado como de militância somente, porque também há pesquisa e investigações de ponta que acompanham necessariamente o desenvolvimento dos projetos. Não pode ser reconhecido como ambientalista no sentido tradicional, porque atua também no campo da saúde. E não é apenas uma atividade do setor saúde *stricto sensu* porque trata das causas contextuais da geração das enfermidades.

Do conjunto de experiências de que temos tomado conhecimento, podemos deduzir que não existe um paradigma estabelecido como método científico para esse enfoque. Todas as pessoas que estão atuando são consideradas construtoras desta fase de legitimação da proposta ecossistêmica. Aliás, Forget & Lebell, dois dos formuladores (2001), consideram o enfoque ecossistêmico de saúde *uma metáfora* para a ação teórica e prática, muito mais do que um novo paradigma da ciência.

CONCLUSÕES

Entendemos, com vários autores (Silva, 2001; Barreto, 2001) que a *abordagem ecossistêmica da saúde humana*, não é uma ciência nova, no sentido do conceito kuhniano do termo. É, sim, uma ciência nova se

assim concebemos uma geração de conhecimentos que só poderia acontecer com a utilização de uma abordagem metodológica como aqui está sendo proposta. Mas seus fundamentos também são antigos: repercute o *ethos* do ambientalismo e do feminismo, em sua maneira de envolver a todos os atores na geração de conhecimentos que alimentam a prática e vice-versa. Estamos, assim, no terreno do que Funtowski & Ravetz (1997) denominam *ciência pós-normal*, referindo-se às abordagens sobre questões ambientais que reúnem todos os atores sociais envolvidos em intervenções apropriadas a um desenvolvimento saudável.

REFERÊNCIAS

- Atlan, H. *Entre o cristal e a fumaça: ensaio sobre a organização do ser vivo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- Barreto, M. I. Intervention in the Environment and Society in the Quest for Health: How Scientific Can We Be? *Cadernos de Saúde Pública*, 17(supl. 1), pp. 32-3, 2001.
- Bertalanffy, L. *General Theory of System*. Nova York: George Braziller Editor, 1968.
- Brasil, Ministério da Saúde. *8.ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Relatório Final*. Brasília, 1986.
- *Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundwall e Santa Fe de Bogotá*. Brasília: MS/IEC, 1996.
- Brundtland, G. *Our Common Future*. Londres: Oxford University Press, 1987.
- Cnumad. *Jornal da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente*. Rio de Janeiro, [s.n], 1992.
- Engels, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Lisboa: Presença, 1974.
- Forget, G. & Lebel, J. An Ecosystem Approach to Human Health. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 7(2), pp. 3-38, 2001.
- Freitas, C. M.; M. Soares & M. F. S. Porto. *Subsídios para um programa na Fiocruz sobre saúde e ambiente no processo de desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- Funtowics, S. & J. Ravetz. Ciência pós-normal e comunidade ampliada de pares face aos desafios ambientais. *História, Ciência e Saúde*, 2(2), pp. 219-30, 1997.
- International Joint Commission. *The Ecosystem Approach*. Ottawa: [s.n], 1978.

- Lalonde, M. *A New Perspective of the Health of Canadians: a Work Document*. Ottawa: [s.e.], 1974.
- Lebel, J. *Salud: un enfoque ecosistémico*. Bogotá: Alfaómega, 2005.
- Mckeown, T & C. R. Löwe. *Introducción a la medicina social*. México: Siglo XXI, 1984.
- Mergler, D. *Conferência na Oficina de Trabalho: Enfoque Ecosistémico de la salud humana*. Antigua, Guatemala: IDRC, 2001.
- Minayo, M. C. S. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2), pp. 4-5, 1998.
- Murard, I. & P. Zylberman, P. *Le petit travailleur infatigable: villes-usines, habitat et intimités au XIXe siècle*. Paris: Recherches, 1980.
- Nunes, E. D. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Washington: Opas, 1985.
- Nunes, E. D. *Sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Prigogine, I. *Self-organization in Non-equilibrium System: from Dissipative Structures to Order through Fluctuations*. Nova York: Wiley & Sons, 1977.
- . *The End of Certainty, Time, Chaos and New Laws of Nature*. Nova York: The Free Press, 1997.
- Sen, A. *Desenvolvimento como liberdade*. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- Silva, L. J. Pavlovski Revisited: New Clothes for Ecology in Epidemiology. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(supl. 1), pp. 23-4, 2001.

INDICAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

- Minayo, M. C. S. & A. C. Miranda (orgs.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- O objetivo deste livro é reavivar e aprofundar o debate sobre o pensar e o agir acerca da temática ambiental na área da saúde no Brasil, observando os avanços e retrocessos obtidos no período compreendido entre a realização da Conferência Mundial chamada Rio-92 e a Cúpula que ocorreu em Johannesburgo em setembro de 2002 denominada Rio+10. É um livro em que o debate é a tônica pois sua concepção é de que ainda estamos caminhando no Brasil para refinar conceitos que "estremem os nós" entre a área da saúde e o tema do ambiente. Por isso, cada um de seus capítulos existe uma discussão acoplada. Os assuntos aqui tratados são: (1) revisão da Agenda 21; (2) relações entre ambiente, espaço e território sob o olhar da saúde; (3) um diálogo sobre risco no campo da saúde e no campo ambiental; (4) reflexão sobre qualidade de vida e promoção da saúde; (5) interações entre processos produtivos, consumo e degradação da saúde e do ambiente.

Lebel, Jean. *Salud un enfoque ecosistémico*. Bogotá: Editora Alfaómega, 2005. sciente@alfaomega.com.co

Embora este livro esteja escrito em espanhol, sendo difícil para o leitor adquiri-lo no Brasil, sua versão está no site www.idrc.ca/booktique e serve como ponto central da página web temática do IDRC sobre Enfoques Ecosistêmicos de Saúde www.idrc.ca/ecosalud. Nós o recomendamos para as pessoas que querem aprofundar as estratégias ecosistêmicas de tratar a saúde. A obra de apenas 89 páginas, no entanto contém, em linguagem simples, uma reflexão profunda sobre a abordagem além de trazer informações que vão desde a importante reunião de Estocolmo em 1972 até a de Johannesburgo em 2002. Trata do modelo de pesquisa e ação, apresenta vários casos bem-sucedidos que vêm ocorrendo nas áreas de mineração, agricultura, ambiente urbano e mostra resultados sustentáveis. O livro termina com recomendações e promessas do enfoque ecosistêmico. A obra vem acompanhada de um CD com narrativas de experiências do mundo inteiro.

Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento (Número temático da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2), Rio de Janeiro: Abrasco, 1998). Apesar de ser uma coletânea um pouco antiga, neste exemplar da revista existe uma discussão dos princípios, conceitos e principais questões em pauta. O número se inicia com um debate sobre o tema saúde e ambiente, traz uma reflexão sobre a Copasad (Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável), discute o tema do ambiente sob a ótica da saúde; analisa a biodiversidade brasileira sob ótica interdisciplinar, aborda os padrões de industrialização e riscos ambientais; trata da situação do saneamento no Brasil; aprofunda o princípio da precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador; analisa como a organização espacial condiciona as relações entre saúde e ambiente e traz alguns exemplos práticos de atuação ante problemas ambientais que afetam a saúde. Este número pode ser acessado em www.scielo.org

Peres, F. & J. Costa Moreira (org.). *Veneno ou remédio? — agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

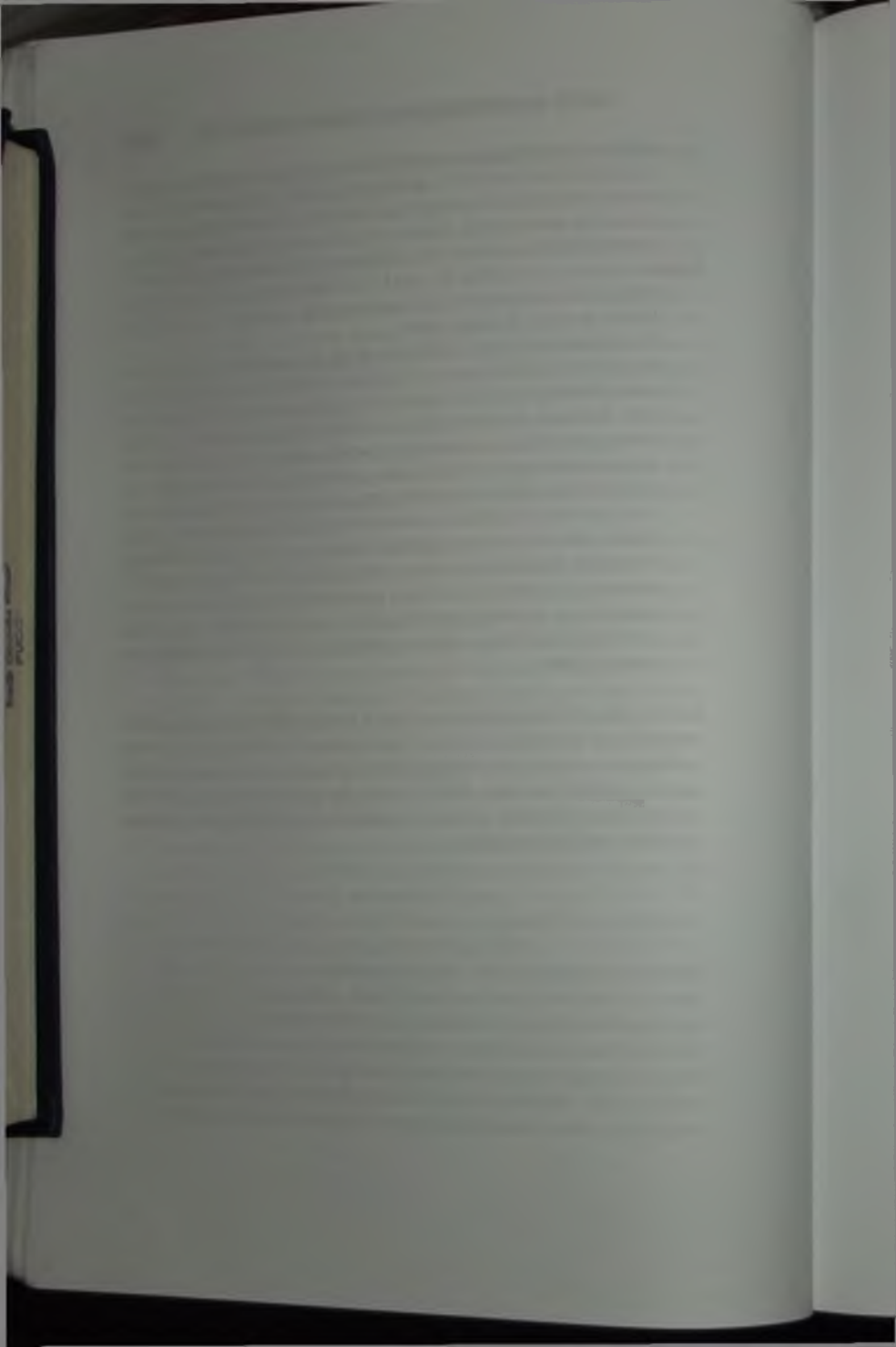
Este livro analisa os problemas provocados pelos agrotóxicos no processo da produção agropecuária, tanto para o ambiente, como para os trabalhadores e a população. Enfatiza a importância de se garantir a segurança e a qualidade de vida das populações (trabalhadores e suas famílias) que, cotidianamente, se expõem a efeitos nocivos desses agentes, em geral consumidos indiscriminadamente ao redor do mundo. São discutidos também os principais desafios enfrentados pelo setor saúde e pelos órgãos

ambientais relacionados ao monitoramento de potenciais efeitos negativos à saúde física, mental e à qualidade de vida. O livro apresenta ainda ao leitor iniciativas bem-sucedidas, realizadas por profissionais de saúde juntos com outros órgãos públicos, privados, ongs e população visando à sustentabilidade ambiental e à saúde dos agricultores e suas famílias.

Freitas, C. M., M. F. S. Porto & I. M. H. Machado (org.). *Acidentes industriais amplados: desafios e perspectivas para o controle e a prevenção*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

A expressão acidentes industriais de grandes proporções foi cunhada para definir ocorrências envolvendo ou pondo em risco coletividades e comunidades e seres vivos, causadas voluntária ou involuntariamente por seres humanos. Este livro reúne experiências, dados e olhares de competentes especialistas, examinando a questão ambiental vinculada aos processos de produção industrial, suas repercussões para a população e os trabalhadores, sobretudo quando em áreas densamente povoadas ocorrem desastres ou acidentes amplados. O tema é examinado em profundidade sob vários aspectos: fatores humanos, estudos de confiabilidade, incertezas envolvidas no exame dos sinistros, experiências de reação e propostas do movimento sindical, planejamento de emergências e licenciamento de atividades perigosas. O livro analisa também os principais desastres industriais ocorridos na América Latina e os contextualiza no âmbito global.

NOTA: caso algum estudante pretenda ampliar seus conhecimentos e mantê-los atualizados, a revista *Ciência & Saúde Coletiva* (CSC) (<www.scielo.org>, <www.cienciaesaudecoletiva@org.br>) e a revista *Environmental Health Perspectives* (EHP) (<www.ehp.org>) em todos os seus números trazem revisões, pesquisas e experiências relativas aos temas que articulam saúde e ambiente



SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: QUE CONEXÕES?

Marco Akerman
Liane Beatriz Righi
Dário Frederico Pasche
Damila Trufelli
Paula Ribeiro Lopes

NESTE CAPÍTULO será tratado o tema das relações entre saúde e desenvolvimento. Os estudos a respeito das relações entre estes dois temas se, por um lado, não são propriamente uma novidade, de outro, ainda são escassas as pesquisas e a produção científica a respeito de suas conexões.

Sem dúvida o tema já é tratado há muito tempo. Basta lembrarmos do importante estudo de Engels (1986) sobre a condição da classe operária na Inglaterra no início dos anos 1800. Engels traça um paralelo entre as condições de vida da classe trabalhadora e a ocorrência de doenças, mortes e agravos, concluindo que as condições de vida interferem diretamente na produção da saúde, associando pobreza e injustiça com doença, morte e degradação da dignidade humana. Os estudos de Villerme (Goldberg, 1994), pai da epidemiologia socioeconômica, Chadwick (Aires, 1995), entre outros, formam um bom acervo sobre as implicações do desenvolvimento e a saúde das pessoas e populações.

Em mais de um século muitos estudos têm tratado das conexões entre desenvolvimento econômico e social e a produção da saúde, muito embora, como nos alertou Marcel Goldberg (1994) já no início dos anos 1990, a importância dos fatores socioeconômicos foi relativamente deixada de lado nos estudos e pesquisas epidemiológicos. Ou seja, a análise destes fatores (determinantes da saúde) sobre a produção de saúde é na atualidade um fato secundário nas pesquisas. Nesse sentido, é possível afirmar que a influência dos fatores sociais e econômicos teve importância relativa maior em séculos passados que na atualidade.

A secundarização nos estudos dos efeitos do desenvolvimento sobre a saúde das populações, por outro lado, não impediu que nos últimos vinte anos o tema voltasse com força nos debates do campo da saúde e das políticas públicas em geral. Questionamentos sobre mode-

los de desenvolvimento e suas lógicas de produção e expropriação têm sido verificados em quase todo o planeta, interrogando-se e exigindo-se a tomada de medidas sobre os custos ambientais (degradação, poluição, uso irracional de recursos, etc.) e sociais e econômicos (exclusão, iniquidades, não-redução dos níveis de pobreza, injustiças, etc.).

Além disso, têm sido questionadas as finalidades do desenvolvimento, abrindo-se importantes indagações sobre a sustentabilidade e a capacidade dos modelos de desenvolvimento para promover a vida, a justiça e a solidariedade humana.

| REAÇÕES E MOVIMENTOS

Em decorrência dessas discussões, agendas têm sido propostas como o Tratado de Kyoto, a Convenção Quadro, a Agenda 21, as Metas do Milênio, o Movimento pela Promoção da Saúde, entre outros, que tecem considerações sobre os efeitos do desenvolvimento sob a égide do capitalismo e suas consequências deletérias ao ambiente e à vida humana. Estas agendas propõem restrições ao uso desenfreado de recursos naturais, à exploração do trabalho humano e à concentração de renda.

Desenvolvimento sustentado, inclusivo e includente; desenvolvimento para promoção da vida humana, que explore a natureza sem degradar o planeta, desenvolvimento humano, social e economicamente justo, entre outros, têm sido pautas importantes desde as últimas décadas do século XX.

Assim, as conexões entre saúde e desenvolvimento ampliaram o escopo, além dos efeitos sociais e econômicos nas populações, estendendo-se para questionar a própria lógica do desenvolvimento e seus impactos no planeta. Emergem no contexto, agregando-se a clássica tríade dos direitos (civis, políticos e econômico-sociais), os direitos de solidariedade, ou de quarta geração, ou seja, direito ao desenvolvimento, ao meio ambiente sadio, à paz e à autodeterminação dos povos (Bedin, 1997).

O próprio campo da saúde, de sua parte, tem sido bastante interrogado sobre sua capacidade de produzir saúde. O modelo biomédico e sua aliança funcional com interesses da produção privada de insumos tecnológicos, concluem vários estudiosos da área (Capra, 1982; Campos, 1992, entre outros), tem compromisso secundário com a saúde das pessoas e das populações. O usufruto do desenvolvimento científico e tecnológico não tem sido mediado, nem definido prioritariamente, por necessidades de saúde. Isto tem derivado muito mais da capacidade de compra das pessoas, transformadas em consumidores de saúde

Essas questões, entre outras, lançam interrogação sobre as realizações do campo da saúde, fazendo aparecer na maioria dos países um quadro de crise (Mendes, 1996), que é agravado pelas necessidades de se racionalizar custos e gastos, em face das próprias exigências de modernização dos meios produtivos, que reclamam por recursos públicos.

Assim, as lógicas da reprodução do capital e da proteção social se chocam, e a questão social toma vários sentidos, como expressão de política pública, ante a crise do capitalismo contemporâneo. Disso decorre que a produção de mudanças na saúde se apresenta como campo de disputa de interesses de várias ordens, o que faz necessário situá-la no plano da política, entendida como *ethos* de produção na diferença.

Dessa forma, a área da saúde também passa a se debater com um cenário de crise cujos componentes éticos, políticos e econômicos permitem adjectivá-la como complexa.

Modelos de desenvolvimento em crise por sua dificuldade de produzir e qualificar a vida no planeta e modos de conceber a saúde e modelos de organização de sistemas, serviços e práticas sanitárias têm sido interrogados por sua dificuldade de produzir saúde, aproximam ainda mais estes dois terrenos-continentes: como produzir modelos de desenvolvimento que qualifiquem a vida e sejam fatores determinantes de uma vida digna e saudável?

Quais mudanças são requeridas no campo da saúde para que suas práticas se consorciem a novos modos de desenvolvimento que passem a colocar em primeiro plano, em destaque, sua condição de meio de produção de vida boa?

Como diria Boaventura Sousa Santos, a crise por que passa a saúde e o desenvolvimento não são apenas de "crescimento", que revelaria insatisfação diante de métodos e conceitos utilizados, o que exigiria fazer mais para superar as limitações. A crise é de outra natureza, de "degenerescência", pois interroga os fundamentos, o modo de ser. São crises de paradigmas, significa pôr em causa os alicerces, os pilares das áreas.

QUE ASSOCIAÇÕES TÊM SIDO PROPOSTAS ENTRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO?

Nesse contexto e envolto por tais questões, se quer buscar compreender as interconexões entre desenvolvimento e saúde, propondo um marco metodológico para se verificar, com base em experiências concretas, associações entre este dois campos.

Por se tratar de um "velho tema novo", muitas produções são, ainda, provisórias. Além disso, a aproximação entre saúde e desenvolvimento tem sido feita pelo conectivo "e", o que alertamos: todo conectivo agrega separando (distingue para conectar, produzindo aproximação tensa). Talvez este limite conectivo deva ser removido. Como então conectar saúde-desenvolvimento?

A inter-relação entre saúde e desenvolvimento é reafirmada no documento elaborado pela recém-instalada "Comissão para os Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde", da Organização Mundial da Saúde — OMS (WHO, 2004). Neste documento, critica-se um informe prévio da OMS elaborado pela Comissão de Macroeconomia e Saúde que explorou apenas aspectos econômicos da relação saúde e desenvolvimento, e de forma utilitarista, pois "saúde é vista apenas como um recurso para o desenvolvimento econômico" e não analisa que as condições socioeconômicas, também, podem determinar os resultados de saúde de uma população.

Há estudos importantes sobre as interfaces do desenvolvimento e da saúde. Amariya Sen (2000) em *Desenvolvimento como Liberdade* estabelece a complexidade conceitual e empírica do tema e algumas ligações entre saúde e desenvolvimento, e Marmot & Wilkinson (2005) estabelecem "fatos sólidos" na determinação social da saúde (WHO, 2003).

Brundtland, 2002a; 2002b, von Schirnding, 2002a; John & Abel, 2002; WHO, 2002 debatem a conexão entre saúde e desenvolvimento sustentável sob a égide da Segunda Cúpula Mundial de Desenvolvimento Sustentável, organizada pela ONU (Unced), realizada em 2002, em Johannesburgo, na África do Sul, e indicam algumas possibilidades de interconexões: no planejamento intersetorial, na prevenção de doenças transmissíveis; no enfrentamento da emergência da agenda contemporânea da saúde (doenças crônicas, tabagismo, alimentação e nutrição, poluição do ar, do solo, da água e dos alimentos e no fortalecimento da efetividade dos sistemas de saúde).

Crescente (2005) e Righi (2006), enfatizam a importância de se considerar a agenda do setor saúde em conexão ao debate do desenvolvimento. Estas pesquisas evidenciam componentes de artificialidade nas propostas que excluem as organizações de saúde do debate sobre o desenvolvimento e sugerem a valorização do desenho institucional do SUS. Criar condições para que os serviços de saúde contribuam para o desenvolvimento local, territorial, incluído, sustentado e sustentável implica a criação de novas organizações de saúde e profundas mudanças na gestão dos serviços que compõem a rede e na gestão da rede

local e regional de serviços de saúde. O desenvolvimento local exige organizações com capacidade de inovar, e as inovações em saúde integram um projeto de desenvolvimento do território.

Os conhecimentos aportados pelo campo da "saúde urbana" também estabelecem conexões entre saúde e desenvolvimento (Fleury, 2004; Barondess, 2001; Harpman & Blue, 1997) ao abordar como os processos de urbanização influenciam a saúde das populações, bem como o campo da saúde ambiental que conecta a influência dos processos produtivos sobre o ambiente e sobre a saúde das pessoas (Navarro et al., 2002; Franco, 2002; Rigotto, 2002).

A literatura de desigualdades sociais em saúde e inclusão social (por exemplo, Labont, 2004), agendas urbanas intersetoriais (por ex., Mendes et al., 2004; Scriven & Young, 1998; Duhl, 1993); material de análise crítica da promoção da saúde (por ex., Barten & Cuden, 2002; Wallerstein, 2002); e desenvolvimento local integrado e sustentável (por ex., Akerman, 2005; Dowbor, 2002) também contém elementos úteis para subsidiar o estudo das conexões entre saúde e desenvolvimento.

Akerman (2005) sugere que este conjunto de agendas intelectuais e políticas, acima indicadas (desenvolvimento como liberdade, determinação social do processo saúde-doença, desenvolvimento sustentável, saúde coletiva, saúde urbana, saúde e ambiente, promoção da saúde, desenvolvimento local) se aproxima da lógica da produção social em saúde e que poderiam desdobrar-se em seis categorias conceituais e operacionais: determinantes sociais, equidade, inclusão social, capital social, empoderamento, e capacidade de governo.

Embora haja alguns indícios da inter-relação entre saúde e desenvolvimento, condicionantes e determinantes precisam ser aprofundados conceitualmente e contextualizados para que sejam estabelecidas relações empíricas mais consistentes que apoiem a formulação de políticas, projetos e ações.

Para tanto, inicialmente "desconstruímos" o binômio "saúde-desenvolvimento", analisando separadamente "SAÚDE" e "DESENVOLVIMENTO" sob a ótica de sua produção social. Em seguida, trataremos de que novas conexões precisam ser re-estabelecidas.

✓ O QUE É SAÚDE? A INFLUÊNCIA HUMANA EM SUA PRODUÇÃO

O conceito de saúde, ao longo do tempo, vem sendo modificado, adquirindo novos contornos e conexões com outros campos de ação da vida humana.

Já não nos contentamos mais com a sua simplificação, e dizer que "saúde é um estado caracterizado pela ausência de doenças" é reduzi-lo a um patamar muito pobre em que saúde e doença se configuram apenas em opostos destituídos de qualquer ação humana. Mesmo a tentativa da Organização Mundial da Saúde, de conceber um conceito mais ampliado de saúde, na década de 40 do século passado, como "completo estado de bem-estar bio-psico-social", parece ter esbarrado numa certa totalidade idealizada, em que, de novo, não aparece quem seriam os responsáveis pela produção do "completo estado de bem-estar", caso ele fosse possível.

Saúde é uma qualidade inata do homem e ainda segundo a tradição aristotélica¹ é um dos bens que cooperam para a produção da felicidade, objetivo da maior vida. A esta concepção a tradição cristã agregou a ideia de que a saúde resulta também de virtudes espirituais, uma disposição infundida diretamente por Deus, gerada ou re-estabelecida por uma graça divina² (Nogueira, 2003, p. 100). Saúde é um dom inato, em outras palavras. Ainda segundo Nogueira, a este estado natural se agrega que os homens, detentores de livre-arbítrio, são capazes, pelos bons e maus hábitos, de interferir sobre este dom.

A saúde, fato moral derivado de virtudes e do ato disciplinar de vontades, aparece, nesta medida, muito mais derivada de comportamentos individuais, do que resultante do modo de vida. Ou seja, essa explicação e entendimento, embora muito interessantes, não permitem compreender a saúde em sua dimensão coletiva e produção histórica.

Tampouco seria útil simplificar a discussão e dizer, em contraposição, que a saúde é um fato social e histórico, remetendo-a exclusivamente ao plano da produção coletiva. Nessa medida, pode-se anunciar de imediato que a saúde é um fato complexo, por que lida com a produção da própria vida, estando também ligada ao plano dos valores e das interrogações e compreensões filosóficas e teológicas. À complexidade associa-se outra característica: a polissemia, ou seja, os conceitos de saúde têm múltiplos significados.

Tais características do entendimento de saúde determinam que quando nos propomos a questão — "o que é saúde?" ficamos tenta-

¹ Refere-se a Aristóteles, filósofo grego (384-322 a.C.), cujos pensamentos filosóficos e ideias sobre a humanidade exercem grande influência no pensamento ocidental contemporâneo. Aristóteles é considerado o criador do pensamento lógico.

² A palavra *saúde* deriva da *salus*, salvação. Para a tradição cristã, a contemplação de Deus é um remédio que promove a salvação. O salvador é o curador, Cristo, médicos das almas (Nogueira, 2003, p. 103).

dos a recorrer a muitos argumentos, que tendem a buscar socorro na filosofia, na sociologia, na antropologia, na história, enfim nas ciências humanas e sociais, bem como os territórios disciplinares atinentes às próprias ciências da saúde, sobretudo do campo da biologia.

Como então tomar um conceito de saúde que permita apreendê-la em suas várias significações e realizar a discussão sobre suas conexões com o desenvolvimento? Trata-se, assim, de uma discussão complexa que não se pretende esgotar neste texto.¹

Aqui a ênfase será dada ao seu caráter de bem público, produzida socialmente na interação entre sujeitos que disputam por introduzir seus interesses e necessidades na agenda pública. O que decorre da correlação de forças, jogo que se estabelece em arenas decisórias, mediadas por contextos sociopolíticos e condições materiais específicos.

Dessa forma, a produção de saúde decorre de determinadas condições sócio-históricas, do jogo de interesses entre sujeitos que disputam recursos, cuja apropriação pode favorecer ou não distribuição equitativa, da qual resultam graus de acesso da população a bens e consumo para a reprodução da vida. De outra parte, os serviços de saúde e modos de organização da atenção derivam também deste intrincado jogo. Serviços de saúde são respostas das sociedades às necessidades de saúde combinando, também, interesses de um conjunto de atores, entre os quais produtores de serviços, o Estado, trabalhadores e população de determinadas concepções de saúde. Combinação esta circunscrita na disputa por determinadas concepções de saúde. Assim, composição de sistemas e formas de organização dos serviços de saúde e a própria concepção de saúde hegemônicas em determinado contexto, são determinadas pelo jogo de interesses no âmbito de uma dada sociedade, apresentando-se como espaços de disputa e síntese histórica da correlação de forças.

A análise da saúde nos últimos dois séculos permite-nos dizer que a sua dimensão de produção social, ou seja, a saúde compreendida como resultante de condições concretas de vida (renda, alimentação, condições de trabalho e moradia, etc.), decorre, de um lado, de movimentos políticos e sociais, sobretudo os que reclamam por reformas estruturais — como o processo revolucionário europeu de 1948 (Nunes, 1989); por necessidades de ampliação das taxas de lucratividade do capital; e por razões estratégicas do Estado (Foucault, 1989).

¹ O livro de Roberto Nogueira *Saúde pelo Averso* enfrenta esta complexidade da concepção de saúde e de sua historicidade (Nogueira, 2003). Ademais, seus capítulos X e Y, que indicamos para leitura, tratam centralmente desta discussão.

A incorporação da dimensão social na explicação dos fenômenos da saúde determinou várias conquistas, decorrentes da ação política no campo social e econômico, como: saneamento ambiental, dos ambientes de trabalhos, ampliação das políticas de proteção social e, mais tarde, reorganização de sistemas e serviços de saúde para acolher o conjunto de necessidades de saúde das pessoas. A experiência inglesa, advinda do *Relatório Dawson*, no início do século XX é exemplo disso (Marshall, 1995).

Sabemos, contudo, que os determinantes da saúde não foram os únicos elementos que alicerçaram as políticas públicas, tampouco foram os responsáveis pela organização de sistemas e serviços de saúde. O padrão de desenvolvimento científico, tecnológico e a organização da atenção à saúde, sob o comando da biomedicina e do modelo flexneriano, hegemônicos desde o início do século XX, impuseram formas de produção e consumo de serviços e práticas de saúde que combinaram uma série de efeitos como a elevação de custos (sugerindo-se a ideia da inflação médica); o baixo impacto na saúde da população; o especialismo (elegendo-se o raro como prioritário e secundarizando o predominante); e a ampliação das barreiras de acesso em razão da inserção das necessidades de saúde na esfera do consumo privado, entre outros.

Isso determinou uma série de movimentos de contestação e crítica, que permitiu em todo século XX a produção de novos paradigmas na área da saúde, entre os quais a Medicina Preventiva (Arouca, 2003), a Saúde Comunitária (Donnangelo & Pereira, 1979), a Saúde Coletiva (Pasche, 2006), O Movimento pela Promoção da Saúde,⁴ entre outros.

Promover a saúde e recuperá-la como valor de uso; resgatá-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida; interferir nos estilos e modos de vida e na produção de políticas públicas que tomem em primeira mão o desenvolvimento do humano; desenvolvimento para a saúde, entendida, então, como sinônimo de vida, passam a partir de então a se constituir em objetivos dos diversos movimentos e propostas em oposição à biomedicina durante boa parte do século XX, o que resultou na experimentação de novas formas de conceber a saúde e de organizar sistemas e serviços de saúde.

A experiência brasileira, sobretudo a do SUS, é exemplo disso. A reforma sanitária no País nasce de um contexto de disputa política, em que estavam em jogo as próprias regras da democracia formal brasileira, cujo feito é a nova constituição federal de 1988. Isso possibilitou, entre

⁴ A Promoção da Saúde, no Brasil, foi incorporada à institucionalidade do SUS pela aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em março de 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde

outros, a incorporação à sua base doutrinária de um ideário de política pública, embasado na universalidade do acesso a serviços integrais.

O SUS compreende a saúde determinada por dupla combinação: como resultante da ação de fatores sociais e econômicos, entendimento esse registrado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), e como decorrência da própria capacidade de ação e resolutividade dos serviços de saúde. A saúde, no sistema público brasileiro resulta, então, da combinação e interação de vários planos de intervenção, tanto da sociedade como um todo, como dos serviços e práticas da saúde em particular.

Ampliar o acesso, entendido como a capacidade dos serviços de acolher as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, promover a reorganização das práticas, tornando-as resolutivas e integrais, põe-se desde então como desafio importante para a agenda sanitária brasileira.

A partir do exposto, o que entendemos por saúde? Saúde resulta das condições concretas de vida da população, que por sua vez resulta da ação política dos sujeitos sociais, que disputam recursos de várias ordens (financeiros, políticos, institucionais, etc.). Os serviços de saúde, de sua parte, resultam de concepções de saúde e, também, de interesses de atores que jogam o jogo da saúde. Dessa forma, nenhum sistema ou serviços é reflexo imediato de necessidades incorporadas e distintos graus. Saúde e organização de serviços são, nesta medida, espaço de disputa, de afirmação ou de negação de direitos e de necessidades.

O QUE É DESENVOLVIMENTO? O QUE VEM SE FALANDO SOBRE "DESENVOLVIMENTO", POR AÍ?

Guimarães Rosa nos oferta uma frase bem sugestiva para o tema, no seu livro, *Primeiras Estórias*, no conto "Sôroco, Sua Mãe, Sua Filha": "a gente cresce sempre mesmo sem saber para onde!" ao falar de que, o crescimento pessoal, nem sempre tem a direção desejada pelo sujeito. Dois conhecidos dicionários brasileiros (Ferreira, 1975 e Houaiss, 2002) associam ao vocábulo *desenvolvimento* essa mesma noção impressa na frase de Guimarães Rosa, com os significados "crescimento e expansão", mas qualifica-os, também, ao indicar "aprimoramento, progresso" como outros sinônimos para desenvolvimento, indicando algum grau de direção para o crescimento ou para a expansão.

Entretanto, se dos sinônimos de "desenvolvimento" é possível inferir graus de direção ou intenção, não é possível perceber, entretanto, a que tipo de aprimoramento ou progresso esta se referindo ou "quem" auferir os benefícios de tal aprimoramento ou progresso.

Em outros termos, num marco de análise de lógicas de desenvolvimento, há que identificar a direção, intenção, foco e atores beneficiados.

O Quadro 1 especifica alguns substantivos e qualificativos de desenvolvimento baseados nos "descritores em ciências da saúde" da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (www.bireme.br).

Quadro 1. Principais substantivos e qualificativos sobre desenvolvimento, seus sinônimos e definições baseados nos descritores de ciências da Saúde da BVS, acesso em março de 2005 (adaptado pelos autores na BVS da Bireme).

SUBSTANTIVOS E QUALIFICATIVOS DE DESENVOLVIMENTO	SINÔNIMOS	DEFINIÇÃO
Desenvolvimento Ecológico	Desenvolvimento Ambiental / Desenvolvimento e Meio-Ambiente	Modalidade do desenvolvimento econômico que postula a utilização racional dos recursos naturais, para satisfazer as necessidades atuais e futuras, empregando uma tecnologia apropriada que não prejudique a natureza nem produza contaminação, e recicle ou reutilize materiais e recursos naturais
Desenvolvimento da Comunidade	Promoção Comunitária	Correspondente à organização da vida comunitária em todos os seus aspectos, em particular aos projetos de inovações e/ou aperfeiçoamento das instalações existentes em uma comunidade
Desenvolvimento Econômico		* Difere de crescimento econômico, que tem ótica mais expansionista e quantitativa, desenvolvimento econômico, de caráter mais evolucionista e qualitativo, estaria mais voltado para o aprimoramento das relações econômicas e da satisfação das necessidades e aspirações humanas e menos dirigidas para os fins econômicos, em si
Desenvolvimento Humano		Mudanças sequenciais contínuas que ocorrem nas funções fisiológicas e psicológicas durante a vida do indivíduo (NLM). O processo de ampliação das opções das pessoas. As mais fundamentais consistem em viver vida longa e sã, ter educação e desfrutar de nível de vida decente, liberdade, dignidade e respeito por si mesmo e pelos demais (<i>Informe sobre Desenvolvimento Humano</i> , Pnud, 1997)
Desenvolvimento Regional		Orientação das políticas do Estado, para propiciar que as orientações do desenvolvimento nacional sejam decididas e executadas no âmbito regional, considerando elementos da atividade produtiva, padrões culturais e contemplando a participação dos atores, segundo um conceito de descentralização dos recursos e das decisões
Desenvolvimento Social		‡ Promover o desenvolvimento social é refutar a idéia de que somente o crescimento econômico possa gerar melhorias nas condições de vida através da teoria do "gotejamento", ou que "só com o crescimento do bolo" e que se pode levar benefícios ao mais pobres. Com isso entende-se o desenvolvimento não só como melhoria do capital econômico (fundamentos da economia, infra-estrutura, capital comercial, capital financeiro, etc.) mas também como melhoria do capital humano (capa-

SUBSTANTIVOS E QUALIFICATIVOS DE DESENVOLVIMENTO	SINÔNIMOS	DEFINIÇÃO
Desenvolvimento Social		citação e qualificação das pessoas) e do capital social (valores partilhados, cultura, capacidades para agir sinergicamente e produzir redes e acordos voltados para o interior da sociedade) §
Desenvolvimento Sustentável	Crescimento Económico Sustentado Economia sustentável	Estratégia para o desenvolvimento económico e social que implica a satisfação das necessidades básicas das gerações atuais sem entorpecer a capacidade das gerações futuras para satisfazer as suas
Desenvolvimento Urbano	Reforma urbana	A melhora planejada de uma área urbana deteriorada e que envolve reconstrução, renovação ou restauração. Frequentemente se refere a programas de demolição principal e reconstrução de áreas afetadas

* Definição incluída pelos autores do capítulo. A definição disponibilizada pela RVS/Bireme foi apenas de que desenvolvimento económico "envolve mudanças estruturais na economia"

† Baseado em Francisco Milanes. Desenvolvimento sustentável. In: António David Casaru (org.) *A outra economia*, 2003

‡ Esta definição foi incluída pelos autores deste capítulo pois não havia definição disponível no site da RVS/BVS para desenvolvimento social

§ Inspirado por Hernando Kikilaberq em seu texto "Repensando o Estado para o Desenvolvimento Social: Superando Dogmas e Convencionaismos"

O conceito de desenvolvimento, como percebido pelo Quadro 1, tem caráter polissêmico, condição que é produzida pelos vários adjetivos e substantivos agregados a ele. Entre os principais adjetivos, portanto, que qualificam o desenvolvimento, aparecem as ideias de sustentado, inclusivo, não excludente. Os adjetivos mais encontrados são ecológico, humano, ambiental, social, urbano, entre outros. Esta condição torna ainda mais complexa a conexão com a saúde, cuja condição polissêmica já foi referida na discussão sobre a concepção de saúde.

FALTOU MAIS ALGUM OUTRO TIPO DE DESENVOLVIMENTO?

Caberia, ainda, agregar a esta lista de "desenvolvimentos" proposta pela Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) o debate sobre o "local" no desenvolvimento.

O desenvolvimento não ocorre abstratamente, ele se manifesta (ou não se manifesta) em um espaço geográfico bem-definido. É possível localizar esse processo em níveis geográficos em escalas distintas: mundial; continental (nas Américas, por exemplo); nacional; estadual/provincial; regional (conjunto de países como no caso do Mercosul, esta-

duais como os da região Sul do Brasil, por exemplo ou de municípios em consórcios municipais); municipal e local.

O "local" poderia ser compreendido como pertencente ou relativo a um território,⁶ comarca ou comunidade, geralmente um pouco menor do que a menor, ou mesmo a menor, instância de divisão político-administrativa de um país.⁷ Em outras palavras, o local poderia ser um município ou ainda uma parte desse município, situado em área urbana ou rural. Todavia, o local não pode ser considerado como uma ilha sem nenhuma relação ou influência de outros locais, mesmo do regional, do nacional ou do global. Um processo de transformação social em um determinado lugar pode, ainda, alterar os limites originais desta localidade, influenciando, também, outras localidades.

O local é visto então como um espaço efetivo de atuação de atores sociais (França et al., 2002). Como assinala Amartya Sen (2000), o lugar faz a diferença, pois o homem vê o universo a partir de um lugar. Tal lugar forma a base das relações entre as pessoas, espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania, onde se "concretizam as relações de cooperação e de poder" (Santos, 1997).⁸

O local tem sido apontado por muitos autores e organismos internacionais (por exemplo, França et al., 2004; UNDP, 2002; OPS, 2003; Jesus, 2003; Dowbor, 2002) como campo de ação privilegiado para ativar marcos de referência que atuem com o fito de melhorar a qualidade de vida, minimizar riscos à saúde e promover espaços saudáveis. A ampliação das possibilidades e dos recursos sociais e econômicos do local representa um dos eixos para a superação das desigualdades e da pobreza (Dowbor, 2002) e, portanto, é uma condição fundamental para a realização de marcos de referência desta natureza.

De acordo com a análise acima empreendida, poder-se-ia dizer que "desenvolvimento local" é um processo que move energias, recur-

⁶ Nos dicionários, o termo *território* significa extensão de terra, mas na moderna geografia humana representa "o solo onde se concretizam as relações sociais, as relações entre vizinhança e solidariedade e as relações de poder. O território é a manifestação ativa da vida" (Koga, 2003).

⁷ Contribuição pessoal de Antonio González, Ministério da Saúde de Cuba, fevereiro de 2004.

⁸ Milton Santos foi professor da Universidade Federal da Bahia, da Universidade de São Paulo e de várias universidades estrangeiras. Faleceu em 2001. É um dos principais representantes da "geografia crítica" em que o estudo do espaço procura a explicação nas relações entre a sociedade, o trabalho e a natureza na produção e apropriação dos lugares e territórios. Milton Santos indicava com isso que não é mais suficiente explicar o mundo, é preciso também transformá-lo.

sos e talentos de pessoas e organizações para favorecer a cidadania e melhorar as condições de vida da população de um determinado espaço geográfico socialmente definido (Calame, 2004, de Jesus, 2003).

Outra contribuição advém de autores que problematizam o conceito de desenvolvimento territorial. Para eles, este "outro" desenvolvimento é compreendido como um estágio do processo de mudança estrutural empreendido por uma sociedade organizada territorialmente, sustentado na potencialização dos capitais e recursos (materiais e imateriais) existentes no local, tendo nem vista a melhoria da qualidade de vida de sua população (Dallabrida, 2006). Essa perspectiva tem como principais referências Bosier (2004), Caravaca (1998; 2005) e Méndez (2002).

Os territórios, assim entendidos, não se constituem em espaços mágicos para o desenvolvimento incluyente em oposição ao desenvolvimento imposto pela dimensão global; eles podem assumir opções de desenvolvimento que os favoreçam, mas suas opções de desenvolvimento também podem reforçar a submissão. É a partir da identificação dessa dinâmica que Caravaca (1998) refere-se a territórios ganhadores e a territórios perdedores.

Para a discussão proposta neste texto, os conceitos que agregamos vão nos permitindo anunciar a hipótese de que o local é um espaço estratégico para as inovações que se articulam a propostas de desenvolvimento territorial e que a organização da saúde (os serviços, a gestão setorial e as relações com outros setores) resultam de propostas de desenvolvimento e podem constituir-se em incubadoras de uma nova institucionalidade que reforce outras alternativas de desenvolvimento territorial.

COMO OLHAR, ENTÃO, PARA TANTOS "DESENVOLVIMENTOS"?

Este conjunto de "desenvolvimentos" nos relembra então, que introduzir a temática do desenvolvimento e de suas conexões com o campo da saúde, é sempre nos perguntar "que desenvolvimento" está se propondo.

Uma dessas visões é a do economista indiano Amartya Sen, laureado com o Prêmio Nobel em 1998, que defende a perspectiva do desenvolvimento como expansão das liberdades substantivas e dirige a atenção para os fins que o tornam importante (Sen, 2000).

Não basta, então, restringir a atenção a alguns meios, pois

o desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência e oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos (2000, p. 18).

Parece-nos então, que enfrentar “a privação da liberdade” não passa, apenas, pelo incremento do comércio entre os países como um remédio milagroso para a redução da pobreza e a promoção do desenvolvimento. A redução de tarifas comerciais e o aumento da exportação podem contribuir para o crescimento do PIB de alguns países, mas isso não se reflete necessariamente no desenvolvimento integral das populações mais pobres.

Ante a questão, é preciso adotar concepções de desenvolvimento, que não estejam apenas restritas à noção de crescimento. Talvez, valha a pena formular a pergunta: “desenvolver para quê e com quem?”

Essa pergunta é quase uma tomada de posição, uma vez que expressa não haver “desenvolvimento” destituído de um propósito. Este desejo humano e social, portanto, não se configura como um fim em si mesmo, mas como uma travessia, como um porvir.

Assim, ao se explicitar alguns desdobramentos da pergunta anterior, vão se revelando alguns de nossos propósitos:

- Como enfrentar o quadro atual de “contextos de degradação contínua” (Campos, 2004) nas periferias das grandes cidades latino-americanas ou a “crescente degradação do gueto?” (Castel, 1997a e 1997b — citado por Fleury, 2004).

- Como reduzir a pobreza existente nas numerosas áreas urbanas e rurais na maioria dos países do mundo?

- Como influir na formulação de políticas públicas que tenham forte substrato baseado na equidade e na inclusão social?

Sendo assim, a questão — “desenvolver para quê e com quem?” — poderia ser respondida do seguinte modo: a equidade e a inclusão social deveriam ser os **princípios** que norteiam um processo de desenvolvimento, o qual se configuraria como um **meio**, como um **conjunto de ferramentas**; o **fim** desse processo — ou seu **começo!** — seria o fortalecimento da cidadania, da democracia e da promoção dos direitos em uma esfera pública reflexiva, dinâmica e criativa.

**O DESENVOLVIMENTO NA AGENDA
DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU):
TENTATIVAS DE ESTABELECIMENTO DE OUTRAS CONEXÕES**

O IDH — Índice de Desenvolvimento Humano — construído pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, a partir do início da década de 1990 (www.pnud.org.br/idh/) é um esforço para incluir outras esferas da vida, além da econômica, nas lógicas de análise do desenvolvimento.

O IDH é formado pelo "PIB *per capita*", "expectativa de vida", "taxas de alfabetização e anos na escola" de todos os países do mundo, que são classificados em ordem decrescente de "desenvolvimento humano" e divulgados anualmente pelo *Relatório Mundial de Desenvolvimento* (www.pnud.org.br).

Por exemplo, em 2005, o Brasil se colocou em 63.^o lugar em desenvolvimento humano, e em 14.^o quanto ao Produto Interno Bruto (PIB). O IDH possui o mérito de mostrar que nem sempre o potencial econômico de um país está correlacionado com a sua capacidade de promover o desenvolvimento humano de sua população.

Esse debate influenciou todas as Conferências organizadas pela ONU, a partir de 1990, e em 1992, na cidade do Rio de Janeiro, a Organização das Nações Unidas — ONU (Unced — United Nations Conference on Environment and Development) realizou sua primeira Cúpula Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável.

Apesar de todas as contradições existentes no debate sobre desenvolvimento, a "Declaração do Rio", elaborada como consequência do encontro, estabeleceu que a vida humana está no centro dos interesses de um "desenvolvimento sustentável" e adotou um programa para implementar a Agenda 21. Esta importante Agenda fez recomendações detalhadas acerca de como "mudar padrões de comportamento e de desenvolvimento causadores de condições precárias de saúde e que afetam o meio ambiente" (UN, 1995).

A Segunda Cúpula Mundial de Desenvolvimento Sustentável, organizada pela ONU (Unced), realizada em 2002, em Johannesburgo, na África do Sul, permitiu que a OMS abordasse mais incisivamente a temática do "Desenvolvimento Sustentável" (WHO, 2002).

Uma iniciativa mais recente, a dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), abrange um conjunto amplo de objetivos e que necessitam expansão de alianças para além do setor saúde. re-

dução da pobreza, melhoria da saúde e da educação e proteção ao meio ambiente.

Este esforço da ONU de ampliar alianças para atingir em 2015, oito objetivos do milênio⁴ monitorados por dezessete metas,⁵ surgiu a partir de uma resolução aprovada na Assembléia-Geral da ONU, em setembro de 2000, representando uma oportunidade sem precedentes de situar na agenda multilateral, temas que são relacionados com a saúde (ONU, 2000).

O desafio originado pelos ODMs poderia se converter em uma força motriz para a sinergia entre os organismos de desenvolvimento e os processos de cooperação internacional. O período acordado para a maioria dos objetivos é 1990-2015. Entre os indicadores destinados a monitorar o alcance dos "Objetivos do Milênio", há catorze que se relacionam diretamente com a morbimortalidade,⁶ junto com outras atividades de saúde, como a imunização, atenção ao parto por profissionais da saúde e o uso de contraceptivos. Há também um conjunto de indicadores que abordam diretamente os determinantes da saúde, como temas relacionados com a pobreza, a fome, a educação, a igualdade de gênero, o acesso à água e ao saneamento, o acesso a medicamentos essenciais e a tecnologias, entre outros.

Por outro lado, os ODMs foram estabelecidos principalmente como reduções médias. Foram alcançadas grandes melhorias nos indicadores de saúde na região das Américas, nos últimos decênios. A redução das médias não indica, entretanto, que houve redução das desigualdades. Portanto, a redução das brechas nos indicadores de saúde entre os países e nos próprios países deve ser em si mesma uma meta para atividades específicas de monitoramento e de intervenção.

Considerando a diversidade de cenários e a profunda desigualdade dos recursos disponíveis, os meios que permitem alcançar os "Objetivos do Milênio", aparentemente similares, podem diferir drasticamente de um país para outro. Por exemplo: para reduzir o índice de mortali-

⁴ 1. Erradicar a fome e a miséria, 2. Atingir a educação básica universal, 3. Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres; 4. Reduzir a mortalidade infantil, 5. Melhorar a saúde materna, 6. Combater a aids, malária e outras doenças; 7. Garantir a sustentabilidade ambiental, 8. Estabelecer uma parceria para o desenvolvimento.

⁵ Ver <http://www.pnud.org.br/odm/odm_vermelho.php> — acesso em agosto de 2005, para detalhamento de metas e indicadores.

⁶ Índice de mortalidade infantil, índice de mortalidade de menores de cinco anos, índice de mortalidade materna, o resultado da infecção por HIV/aids e os índices de morbimortalidade por malária e tuberculose.

dade infantil em 50% nos países ou nas localidades com valores baixos, pode ser necessário um esforço extraordinário, ao passo que em lugares com mortalidade infantil muito maior, serão necessárias outras medidas, como: organização de serviços básicos de saúde para tratar a diarreia aguda e as infecções respiratórias, assim como para incentivar o aleitamento materno. A busca de intervenções adequadas coordenadas com os recursos específicos e o compromisso político de um determinado país constituem outro tipo de desafio para o êxito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

"A defesa da vida e da saúde", implícita na Declaração do Rio, na Agenda 21 e nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio norteia o debate estabelecido neste capítulo entre saúde e desenvolvimento.

SAÚDE-DESENVOLVIMENTO: QUE CONEXÕES PRECISAM SER CONSTRUÍDAS?

Este não é um exercício meramente semântico de uma simples inter-relação entre duas palavras ou uma análise de duas áreas de conhecimentos distintos, em que se buscam graus de convergências ou divergências conceituais, mas uma aventura problematizadora entre campos de ação humana que interagem e se influenciam mutuamente mediados por contextos sociais, econômicos, políticos e culturais.

De acordo com Kliksberg (1998), o senso comum que influenciou propostas de desenvolvimento — e que mostra, atualmente, seus equívocos e sinais de esgotamento — preconiza que o crescimento produz desigualdade e a desigualdade é necessária ao crescimento. Nessa perspectiva, as políticas sociais têm a função de recolher os mortos e feridos que a política econômica tem deixado. Sob esta concepção, houve um processo de diminuição do tamanho do Estado e de fragilização de suas funções de produzir política pública e de regular a atividade privada.

Propostas que não reduzem o desenvolvimento ao crescimento econômico referem-se à formação de capital social e necessitam de revisão da importância e papel do Estado e das Políticas Públicas.

- Formar capital social implica investir, sistemática e continuamente, em áreas como a educação, a saúde e nutrição, entre outras;
- O gasto público com saúde, ponto essencial no desenvolvimento do capital humano, evidencia-se, na prática, como de altíssima rentabilidade;
- Os serviços públicos conferem às pessoas mais capacidades para se ajudarem a si mesmas e as outras.

Um Estado inteligente na área social não é um Estado mínimo, nem ausente, nem de ações pontuais de base assistencial, mas um Estado com uma «política de Estado», não de partidos, e sim de educação, saúde, nutrição, cultura, orientado para superar as graves iniquidades, capaz de impulsionar a harmonia entre econômico e o social. . . (Kliksberg, 1998, p. 88).

Portanto, o tema que se estabelece para discussão neste capítulo é de que a relação entre saúde e desenvolvimento é multidimensional e multidirecional. Nesse sentido, é preciso perguntar:

1) Como contribuir para que não haja condições precárias de saúde que solapem "o desenvolvimento" e como influenciar para que "o desenvolvimento" não mine os benefícios obtidos na saúde?

2) Como contribuir para o fortalecimento de capacidades e potencialidades e para que os benefícios advindos do processo de desenvolvimento sejam distribuídos de forma equânime?

3) Como contribuir para que a gestão da saúde e o desenho da rede de atenção contemplem mudanças nos processos de cuidado, potencializem a produção da saúde e ampliem a sua contribuição para o desenvolvimento?

Em outras palavras, se a saúde das pessoas tem conseqüências no desenvolvimento social e econômico, as condições econômicas e sociais também influenciam a saúde das pessoas.

Como disse a ministra do Meio Ambiente, Marina Silva, no Programa Roda Viva (TV Cultura), em 13 de março de 2006, "durante muito tempo os ambientalistas vêm se preocupando sobre o que o desenvolvimento está fazendo com o meio ambiente, hoje já podemos, também, responder que o meio ambiente tem muito a fazer pelo desenvolvimento".

Nos cabe então refletir, tanto com relação à saúde, quanto ao meio ambiente, sobre que tipo de desenvolvimento está se falando, e nada mais adequado para iluminar esta reflexão do que as palavras de Boaventura Sousa Santos, cientista social português, sobre se o que buscamos é um "desenvolvimento alternativo" ou uma "alternativa ao desenvolvimento". Que alternativa seria essa?

À GUIA DE CONCLUSÃO

O desenvolvimento liberta o homem da sua prisão à natureza, dominando-a e servindo-se dela.

Desenvolvimento implica a produção do próprio homem e nada é mais expressivo de nossa humanidade do que a capacidade de produzir meios e bens que façam o homem de suas necessidades.

Dessa maneira, o desenvolvimento é condição de liberdade e, ao mesmo tempo, fator de humanização: construímo-nos humanos por nossas produções humanas, diria Foucault.

O desenvolvimento científico, tecnológico e ético no campo da saúde se constituiu em outro elemento de liberdade. Conhecer nexos causais, intervir sobre eles, prolongar a vida, lidando com as adversidades do meio ambiente e desenvolvendo sistemas de saúde que permitam atuar na prevenção e cura de doenças, liberta o homem, permitindo-lhe expandir a vida como potência.

A saúde é fator fundamental para o desenvolvimento, cujos efeitos corroboram para uma vida saudável.

Construção idealizada? A análise da história coloca facilmente esta construção como um delírio romântico. Criamos modos de desenvolvimento com alto custo para a natureza e para a humanidade; prosperamos sobre a exploração do trabalho humano; a produção de bens e serviços coloca diametralmente, em lados opostos, valor de uso (necessidades) e valor de troca (realização do lucro), ou seja, produz-se para trocar, sem enfatizar a satisfação de necessidades.

Desenvolvemos sistemas de saúde sob a lógica do acesso regulado não apenas por necessidades, incluindo também capacidades individuais que produzem novas lógicas de acessibilidade; o uso de tecnologias não é equânime e os interesses de produtores de novas tecnologias, sobretudo de diagnóstico, e de insumos, sobretudo drogas, sobrepõem-se aos interesses de coletividades inteiras. Basta lembrarmos dos processos de quebra de patentes de medicamentos.

Dessa forma, a produção de novas lógicas de desenvolvimento e de saúde, para conectarem-se na produção de vida boa, impõem-se à ação política, mediada por princípios éticos e humanitários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, José Ricardo de C. M. *Epidemiologia e emancipação*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco (capítulo 7 A epidemiologia e o nascimento da saúde pública moderna, pp. 135-59), 1995.
- Akerman, Marco. *Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Arouca, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e*

- crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro-São Paulo: Fiocruz-Unesp, 2003.
- Bedin, Gilmar Antonio. *Os direitos do homem e o neoliberalismo*. Ijuí: Editora Unijui, 1997.
- Barondess, J. Urban Health. In: C. E. Koop; C. E. Pearson & M. R. Schwarz (ed.). *Critical Issues in Global Health*. São Francisco: Joey-Bass, 2001.
- Barten, F. & J. Guiden. From Sustained Crisis Toward Sustainable Development and Improved Health? In: Barten & Cuden (org.). *Health and Sustainable Development*. Nijmegen: Universidade de Nijmegen, 2002.
- Brundtland, G. H. Health and the World Conference on Sustainable Development. *Bull World Health Organ.*, 80(9), p. 689, 2202a.
- . From the World Health Organization. Health: a Pathway to Sustainable Development. *JAMA*, 288(2), p. 156, 2000b.
- Boisier, Sergio. Desarrollo territorial y descentralización: el desarrollo en el lugar y en las manos de la gente. *EURE* (Santiago), sep., vol. 30, n.º 90, pp. 27-40, 2004. ISSN 0250-7161.
- Calame, P. *Repensar a gestão de nossas sociedades — 10 princípios para a governança, do local ao global*. São Paulo: Pólis — Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, 2004.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- . Urbis. Comunicação pessoal. 2004.
- Capra, Fritjof. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1992 (capítulo 5: O modelo biomédico).
- Caravaca, Inmaculada; Gema González & Rocío Silva. Innovación, redes, recursos patrimoniales y desarrollo territorial. *EURE* (Santiago), 31(94), pp. 5-24, dic. 2005. ISSN 0250-7161.
- . Los nuevos espacios ganadores y emergentes. *EURE* (Santiago), 24(730), pp. 5-30, dic. 1998. ISSN 0250-7161.
- Castel, R. As armadilhas da exclusão. In: L. Bogus; M. C. Yazber & M. Belfiore-Wanderley (org.). *Desigualdade e a questão social*, pp. 15-48. São Paulo: Educ, 1997a.
- . A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à "desfiliação". *Cadernos CRH*, 26/27, pp. 19-40, 1197b.
- Crescente, Lo. *Inovações na saúde entrelaçadas com o desenvolvimento: um estudo sobre a experiência de Catuipe e Coronel Barros no fortalecimento da gestão pública*. Mestrado. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2005.

- Dallabrida, Valdir Roque. *Território & desenvolvimento: abordagens do desenvolvimento a partir da perspectiva territorial*. Ijuí: Editora da Unijuí, 2006 (no prelo).
- Donnangelo, Maria Cecília F. & Luiz Pereira. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- Dowbor, L. A comunidade inteligente: visitando as experiências de gestão local. In: P. Spink; S. Caccia Bava & V. Paulics (coord.). *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo: Instituto Polis, 2002.
- Duhl, L. Conditions for Healthy Cities; Diversity, Game Boards and Social Entrepreneurs. *Environment and Urbanization*, 5(2), pp. 112-24, 1993.
- Engels, Friedrich. *A condição da classe operária na Inglaterra*. Trad. Rosa Camargo Artigas & Reginaldo Forti. São Paulo: Global, 1986.
- Ferreira, A. B. H. *Dicionário básico da língua portuguesa*. São Paulo: Nova Fronteira, 1995.
- Fleury, S. *A cidade dos cidadãos: um marco para análise da saúde urbana*, 2004. Mimeo.
- Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. 8.ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989 (capítulo V: O nascimento da medicina social).
- França, C. L.; I. P. Silva & J. C. Vaz. *Aspectos econômicos de experiências de desenvolvimento local*. São Paulo: Instituto Polis, 2002.
- França, C. L.; E. Caldas & J. C. Vaz. *Aspectos econômicos de experiências de desenvolvimento local: um olhar sobre a articulação de atores*. São Paulo: Instituto Polis, 2004.
- Franco, T. Padrões de produção e consumo nas sociedades urbano-industriais e suas relações com a degradação da saúde e do meio ambiente, In: M. C. S. Minayo & A. C. Miranda (org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- Goldberg, Marcel. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: Dina Czeresnia Costa (org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.
- Harpam, T. & I. Blue. Linking Health Policy and Social Policy in Urban Settings: The New Development Agenda. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 91, pp. 497-8, 1997.
- Houaiss, A. *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- Jesus, P. Desenvolvimento local. In: A. D. Catani (org.). *A outra economia*, pp. 72-5. Porto Alegre: Veraz Editora, 2003.
- John, T. J. & R. Abel. Sustainable Development and Health. an Indian Perspective. *Lancet*, 360(9333), pp. 638-9, 2002.

- Gliskberg, Bernardo. *Repensando o Estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos*. Trad. Joaquim Ozório Pires da Silva. São Paulo: Cortez, 1998.
- Koga, D. *Medulas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- Labont, R. Social Inclusion/Exclusion: Dancing the Dialectic. *Health Promot Int.*, 19(1), pp. 115-21, 2004.
- Marmot, M. & R. Wilkinson. *Social Determinants of Health*. Londres: Oxford University Press, 2005.
- Marshall, T. H. *Política social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1995.
- Mendes, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996 (capítulo 1: A crise da saúde e as reformas do setor).
- Méndez, R. Innovación y desarrollo territorial: algunos debates teóricos recientes. *EURE* (Santiago), 28(84), pp. 63-83, set. 2002. Acesso em outubro de 2005. Disponível em <<http://www.scielo.cl>>.
- Navarro, M. B. M. A., A. L. L. Filgueiras; H. Coelho; M. D. Asensi et al. Doenças emergentes e re-emergentes, saúde e ambiente In: M. C. S. Minayo & A. C. Miranda (org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- Nogueira, Roberto Passos. *A saúde pelo avesso*. Natal/RN: Seminare, 2003.
- Nunes, Everardo Duarte (org.). *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989 (capítulo 7: 1848: nascimento da medicina social).
- ONU. *Declaração do milênio*. Nova York: ONU, 2000.
- OPS. *Exclusion en salud: en países de América Latina y el Caribe*. Washington DC: Paho, 2003.
- Pasche, Dário Frederico. A saúde coletiva: novo campo de reflexão crítica da saúde. In: Dário Frederico Pasche & Ivana Beatrice Mânica Cruz. *Saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Editora Unijuí, 2005.
- Pnud — Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. *Relatório anual de desenvolvimento humano*. Brasília: Pnud, 1997.
- Righi, Liane Beatriz. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: Dário Frederico Pasche & Ivana Beatrice Mânica Cruz. *Saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Editora Unijuí, 2005.
- Rigoto, R. Produção e consumo, saúde e ambiente: em busca de pontes e caminhos. In: M. C. S. Minayo & A. C. Miranda (org.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: fiocruz, 2002.
- Santos, Boaventura de Sousa. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

- Santos, M. *A natureza do espaço*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- Scriven, A. & S. Young. Health Promotion, Environmental Health and Agenda 21. *J. Roy. Soc. Health*, 118(2), pp. 85-90, 1998.
- Sen, A. *Desenvolvimento como liberdade*. Trad. L. T. Motta; Revisão técnica R. D. Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- UN. *Basic Facts about the United Nations*. Nova York: Nações Unidas, 1995.
- UNDP. *How to Make Local Development Work*. Nova York: UNDP, 2002.
- von Schirning, Y. E. Health and sustainable development: can we rise to the challenge. *Lancet*, 360(9333), pp. 632-7, 2002.
- Walterstein, N. Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health*, Suppl., 59, pp. 72-7, 2002.
- WHO. *Health and Sustainable Development: Addressing the Issues and Challenges*. Genebra: WHO, 2002.
- WHO. *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. Copenhagen: WHO Europa, 2003.
- WHO. *Commission on Social and Environmental Determinants of Health: Concept Paper for Discussion*, 14 de junho de 2004. Mimeo.

SITES CONSULTADOS E REFERENCIADOS

www.pnud.org.br/idh — Índice de Desenvolvimento Humano
www.pnud.org.br — Relatórios Anuais de Desenvolvimento Humano

OUTROS SITES DE INTERESSE

Bancos de experiências brasileiras de Desenvolvimento Local:
www.rits.org.br;
www.rededlis.org.br

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Roberto Passos Nogueira. *A saúde pelo avesso*. Natal/RN: Seminare, 2003.
Roberto Nogueira analisa neste livro a obra de Ivan Illich,¹¹ que traz o tema da produção da saúde nas sociedades contemporâneas e o impacto do desenvolvimento científico-tecnológico sobre a capacidade das pes-

¹¹ Ivan Illich. *A expropriação da saúde némesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

soas de lidarem com sua própria saúde. Sua crítica encaminha-se para o que ele denomina de desapropriação da saúde por forças heterônomas. A argumentação sobre a autonomia e produção de saúde, desenvolvida por Roberto Nogueira, dialoga com vários autores de distintas escolas filosóficas. Saúde como dom, como bem; saúde como obra divina; saúde como produção da ação humana, do livre-arbítrio; saúde como capacidade de lidar com problemas e criar novos "modos de andar na vida". Estes entre outros conceitos são tratados nesta obra.

Amaritya Sen. *Liberdade como desenvolvimento*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

Este livro está indicado para alunos e profissionais interessados em aprofundar a temática do desenvolvimento. Seu conteúdo enfatiza a necessidade de uma análise integrada das atividades econômicas, sociais e políticas, envolvendo distintas organizações e múltiplos atores de forma interativa. Concentra-se nos papéis e nas inter-relações entre certas liberdades instrumentais cruciais: oportunidades econômicas, liberdades políticas, facilidades sociais, garantias de transparências e segurança protetora. A expansão da liberdade é vista por Sen como o principal fim e o principal meio do desenvolvimento e argumenta que "a eliminação de privações de liberdades substanciais é constitutiva do desenvolvimento".

Michael Marmot & Richard Wilkinson. *Social Determinants of Health*. Londres: Oxford University Press, 2005.

Este livro apresenta uma visão abrangente dos principais fatores sociais e econômicos responsáveis pela determinação da saúde populacional. É fornecida uma síntese das evidências científicas que apoiam a teoria da influência dos determinantes sociais na saúde. Os autores reforçam que estas evidências foram geradas majoritariamente em estudos que analisam as iniquidades em saúde. Eles sustentam, então, que o processo saúde doença está relacionado não apenas aos fatores individuais e à exposição a riscos, mas sobretudo a como a sociedade se estrutura social e economicamente.

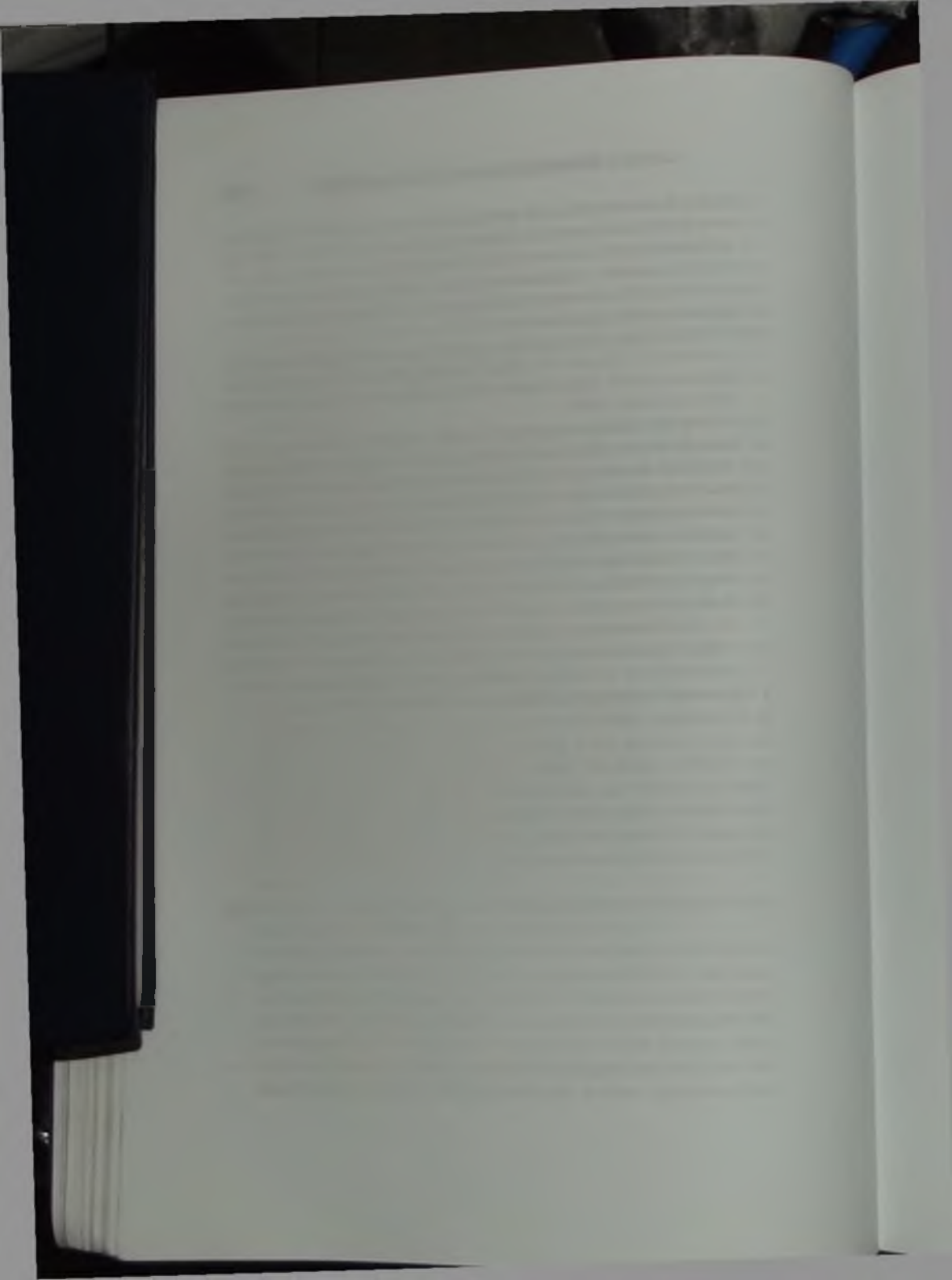
Marco Akerman. *Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Fucitec, 2005.

O leitor irá encontrar no material produzido uma análise crítica sobre a questão do desenvolvimento, e como o campo da saúde dele se aproxima, com base numa revisão ampla da literatura. Controvérsias sobre "desenvolvimento local" são assinaladas e um conjunto de, aproximadamente, cem experiências são coletadas e estudadas sobre a ótica das suas similaridades e diferenças. Nomes e sites de organizações que trabalham com desenvolvimento local na América Latina são, também, fornecidos. Uma

matriz de interconexão entre práticas sociais em saúde pública e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, propostos pela ONU em 2000, foi produzida, fazendo-se uma síntese das agendas internacionais disponíveis. Um caminho operacional em saúde e desenvolvimento local é proposto com base num conjunto de perguntas relacionadas com seis categorias conceituais e operacionais.

Liane Beatriz Righi. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: Dário Frederico Pasche & Ivana Beatrice Mânica da Cruz (org.) *Saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Editora Unijui, 2005.

O texto apresenta características das redes tecidas antes e durante o processo de descentralização no campo da saúde e, a seguir, explora relações entre os atores, suas redes e o desenvolvimento territorial. O texto é balizado pelo pressuposto de que é necessário promover formas inovadoras de descentralização do SUS, e que é possível e desejável a ampliação da autonomia do município com o aumento das capacidades locais para inovações no modelo de atenção e nas formas e gestão da saúde. Aposta que municípios podem promover inovações na rede de atenção à saúde de forma que protagonizem processos de regionalização e desenvolvam maiores competências para a produção de redes que promovam a integralidade. A autora entende que é possível inovar no desenho, na concepção dos serviços, na distribuição territorial e nas formas de gestão da saúde e que essas mudanças contribuem para o desenvolvimento.



FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: APRENDIZADOS COM A SAÚDE COLETIVA

Yara Maria de Carvalho
Ricardo Burg Ceccim

DISCUTIR A FORMAÇÃO EM SAÚDE implica tematizar o ensino, particularmente no âmbito da graduação nas profissões da área. O ensino de graduação, na saúde, acumulou uma tradição caracterizada por um formato centrado em conteúdos e numa pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos, com excesso de carga horária para determinados conteúdos e baixa ou nula oferta de disciplinas optativas; de desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, predominando um formato enciclopédico e uma orientação pela doença e pela reabilitação. No âmbito das políticas educacionais, a graduação na área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino e trabalho, que esteja voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde.

Na universidade moderna a cartografia epistemológica foi configurada em disciplinas e departamentos. Tal recorte — histórico — foi tomado como se fosse epistemológico, dando origem ao corporativismo das especialidades e aos controles burocráticos que dificultam as práticas interdisciplinares. Profissionais e associações disciplinares passaram a defender a vigência e manutenção dessa perspectiva, aceitando a fragmentação como modo organizador dos saberes-fazer.

Dentre os aspectos relevantes para confrontar a universidade hoje há o questionamento quanto ao espaço e tempo disponibilizados para a criatividade, quanto à flexibilidade nos seus ordenamentos e quanto à integração dos conhecimentos, aspectos fundamentais para a formação de profissionais "pensantes" — objetivo insubstituível da universidade. Outro aspecto da formação, hoje, é que parece estar ausente do ensino o prazer do conhecimento, a alegria do trabalho coletivo e a responsabilidade social do profissional.

No caso da formação e educação em saúde, ao longo dos últimos anos e no contexto da reforma sanitária brasileira, intensificaram-se movimentos voltados para a construção de outras possibilidades pedagógicas, assim como outras possibilidades interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença, que estipularam propostas de mudança na formação. Currículos integrados, articulações ensino-trabalho, os projetos UNI, os movimentos coordenados pela Rede Unida, o debate e a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais e a organização das executivas de curso no Movimento Estudantil são exemplos de protagonismo por reformas do ensino que dialogam com os movimentos de mudança no setor da saúde.

Este capítulo pretende discorrer a respeito do ensino nas profissões de saúde, apresentar uma história dos movimentos de mudança na graduação das profissões dessa Grande Área, pontuar como se desenvolve a relação entre as Ciências da Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) e destacar a Saúde Coletiva como espaço necessariamente interessado e privilegiado para a discussão da relevância social e do seu reencontro com o caráter técnico e científico da formação dos profissionais de saúde.

Cabe à Saúde Coletiva, dentre as áreas da Grande Área da saúde, propor outros modos de pensar a formação e a educação em saúde, de modo que possibilite ao conjunto das áreas que compõem as Ciências da Saúde, bem como às demais áreas, subáreas ou especialidades que configuram o trabalho em saúde, uma visão ampliada do campo e contribua para que tomemos posse dos saberes e práticas que podem potencializar a mudança do quadro atual predominante, que não se restringe ao conhecimento técnico ou à ciência, mas contempla a percepção e o exercício do poder que nos impulsiona para a construção de projetos de vida, de liberdade e de felicidade, com a viabilização dos sonhos pessoais e profissionais por saúde.

Estamos escrevendo a partir e sobre a área denominada Saúde Coletiva, enfatizando suas contribuições para a ressingularização da epidemiologia, do planejamento, da política e da gestão em saúde, mas também para a ressingularização da clínica (equipes multiprofissionais e saberes interdisciplinares, projetos terapêuticos singulares, articulações em redes sociais e de serviços de saúde, práticas cuidadoras em saúde e ações intersetoriais). A Saúde Coletiva é um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar, onde não há limites precisos ou rígidos entre

as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde. Todas as práticas de saúde orientadas para os modos de andar a vida, melhorando as condições de existência das pessoas e coletividades demarcam intervenção e possibilidades às transformações nos modos de viver, trabalham com promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania, entre outras práticas de saúde. A diferença entre os recortes está na ênfase em uma ou outra habilidade, no exercício da clínica individual e nas prescrições ou implementações terapêuticas específicas. A clínica e a terapêutica valem-se predominantemente da prática de atenção individual, ainda que para serem eficazes necessitem incorporar o social e o subjetivo e atuar com práticas de prevenção e promoção à saúde. Seguindo a mesma lógica, a vigilância em saúde se vale da clínica para intervir de forma adequada, e assim por diante.

Há alguns marcos conceituais importantes da Saúde Coletiva: o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao "mercado da cura"; entre outros princípios.

A Saúde Coletiva privilegia, nos seus modos de análise, quatro focos de tomada de decisão: as políticas (formas de distribuição do poder, eleição de prioridades, perspectivas de inclusão social e visão de saúde); as práticas (ações institucionais, profissionais e relacionais, permeabilidade às culturas, produção de conhecimento); as técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos) e os instrumentos (os meios para a intervenção). As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, preocupam-se com a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, instigando uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do sofrimento e da morte, na dimensão do coletivo e do social.

FORMAÇÃO EM SAÚDE

O ensino formal das profissões de saúde

O marco histórico do ensino formal das profissões de saúde, no Brasil, pode ser datado com a vinda da família real portuguesa, quando foram abertas, por carta régia, duas escolas no Rio de Janeiro e em Salvador, em 1808. Em 1832, são criados cursos de farmácia nestas escolas e, em 1839, aberta a primeira escola de farmácia, em Ouro Preto. Em 1879, por decreto imperial, ficam anexados às escolas médicas uma escola de farmácia, um curso de odontologia e um curso de obstetrícia. Em 1884, se institui o ensino de odontologia com a expedição do título de cirurgião-dentista. Até o Brasil República, entretanto, era predominante a formação de práticos, prevalecendo a noção de que a formação profissional em saúde era obtida pela prática em laboratórios ou em serviços onde se prestasse aquela assistência, alvo da formação. Aprendia-se com os profissionais mais experientes e no desenvolvimento do exercício dedicado. Muitas formações contavam com a obtenção de um "Certificado de Aprendizagem", expedido por serviços com legitimidade consolidada e por onde ou com quem um aprendiz "estagiava sob supervisão". O currículo e pedagogia eram auto-regulamentados, configurando um ensino livre, sem currículo mínimo ou sem diretrizes curriculares nacionais. Em 1890, ainda sem a abertura de novas escolas médicas, foi fundada por decreto federal a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, ligada à necessidade de dispor de novos profissionais de saúde para qualificar os hospitais militares, mas capazes de enfrentar o quadro epidemiológico nacional e debelar as doenças transmissíveis.

A partir do século XX houve forte ascensão da Saúde Pública brasileira e vamos perceber a relevância de a área da Saúde Coletiva¹ debater a necessidade de profissionais, de escolas e de perfis de formação. Com a criação da Diretoria-Central de Saúde Pública, em 1904, e com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923, os grandes sanitaristas brasileiros revelaram a necessidade de formar profissionais de acordo com as necessidades sociais e em consonância com a rele-

¹ A, hoje, área da Saúde Coletiva compreende as subáreas da Saúde Pública, da Epidemiologia e da Medicina Preventiva e Social, guardando relações de interconexão com as subáreas de Análise e Controle de Medicamentos, Análise Nutricional de População, Ecologia, Educação em Saúde, Enfermagem de Saúde Pública, Engenharia Sanitária, Odontologia Social e Preventiva, Psicologia Social, Saúde Ambiental e Saúde Materno-Infantil.

vância pública da formação. De acordo com as demandas de reforma do sistema nacional de saúde, acentuou-se a defesa da expansão de escolas pelo poder público, a substituição do envio de estudantes para formação no exterior pela aprendizagem dos problemas nacionais de saúde e a contratação de professores estrangeiros para ensinar e criar novas escolas profissionais no País. É da Saúde Coletiva a preocupação com os perfis das novas gerações profissionais porque a sua pergunta não é a da proporção de expedição de diplomas, mas a capacidade de impacto das profissões de saúde na qualidade de vida das populações. Um profissional de saúde não pode ter em vista sua projeção técnica ou científica senão na relação de assistir ao outro em suas necessidades (é isto o que quer dizer exercer a clínica) e numa relação ética com a vida (pertencer ao *socius* em que uma prática existe como profissão).

De certa forma, caráter social e base científica convergem e divergem ao longo da história, conforme os interesses político-institucionais e político-ideológicos que se sucedem na ordem social. Nas diversas reformas curriculares, entretanto, quase sempre esteve presente a área da Saúde Coletiva, seja para apresentar as necessidades sociais e reclamar a relevância pública da formação na configuração dos padrões nacionais de saúde seja para introduzir o estudo científico de uma área orientada pelos indicadores de morbidade e mortalidade, pelos fatores de risco, pela prevenção de doenças e controle de endemias, pela promoção da saúde e compreensão da qualidade de vida.

O esforço de modificar a tendência liberal do Estado brasileiro em relação à educação superior nas profissões da saúde, regulamentar a educação formal e tornar científicas as formações superiores deu lugar, nos anos 1940, à introdução das recomendações do *Relatório Flexner*,² naquela época comemorado como uma educação científica da saúde. Uma educação científica das profissões de saúde, segundo o relatório, teria base biológica, seria orientada pela especialização e pela pesquisa experimental e estaria centrada no hospital. Essa educação científica em saúde foi adquirindo caráter instrumental e de habilitação para fazeres profissio-

² Em 1910, o pesquisador americano Abraham Flexner empreendeu estudos de avaliação do ensino médico nos Estados Unidos, depois estudos comparativos entre Estados Unidos e Canadá, posteriormente, em 1920, entre América do Norte e Europa. Flexner concluiu que das 155 escolas médicas existentes, 120 apresentavam péssimas condições de funcionamento. Os relatórios de Flexner, como *Medical Education in the United States and Canada* ou *Universities — American, English, German*, tiveram o efeito de um terremoto sobre as escolas existentes e, nos anos seguintes, se tornaram o padrão para o ensino em saúde.

nais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, em especial nas intervenções por procedimentos e com o uso de equipamentos, em que a saúde ficou compreendida como ausência de doença.

Uma educação de caráter instrumental e recortada passou a determinar conteúdos e uma forma de disponibilizá-los. Os conteúdos foram cristalizados em disciplinas, subdivididas em ciências básicas e ciências clínicas, área biológica e área profissional, conhecimentos aplicados e conhecimentos reflexivos. Dessa concepção de formação decorreu uma prática pedagógica que tomou o acesso à informação como sinônimo de construção do conhecimento,¹ embasada numa visão de corpo, saúde, doença e terapêutica reduzida, partida e, sobretudo, estática. Essa constatação é perceptível por meio dos currículos que são organizados por conteúdos e estágios, em que os únicos fatores de aprendizagem são o contato com o professor em sala de aula, com os manuais de diagnóstico e de terapêutica, com o estudo programado e com os profissionais do serviço em campo de treinamento supervisionado.

Em muitos casos, a formação em saúde passou a resultar em uma "colcha de retalhos", costurada com base em uma concepção de corpo destituído de alma e desarticulado de outros corpos, pura natureza, de comportamento supostamente invariável e explicável cientificamente pelas ciências naturais. Se, de um lado, a formação acadêmico-científica em ciências da saúde tem desempenhado papel fundamental no processo de compreensão, interpretação e disseminação de saberes e de práticas relativos ao exercício das profissões, à prestação da assistência necessária em cada caso, ao prolongamento da vida, à eliminação de diversas doenças e à prevenção de seqüelas antes inevitáveis, de outro lado, a área da Saúde Coletiva, dentre essas ciências, tem sido postergada, quando não combatida, ao inventar outros modos de formar, educar, pensar e agir em saúde, privilegiando as histórias de vida, as diferentes racionalidades, a integralidade e as histórias culturais.

¹ O conhecimento diz respeito ao conjunto de saberes e práticas, à construção da experiência cognitiva e afetiva diante dos objetos de conhecimento e permanece ao longo do tempo como apropriação singular. A informação, por sua vez, se compõe por dados, acumulações, erudição por conteúdos e não reinventa as realidades, as absorve como dadas. É fundamental que a universidade realize a organização e a compreensão da informação, mas implemente uma educação formativa. Seu principal objetivo é a construção do conhecimento e não a reprodução do que já se sabe ou ainda da memorização de conhecimentos destituídos de significado, o que ocorre quando é baixa a compreensão dos objetos de conhecimento.

Para a Saúde Coletiva, uma formação profissional em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho: práticas cuidadoras de indivíduos e coletividades; práticas de afirmação da vida, sob todas as suas formas inventivas e criativas de mais saúde, práticas de responsabilidade com as pessoas e coletividades pela sua melhor saúde individual e coletiva, práticas de desenvolvimento e realização de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde e práticas de participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais.

O fato é que, frequentemente, os estudantes não se sentem preparados para a vida profissional às vésperas da finalização do curso; os profissionais de saúde não estão satisfeitos e realizados no mundo do trabalho; os serviços de saúde não têm aprovação da população que, por sua vez, tem enorme dificuldade de garantir sua saúde diante das condições de vida e trabalho da maior parte dos brasileiros. Os fatores de exposição às aprendizagens estão centrados no professor, no livro de texto e nos estágios supervisionados (sob diversos nomes: internatos, estágios curriculares, treinamento em serviço sob supervisão, estágios de prática, cenários de prática) e não na produção de experiência de si e de apropriação dos entornos da vida; os currículos são organizados em unidades disciplinares conteudistas e não em unidades de produção pedagógica (construção do conhecimento e interação de saberes); há ausência de práticas interprofissionais integradas ao currículo; falta comunicação entre gestores do ensino e gestores do sistema de saúde; há distância dos estudantes das realidades de intervenção e não se produz a convocação ao pensamento em virtude das práticas pautadas pela memorização de informações a serem reproduzidas em provas de aquisição cognitiva, entre outras dimensões do problema. Essas constatações/denúncias configuram à área da Saúde Coletiva mais um campo de reflexão, estudo e formulação. a educação dos profissionais de saúde, donde se destacam a *formação* e a *educação* como instâncias pedagógicas que propiciam processos coletivos de auto-análise e autogestão, de modo que se ative a capacidade criativa e de intervenção nas situações vividas pelos participantes (docentes, estudantes, profissionais e usuários).

Nesse sentido, a configuração das dimensões técnica, científica, pedagógica, ética, humanística e política deve pertencer ao projeto de profissionalização requerido pelo País e por suas instâncias de participação e controle social. A formação das novas gerações profissionais pertence ao projeto de sociedade em cada formação social, não poden-

do estar alheio à democracia e ao fortalecimento do interesses da maioria da população. Além de dominar os processos lógicos de construção dos saberes profissionais e os meios, técnicas e métodos de produção do conhecimento científico que fundamentam e orientam cada atuação profissional, é necessário que o estudante saiba mobilizar em saberes e práticas esses conhecimentos científicos, transformando-os em atividade social e política libertadora.

O profissional precisa saber avaliar criticamente sua própria atuação e o contexto em que atua e interagir ativamente pela cooperação entre os colegas de trabalho, constituindo coletivos de produção da saúde, mediante a alteridade⁴ com os usuários dos serviços em que atuam ou sob a mediação com as instâncias da sociedade que participam do controle social em saúde. É imprescindível que haja coerência entre a formação, as exigências esperadas de atuação profissional e a necessidade de democratização da participação e dos acessos da sociedade aos direitos à educação e à saúde. A qualidade da formação, portanto, não pode responder apenas às dimensões do aprender a aprender, do aprender a fazer, do aprender a ser e do aprender a conviver, deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde. A formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários de modo responsável e comprometido.

Uma história dos movimentos de mudança na graduação das profissões de saúde

Uma história da mudança na graduação pode ser anotada quando se observa o registro dos diversos esforços de tornar o ensino em saúde mais próximo das necessidades de saúde. Para os dados históricos anotados no título anterior e que aqui se seguem, empreendemos um trabalho de síntese com base nas leituras de Schraiber, 1989; Kisil & Chaves, 1994; Marsiglia, 1995; Souza, 1998; Sena-Chompré, 1998; Carvalho Santos, 1998; Romano, 1999; Ceccim, 2001; Pereira Neto, 2001; Feuerwerker, 2002; Ferla, 2002; Feuerwerker, 2003; Melo, 2003; Ceccim & Capozzolo, 2004.

⁴ "Alteridade". A alteridade é a condição daquilo que é *outro* (alter), diferença daquilo que é *mesmo*. Entrar em contato com a alteridade e contatar o outro no *si mesmo* é não o encontrar o que de mesmo há no outro, sentir o outro, mediar-se pelo outro, *diferente de si mesmo* como efeito do encontro.

Apesar da presença indiscutível da Saúde Coletiva na educação dos profissionais de saúde, como tradição nos cursos ou como inovação curricular, esta não tem sido capaz de produzir uma alteração substantiva na formação, seja pela posição dissociada da clínica com que tem sido proposta e pensada nas estruturas curriculares (postura preventivista/higienista) seja pela valorização apenas de seus aspectos mais tradicionais de ensino: bioestatística, epidemiologia, demografia, ambiente, saneamento, modelos explicativos da saúde e da doença, educação para a saúde e gestão política do setor da saúde. De todo modo, são principalmente as preocupações da Saúde Coletiva que se relacionam com os movimentos de mudança na graduação.

No Brasil, na década de 1920, com a hegemonia da anatomopatologia que apontava os hospitais como o lugar da doença e da cura e o melhor lugar para a formação em assistência da saúde, a saúde pública (reforma Carlos Chagas) incitava a uma formação que se orientasse pelas prioridades nacionais, tendo em vista a saúde da nação.

É interessante registrar que em 1920, na Inglaterra, o médico real Lorde Bertrand Dawson, por meio do *Relatório Dawson*, documento histórico para a gestão e planejamento de sistemas de saúde e para a Saúde Coletiva como um todo, propunha uma educação da saúde em crescente e íntima integração com o sistema de saúde e a não-exclusividade dos hospitais para o ensino e como campo de habilitação profissional. O que caracterizava esse relatório, ao contrário do *Relatório Flexner*, era a ênfase na incorporação das práticas de atenção básica e não a atenção especializada, usando a rede regular de serviços como escola e não hospitais universitários. O *Relatório Dawson* justificava e defendia o Estado como gestor e regulador das políticas públicas de saúde, mediante uma organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, com ênfase na integração entre atividades preventivas e curativas e na utilização do médico generalista e de um âmbito considerado como primeiro nível de atenção. Suas recomendações se depararam com a farta contrariedade dos médicos pela restrição/limitação à prática liberal-privatista e pela regulação das práticas profissionais. Em virtude das fortes resistências apresentadas, as recomendações não foram adotadas, mas influenciaram a constituição do sistema nacional de saúde da Inglaterra no final dos anos 1940, com a universalização da atenção primária à saúde e com a construção do conceito de médico generalista.

No Brasil, mantido o modelo curativo individual no ensino da saúde e uma formação orientada pela ciência das doenças, na qual o corpo deveria ser entendido apenas como o território onde evoluem as

doenças e a clínica como o método experimental de restauração de uma normalidade suposta na saúde dos órgãos, um esforço de ascensão da educação superior brasileira identifica o ensino da saúde com a pesquisa experimental emergente e aprofunda o paradigma biologicista. Na década de 1940, e a flexnerização que marca a presença da ciência na qualificação e expansão da educação superior nas profissões de saúde e sua compartimentalização, também pela departamentalização nas escolas, agrupando as cadeiras ou cátedras de ensino, como então existentes,⁴ justificando a construção, a reforma e a ampliação de laboratórios; definindo a construção, reforma e ampliação dos hospitais universitários (hospitais próprios como hospitais-escola), registrando um movimento que grassa isolado até o final dos anos 1960 com eixo na prática individual e no modelo curativista das doenças.

Nas décadas de 1950 e 1960, a Saúde Coletiva se configura como um movimento ou corrente de pensamento no mundo, o Movimento Preventivista, como bem demonstrou Sérgio Arouca, com densa tese sobre o dilema preventivista. O Movimento Preventivista aponta a formação como estratégia para a transformação das práticas de saúde e destaca a necessidade de repensar os objetivos finais de um curso de graduação na saúde (qual o trabalho esperado dos profissionais ao obterem uma habilitação profissional e não qual o título a ser expedido). Para o Movimento Preventivista, as necessidades de saúde da população (o impacto das profissões de saúde no padrão epidemiológico e a qualidade da resposta dos serviços de saúde à busca por assistência e proteção individual e coletiva) são apresentadas como o mote para a transformação da educação dos profissionais de saúde. O movimento preventivista, aglutinado em torno da área da Saúde Coletiva, amplia a visibilidade para os problemas da saúde da população.

Na década de 1960, observou-se uma reforma da educação que estimulou a abertura de departamentos, disciplinas e áreas de ensino da Saúde Pública, incentivando principalmente o ensino de conteúdos relativos a prevenção em saúde, notadamente nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia. A "reforma", entretanto, não integrou as disciplinas da área da Saúde Coletiva com as da área clínica, mas introduziu a noção de mudança na educação dos profissionais de saúde como um movimento organizado.

⁴Cada Departamento compondo especialidades do conhecimento e supondo em si a disposição de técnicas e instrumentos capazes de fazer ver e entender a "integralidade".

Fator importante para as mudanças ocorridas na educação dos profissionais de saúde foi a atuação da Organização Pan-Americana da Saúde junto às instituições formadoras mobilizadas para o debate sobre o ensino da Saúde Pública (desdobramento do movimento preventivista), onde despontaram as necessidades de uma mudança de atitude dos professores, a integração curricular e a integração do ensino com o sistema de saúde para a melhor formação dos profissionais e mais adequada participação na melhoria das condições de saúde da população.

A área da Saúde Coletiva, seja como organização científica do conhecimento, seja como participação na organização dos sistemas de saúde, preocupa-se com a dissociação entre as estruturas de formação e as estruturas de incorporação de profissionais (mundo da formação vs. mundo do trabalho) e suas acumulações pressionam — historicamente — de maneira expressiva o ensino na área da saúde. Alheio às acumulações da Saúde Coletiva, entretanto, o sistema de educação não se mostra permeável às necessidades de mudança. As reformas universitárias levaram — e ainda levam — muito mais em conta os aspectos internos às instituições de ensino que a implicação da formação com os movimentos de transformação no interior do mundo do trabalho, capturadas por uma racionalidade científica moderna, tributária justamente da razão médica hegemônica, como bem demonstrou Madel Luz na pesquisa sócio-histórica que desenvolveu de 1985 a 1987, ao detectar as categorias Natural, Racional, Social na organização do pensamento científico.

Cabe lembrar que o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, formulado em 1946, alertava que a saúde era expressão do "bem-estar físico, mental e social". O ensino, portanto, teria de se desapegar da biologia, como razão científica para a saúde, e estabelecer o intercruzamento com a psicologia, as humanidades (psiquismo afetivo e cognitivo) e as ciências sociais e humanas (saúde e sociedade, saúde e história, etc.) para uma reforma da educação não apenas instrumental, mas de projeto político-pedagógico.

Iniciou-se, então, um interesse pelos aspectos pedagógicos do ensino na saúde, ao mesmo tempo que a educação discutia a introdução das tecnologias de ensino-aprendizagem (uso de técnicas e recursos de aparelhos para a prática didática), tendo em vista a modernização das escolas e do ensino e a construção de uma suposta didática aplicada às ciências da saúde. Foi nesse momento que se desencadeou um processo de articulação entre as escolas que culminou na constituição de As-

sociedades de escolas no País, na América Latina e no continente americano. A criação de Associações e Federações de Escolas, mais tarde evoluiu, em diversas profissões, para Associações de Ensino, tendo em vista a difusão de idéias relativas à mudança na educação dos profissionais de saúde.

Na década de 1970, foram os projetos de aprendizagem em saúde comunitária que ganharam o debate sobre a mudança na formação, resultantes do entendimento de que se procedeu a uma naturalização e idealização dos aspectos psicológicos e sociais, descontextualizando-os da cultura, da história, das políticas da vida em sociedade, dos regimes de verdade ou racionalidades em cada agrupamento social ou coletividade. Os projetos de aprendizagem voltaram-se, então, para os territórios da vida, com o objetivo de compreender os contextos culturais locais. Foi o momento do auge da ditadura no País e foi também o período em que se introduziu o direito à educação popular como projeto de cidadania (conformação da *pedagogia da libertação*, de Paulo Freire). As contradições são inúmeras, mas o que importa enfatizar é que o Estado cooptava particularmente os setores da educação e da saúde para forjar uma aceitação tácita da cidadania ao projeto de sociedade no Poder, em que a adaptação da formação dos profissionais de saúde era especialmente interessante e o foco "comunitário" postergava o enfrentamento das questões de financiamento, do acesso à totalidade dos serviços ou especialidades necessárias e do controle social sobre o conjunto da política de saúde.

O movimento preventivista *naturalizou*⁶ o psicológico e o social e as noções de corpo, saúde, doença e terapêutica estavam profundamente dominadas pelo pensamento militar no Poder, que chamava a Educação Física para transformar a corporeidade em disciplina do movimento e da atividade física. O corpo saudável era um corpo examinado, disciplinarizado, comportado e destituído de emoção para o qual convergiam práticas de educação física na escola, educação para a saúde "nas comunidades" e intervenção medicamentosa para eliminação de todos os tipos de sintoma. As intervenções sobre o corpo eram do domínio das ciências da saúde e dispensavam a escuta e o diálogo entre os profissionais e dos profissionais para com as pessoas e os coletivos sobre os quais se intervinha.

⁶ A *naturalização* diz respeito à redução dos saberes e práticas às ciências naturais, com base na ideia de que o conhecimento científico era o conhecimento "nobre" em saúde, não o conhecimento "pobre" da área de humanidades, da arte e da filosofia.

A aproximação às culturas e contextos locais para debelar as más condições de saúde dos grupos sociais entabulou as primeiras residências multiprofissionais em saúde no Brasil. Datam desta época as residências multiprofissionais em saúde comunitária, criadas como esforço de contribuição da formação para a construção de um sistema de saúde acessível e resolutivo, no interesse da população.

A Saúde Coletiva reforçou em seu campo o debate das ciências sociais. Novos sanitaristas emergiram, não mais à moda da Saúde Pública (de Osvaldo Cruz e Carlos Chagas), mas como expressão de uma posição crítica às práticas profissionais e à realidade social. Foi esse o grupo que vitalizou outro movimento, outra corrente, de caráter político (o sistema de saúde como um todo): o movimento da reforma sanitária brasileira ou o Movimento Sanitário. Enquanto crescia a extensão de cobertura dos cuidados primários às populações de periferia urbana e rural, nas grandes cidades e no interior, se aprendia mais sobre educação popular para a cidadania e se expandiam as bases universitárias do movimento de reforma sanitária.

Já não podia mais ser a simples extensão de cobertura da atenção básica (saúde comunitária), era preciso alterar as relações sociais e diminuir a geração de lucro empresarial sobre a saúde das pessoas e das populações. A saúde comunitária, então, habitava uma região híbrida entre "libertação" e "opressão" social; de um lado, contribuiu para a realização de importantes reformas curriculares, desdobradas em muitos projetos de extensão universitária e extramuros, mas, de outro, não conseguiu alterar o modelo de ensino, abrindo até mesmo uma nova dissociação: a clínica era das ações individuais e território da cura e as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e produção de qualidade de vida eram de caráter populacional e pertenceriam à Saúde Pública, excluindo a integralidade, segregando a clínica e restringindo a Saúde Coletiva!

Na década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais, aos modelos assistenciais, aos modelos educacionais e aos modelos de desenvolvimento social reivindicaram novas experiências para a integração ensino-serviço que extrapolassem a aprendizagem em hospitais, valorizassem a aprendizagem em unidades básicas de saúde e recuperassem, em alguma medida, a integralidade, de modo que incorporasse mais intensamente os conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares. Sem desarmar a lógica do hospital como o lugar da cura e da doença, as novas visões de saúde e de corpo acabaram por criar novas disciplinas, prestigiar outras profissões

e distinguir profissionais voltados *para a comunidade* e profissionais *preparados para o hospital*; os primeiros, supostamente com menor apropriação da clínica e identificados com uma nova área de fronteira (saúde comunitária/saúde mental) e os demais com a prática clínica sobre as doenças e o poder de vida e morte.

A rede de Integração Docente-Assistencial, com projetos em toda a América Latina, trouxe materialidade e história à área de ensino em saúde no sentido da integração ensino-serviço. O conjunto das experiências de integração ensino-serviço (não apenas as incentivadas em rede) foram determinantes para a expansão das noções de atenção integral à saúde, de integração entre formação e trabalho, de integração entre ensino e pesquisa em Saúde Coletiva e de invenção de projetos interprofissionais na graduação, na extensão e nas especializações em serviço sob supervisão. Novas residências multiprofissionais surgiram nesse período, em especial na área de Saúde Mental.⁷ A noção de integração docente-assistencial demarcou a possibilidade da interseção ensino-serviço, mostrou a possibilidade de tornar a rede de saúde uma rede-escola (contar com os serviços do sistema de saúde) e de expandir programas de residência em todas as áreas profissionais da saúde. Do ponto de vista do sistema de saúde, esta foi a década das Ações Integradas em Saúde, da VIII Conferência Nacional de Saúde, da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) e da Constituição Cidadã, alvorecer e execução da reforma sanitária que culminou com o Sistema Único de Saúde, regulamentado nos anos 1990.

Nos anos 1990, os projetos de integração ensino-serviço reconheceram a inclusão da representação popular no debate sobre as mudanças na formação e nos projetos de exercício das profissões para gerar serviços com capacidade de acolhida e escuta aos usuários. Os Projetos UNI — *Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade* — abriram caminhos de mudança nas reformas curriculares, desafiando a constituição de conteúdos para além da Saúde Pública preventivista, mediante a integração ensino-serviço-comunidade, e para uma saúde comunitária participativa. O ideário reformista desse período não envolvia mais uma reforma conteudista, mas os aspectos formativos, nos quais a articulação com os serviços era fundamental e também a articulação com os representantes da população.

⁷ A própria Saúde Mental surge como nova área, não mais a psiquiatria biológica ou a psiquiatria dos níveis de prevenção, mas a "saúde mental coletiva" (Fagundes, 2006)

Não se trabalharia com a montagem de unidades-escola pertencentes à universidade, mas com as redes locais de saúde. E estas articulações foram fundamentais para divulgar o ideário da reforma sanitária entre professores e estudantes de graduação.

É importante ressaltar o caso da enfermagem, entre o final dos anos 1980 e meados dos anos 1990. Houve uma mudança de paradigma por ocasião dos Seminários Regionais e Nacionais de Ensino Superior em Enfermagem: a substituição do paradigma da *assistência às doenças* pelo paradigma do *cuidado humano*, gerando um Movimento da Educação em Enfermagem. O movimento da Enfermagem surge como novo paradigma curricular, preconizando uma formação como o cruzamento de competência técnico-científica com competência política; estreita relação entre processo de formação e processo de trabalho e mudança nos marcos conceituais do trabalho em saúde pela compreensão conjuntural do País e do contexto sanitário. O currículo deveria favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população, em consonância com os princípios da reforma sanitária brasileira, introduzindo na ordem do currículo os temas do cuidado, da integralidade e da reforma sanitária.

Também nos anos 1990, merece destaque o projeto de trabalho da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) que inovou como proposta para uma reforma da educação nas ciências da saúde. Um primeiro recorte foi o da articulação de vários segmentos com interesse no debate do ensino: docentes, profissionais, gestores do sistema de saúde (ordenadores do trabalho em saúde) e estudantes (pela primeira vez como um dos protagonistas). Outro recorte foi o desafio de uma formação não mais orientada pelas doenças e pela intervenção das especialidades médicas, mas dirigida pelas necessidades de saúde e pela intervenção integrada das ciências humanas, ciências sociais e ciências biológicas. Muitas das aquisições desse debate se consubstanciaram em textos de apoio produzidos pelos sanitaristas brasileiros (ver, por exemplo, Merhy, 2002; Melo, 2003; e Carvalho dos Santos, 1998, entre os autores citados neste texto). Embora não operacionalizado, o projeto da Cinaem desejava uma nova teoria científica do ensino e legou, em lugar das determinações do *Relatório Flexner*, as determinações da Reforma Sanitária Brasileira.

Ainda na mesma década, foi sistematizada e implementada na América Latina a reunião dos projetos de articulação ensino-serviço-comunidade (rede de projetos UNI) e dos projetos de integração docente-assistencial (rede de projetos IDA) que culminou com a estrutu-

ração da Rede LINI-IDA (depois Rede Unida) e também com a formulação de uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde. A necessidade de ultrapassar uma profissão (um processo de mudança não se faz de maneira isolada por profissão) e um departamento (a mudança não é de conteúdo, mas de projeto de formação), a necessidade de instituir a multiprofissionalidade (projetos intercursos de desenvolvimento e aprendizagem da atenção integral), de dar lugar aos usuários (gestão participativa dos processos de mudança) e a necessidade de ampliar a interação com o sistema de saúde (interface mundo do ensino e mundo do trabalho), caracterizaram os novos rumos.

Em todas as iniciativas existiram limites, estrangulamentos e lacunas. Ainda assim, pode-se falar de uma história dos movimentos de mudança na educação em Ciências da Saúde até a aprovação das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais.

O início dos anos 2000 trouxe novidade à educação nacional: a ruptura com a noção de currículo mínimo para a organização dos cursos de graduação. Aprovadas entre 2001 e 2004, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde^a (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social) afirmaram que *a formação profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no País, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde* (formação de bio-

^a Não há uma relação única de profissões da saúde, conforme apresentamos no texto. O documento de utilização em toda a educação superior nacional é a Tabela de Áreas do Conhecimento (Tabela Capes), apresentada em Grande Área, Área, Subárea e Especialidades. Quando do edital de chamamento para a Elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais, o Conselho Nacional de Educação (CNE) agrupou os cursos por Áreas de Conhecimento (Edital CNE 04/1997). O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou uma resolução que lista as profissões de saúde para fins do debate sobre a política nacional de saúde (Resolução CNS 287/1998). Assim, temos, segundo a Tabela Capes, para as profissões que vamos citar ao longo do texto, na Grande Área Ciências da Saúde, as Áreas de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional; na Grande Área Ciências Biológicas, a Área de Biologia Geral; na Grande Área Ciências Humanas, a Área de Psicologia; na Grande Área de Ciências Agrárias, as Áreas de Agronomia e Medicina Veterinária; na Grande Área Ciências Sociais Aplicadas, as Áreas Economia Doméstica e Serviço Social e em Outros, as Especialidades de Administração Hospitalar e Biomedicina. O CNE estabeleceu o agrupamento Ciências Biológicas e Saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. O CNS estabeleceu a relação de Trabalhadores da Área da Saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais). Reafirmando a posição de orientação ao sistema de saúde vigente, algumas profissões destacaram o Sistema Único de Saúde. Foi o caso da formação de farmacêuticos, em que constou o aposto *com ênfase no SUS*, e da formação de nutricionistas e de enfermeiros, nas quais constou ainda que *a formação do profissional deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS*. Na profissão de enfermeiros constou o acréscimo de que *o atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela integralidade da atenção e pela qualidade e humanização do atendimento*. Para a graduação em Educação Física e Psicologia a atenção à saúde está definida como participação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, segundo os seus referenciais profissionais. A psicologia definiu a atenção à saúde como o seu objetivo específico, além dos próprios de um egresso da educação superior. Para a graduação em medicina veterinária, a saúde consta como *intervenção de saúde pública* e para a graduação em biologia a *atuação em prol das políticas de saúde*. Para a graduação em serviço social não há referência específica à saúde, suas diretrizes são pela cidadania, relações sociais e mercado de trabalho. Para o Conselho Nacional de Educação, a graduação em Economia Doméstica integra o grupo das Ciências da Saúde e sua participação se faz pelo âmbito da promoção da saúde. Outras profissões, como a Agronomia, que tem marcada atuação na área de Saúde Ambiental, intervenção em Saúde Pública pela participação no controle de alimentos de origem vegetal e controle dos mananciais de água, além da participação na produção de fitoterápicos e a Administração Hospitalar, que atua no mais histórico equipamento de saúde, alvo de críticas e queixas pelo setor da saúde, ou ainda a Administração em Sistemas e Serviços de Saúde poderão estar arroladas no grupo de Ciências da Saúde, conforme o foco de interlocução em causa.

Em 2002 foi lançado pelo Ministério da Saúde um Programa de Incentivo à Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed), que não se configurou como movimento, foi um Edital de seleção de melhores projetos a serem incentivados com recursos financeiros para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, aprovadas em 2001. Foram financiados dezoito projetos por um prazo de três anos. O Programa teve oposição da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) e foi combatido pelas demais profissões da saúde que não aceitavam sua formulação uniprofissional, desconsiderando parcialmente as aquisi-

ções da Rede Unida e as do Projeto Cinaem e do Movimento de Educação em Enfermagem.

Em 2004, foi apresentada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde *uma política do SUS* para o diálogo com o ensino de graduação nas profissões da área da saúde: AprenderSUS. A iniciativa contou com adesão maciça dos estudantes de graduação do conjunto das várias profissões de saúde, de amplos segmentos populares, organizados sobretudo em torno da Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps) e do conjunto das Associações de Ensino das Profissões de Saúde, que chegaram a criar o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (Fnepas), assim como as executivas de estudantes organizaram a Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde.

O AprenderSUS foi a primeira política do SUS (deliberada no Conselho Nacional de Saúde e não um programa de governo) voltada para a educação universitária. Essa política envolvia o apoio ao Fórum das Associações de Ensino das Profissões de Saúde e à Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde; a colaboração e engajamento na montagem do componente saúde no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), para a consideração da implementação das DCN; orientação dos cursos pela tematização da Integralidade em Saúde; implementação de experiências de trabalho em equipe de saúde e apropriação do SUS; interferência ativa na certificação e contratualização dos hospitais de ensino (fim do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde — Fideps pela substituição por essas novas bases); apoio à pesquisa sobre ensino da integralidade nas profissões da área da saúde, mobilizando o diretório de pesquisas do CNPq denominado por EnsinaSUS (linha de atuação do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde — Lappis, ligado principalmente à Universidade do Estado do Rio de Janeiro — Uerj); formação de ativadores de processos de mudança na graduação, com 1 000 vagas em curso de especialização por educação a distância; fomento a projetos autônomos na área proveniente das Associações de Ensino, Executivas de Estudantes e Instituições de Educação Superior no âmbito da integralidade, trabalho em equipe e apropriação do SUS; desencadeamento de diversas modalidades de “Vivência e Estágio na Realidade” do SUS (VER-SUS), podendo envolver o protagonismo entre gestores e estudantes (VER-SUS/Município), entre pró-reitorias de extensão, gestores e estudantes (Erip — Estágio Regional Interprofissional), entre pró-reitores de extensão, mo-

vimentos sociais e estudantes (Vepop — Vivência em Educação Popular) ou ações interestudantis e interuniversidades com protagonismo dos estudantes (Movimento Saúdes); mobilização e divulgação de experiências nacionais, por meio de oficinas e eventos regionais; e publicação específica: mudança na revista *Formação* (do Ministério da Saúde).

Embora ainda não se possam registrar os efeitos de uma política deste porte com pouco tempo de vigência (lançada em junho de 2004), vale a pena destacar seu esforço de uma política e de formulação de possibilidade abrangente para o ordenamento da formação. A Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (Abep) desencadeou, por força desse movimento, oficinas microrregionais, estaduais e regionais em 2006 com a chamada "Construindo diretrizes para a formação em saúde pública para fortalecer a presença da psicologia no SUS", cujo eixo estruturador foi definido como "A construção do SUS que queremos — a mudança curricular da psicologia na área da saúde"; a Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem (Eneenf) produziu um documentário sobre a presença dos estudantes da área de saúde no SUS, mobilizando as demais executivas de estudantes da área para a sua condução e execução; a Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (Abenfisio) estabeleceu laços com a Executiva de Estudantes de Fisioterapia em um diálogo cujo conteúdo privilegiou no ensino a agenda da reforma sanitária brasileira. O AprenderSUS também lançou uma convocatória nacional com intuito de reunir experiências relativas à construção de saberes sobre o ensino da integralidade em saúde na graduação, cujo produto acha-se nas coletâneas *EnsinaSUS*.

Em 2005 surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde), com um programa de governo às formas do Promed, agora para três profissões (medicina, enfermagem e odontologia). O Programa contou com manifestações contrárias dos estudantes e professores das várias profissões não incluídas e até mesmo dos cursos incluídos.

A construção de estratégias contemporâneas deve decorrer do aprendizado com a história dos movimentos de mudança: necessidade de instituir relações orgânicas entre as instituições de ensino (por meio de práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação acadêmica), as estruturas de gestão da saúde (mediante acesso às informações de gestão setorial, junto aos cenários gerenciais e mediante colaboração técnica e financeira), os órgãos de representação popular (movimentos sociais e de educação popular em saúde) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas, prestação de tutoria e apoio).

AS CIÊNCIAS DA SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Inicialmente cabe ressaltar que não há consenso no meio acadêmico-científico a respeito da composição das "Ciências da Saúde". Almeida Filho (2000) é enfático ao escrever que várias ciências contemporâneas se apresentam como "da saúde", mas são ciências "da doença" uma vez que as disciplinas que se pretendem constituintes do campo da saúde não constroem modelos de saúde que considerem a complexidade dos processos relativos ao sofrimento, à dor, ao cuidado e à vida, ou seja, o paradigma que rege as áreas da saúde está distante daquele que padece.

No entanto, institucionalmente organizadas, as Ciências da Saúde conformam a Grande Área das Ciências da Saúde, integrada por um conjunto de profissões cujos núcleos de competências se organizam pelas práticas do assistir e por outro conjunto de profissões cujos núcleos de competências integram as práticas de promoção da saúde. Entre os núcleos de competências das profissões estão os atos de saúde prestados às pessoas e aqueles que são dirigidos às coletividades humanas. A imprecisão de limites entre os dois grupos ou destes com outros grupos profissionais se relaciona com a amplitude que se queira imprimir ao conceito de práticas de saúde ou de necessidades de saúde.

A atuação profissional por áreas específicas, muitas vezes desconsidera seu pertencimento à produção de conhecimento e informação advindos da Grande Área das Ciências da Saúde. O conjunto de profissões de saúde aprende, trabalha e reconstrói no cotidiano a Grande Área, ao mesmo tempo que aprofunda, aperfeiçoa e especializa cada área, subárea ou especialidade. A Grande Área configura o campo de produção de saberes e práticas e cada subárea um núcleo de saberes e práticas, potencialmente especificáveis em especialidades dos saberes e das práticas. A menor identificação orgânica dos núcleos ao campo decorre, entre outros fatores, de uma compreensão restrita e fragmentada do próprio conceito de saúde, na sua dimensão pública e coletiva à

* Além do que já listamos na nota de rodapé anterior, destacamos que a Pós-Graduação na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes) está organizada em áreas de avaliação. No interesse da saúde estão as Ciências Biológicas agrupadas em I, II e III, a Medicina em I, II e III, a Ciência e Tecnologia de Alimentos, a Ecologia e Meio Ambiente, a Enfermagem, a Farmácia, a Educação Física/Fisioterapia/Fonoaudiologia, a Medicina Veterinária, a Odontologia, a Psicologia, o Serviço Social/Economia Doméstica e a Saúde Coletiva.

medida que grande parte dos profissionais que atuam no mercado de trabalho voltam-se para determinada face do fazer em saúde, enfatizando a dimensão individual, associada à doença, à recuperação dos padrões de normalidade da ciência das doenças e à compensação de estados fisiológicos em comparação aos supostos de normalidade da racionalidade científica moderna/razão médica. Tal quadro não seria dramático se pontual, isolado e desarticulado. No entanto, o que se observa é a aceitação tácita dessa conduta nas elaborações da saúde.

A hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual no ensino em saúde (na seleção de conteúdos, de metodologias e de formas de avaliação), uma educação da saúde marcada por uma ciência das doenças, um corpo entendido como o território onde evoluem as doenças e uma clínica voltada para o método experimental de restauração de uma suposta normalidade da saúde dos órgãos contribui, sobremaneira, para a precoce especialização e mesmo para a superespecialização, tal como temos assistido no trabalho em saúde no Brasil, assim como para a utilização excessiva de tecnologias por equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, de intervenções invasivas e de medicamentos.

A presença da Saúde Coletiva na educação dos profissionais de saúde, além da oferta das disciplinas tradicionais de ensino da área precisaria transversalizar o conjunto da formação; estruturar práticas intercurso; estabelecer permeabilidades multiprofissionais na docência, na pesquisa e na extensão; estabelecer cruzamentos com as áreas sociais e de humanidades (educação, história, filosofia, artes, etc.) e encetar práticas criativas de interlocução com os sistemas e serviços de saúde e com as redes sociais por localidades. A implementação do conjunto de saberes profissionais da Saúde Coletiva para descrever, avaliar e inovar nas realidades epidemiológicas, sociais e de gestão em saúde pode ser parte do desafio que temos de enfrentar.

O profissional e a organização do ensino e do trabalho em saúde

Para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. O diploma em qualquer área de saúde não é suficiente para garantir a qualificação necessária, já

que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização do profissional. Assim como não é possível aprender a cuidar em uma aula, duas ou vinte, o desenvolvimento do cuidar deve envolver o contato com o outro e as relações entre as pessoas. Essas aprendizagens são dinâmicas e imprevisíveis. A responsabilidade do cuidar exige uma reavaliação constante do profissional para que ele tenha condições de atender às necessidades do outro e às suas também, como pessoa e como profissional, à medida que as dificuldades, os impasses e as soluções apareçam no dia-a-dia do trabalho.

As escolas tendem a oferecer um "pacote" de conhecimentos que inclui os procedimentos "de ponta" e as novidades tecnológicas e farmacológicas, mas deixam de lado o cotidiano dos serviços e da gestão. Os estudantes são interlocutores passivos, são coadjuvantes quando em formação, "despencam" nos serviços para serem protagonistas do cuidado e terminam capturados pelo eixo recortado-reduzido corporativo-centrado.

O estudo das questões que envolvem o corpo, a saúde, a doença e a terapêutica muitas vezes encontra barreiras provenientes de preconceitos e constrangimentos relativos ao suposto caráter "supérfluo" das narrativas que acompanham sinais e sintomas e diante da degradação da qualidade de vida nos grandes centros. O corpo como sede de emoções e vivências é substituído por um corpo mecânico, de uma biologia invariante; a saúde como expressão do andar a vida é substituída por uma normalidade cuja normatividade pertence às Ciências Naturais e não às vivências individuais e coletivas; a doença deixa de ser compreendida em seus sentidos de adoecimento para ser compreendida unicamente como história natural das patologias infecciosas ou não transmissíveis e a terapêutica de construção das forças de afirmação da vida passa a eliminação dos sinais e sintomas ou (re)encaixamento nos padrões de boa forma e beleza.

Desde o século XVIII, notadamente no século XIX, na Europa, o "olhar" para o corpo guarda características conservadoras e utilitárias. É desse período que o estudo do corpo — considerado instrumento da produção —, passou a ser rigorosamente organizado à luz da ciência, mais especificamente das Ciências Biológicas. Este conhecimento do corpo biológico dos indivíduos, se de um lado significou "libertação", uma vez que evidenciou uma história da causalidade das doenças (antes compreendidas até mesmo como castigo divino) e possibilitou a sistematização e classificação de condutas e procedimentos relativos ao corpo, de outro, limitou o entendimento do homem como um ser de

emoções e interações, de afetos e autorias, cuja "humanidade" provém de sua vida em coletivos e em sociedade. De modo geral, apenas se elaboraram formulações parciais sobre o corpo. Um exemplo pode ser a freqüente comparação que se faz entre o funcionamento do relógio ou do carro com o funcionamento do corpo — análises mecanicistas, organicistas — servindo o corpo como instrumento de diagnóstico ou de prevenção ou de terapia, com dupla função: de instrumento, na sua relação com o trabalho, e de objeto, como aquele no qual se intervém. Nesse sentido, as práticas voltadas para o cuidado com o corpo afirmaram-se como uma prática "neutra", com poder de alterar as normativas individuais ou socioculturais, os hábitos e a própria vida dos indivíduos.

É freqüente nos cursos de formação em saúde que as disciplinas biológicas sejam as primeiras dos currículos — anatomia e fisiologia podem ser exemplos — e isso tem um significado com duras consequências na formação. Na disciplina de anatomia, por exemplo, lidamos, estudamos e tocamos o corpo morto, aprendendo a respeito dos músculos, dos nervos, da disposição orgânica e fisiológica. Não temos referência a respeito daquele corpo para além da sua dimensão física. Muitos dos cursos passam a maior parte do tempo apresentando, lidando e formando com olhar voltado para o corpo morto em detrimento da sua dinâmica, seus estados e afetos. Não sabemos a história de vida, quem foi, o que fez, por que está ali à nossa disposição, nem como chegou até o laboratório.

Entretanto, a nossa intervenção profissional é com o corpo vivo e em interação com o *socius* e o ambiente, sob processos de subjetivação! Em muitos cursos da área da saúde só vamos enfrentar o corpo vivo no final da graduação, por meio dos estágios supervisionados, internatos e treinamento clínico, por exemplo. Isso complica tudo porque o corpo vivo é a pessoa, que carrega uma história, dilemas, sofrimentos, alegrias, gostos, necessidades, compreensões e culturas. Tudo se complica também para o usuário porque aquele conhecimento dos primeiros anos, que está desvinculado da dinâmica das relações, organiza o olhar do estudante que, quando vai assistir, inicia por uma imagem de *dissecção* do corpo e não pela escuta ou contato com a alteridade.

A imagem clássica da terapêutica profissional abrange as técnicas medicamentosas, cirúrgicas e eletrônicas que interferem no corpo biológico e na manifestação e enfrentamento das doenças como processo isolado da vida ou do cotidiano das pessoas, mas a compreensão das doenças transcende as técnicas de intervenção e recuperação. Um projeto terapêutico antecede até mesmo esse momento do processo saú-

de-doença, parte, antes, da pessoa e sua história individual; dos conceitos de saúde presentes nos serviços, na cultura local e na consciência dos trabalhadores implicados na assistência; da acessibilidade aos recursos tecnológicos, culturais e sociais e do desejo de cura. A saúde resulta de um conjunto de condições — físicas, vivenciais, econômicas e socioculturais, entre outras — que determinam maior ou menor número de opções para as populações modificarem, alterarem ou ainda manterem suas condições de acordo com o que acreditam e desejam ser o melhor.

Há alguns marcos conceituais importantes da Saúde Coletiva: o cruzamento entre diferentes saberes e práticas projetando o campo da saúde como defesa da qualidade de vida, a ênfase no acolhimento e inclusividade das pessoas à rede de cuidados do SUS sem nenhum tipo de segregação ou restrição de acesso; a superação do biologicismo e da abordagem centrada nas doenças para uma abordagem integral que reconheça histórias e sensações na vivência dos adoecimentos; a valorização da autonomia das pessoas na construção de projetos terapêuticos individuais e da autodeterminação no andar a vida; o estabelecimento de práticas cuidadoras e não a intervenção terapêutica centrada nos procedimentos e medicamentos; o estímulo à convivência entre a população e os profissionais de saúde; o envolvimento dos trabalhadores nas instâncias de participação popular; a atuação permanente em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e a crítica à medicalização e à mercantilização da saúde.

A Saúde Coletiva privilegia nos seus modos de ação as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, preocupa-se com a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, instigando maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões do corpo, da saúde, do adoecimento, da terapêutica, da vida e da morte.

Os cenários de aprendizagem, a metodologia de ensino, a seleção de conteúdos, a avaliação e a orientação dos cursos

Os processos de inserção dos profissionais de saúde no SUS variam a depender da profissão. No entanto, os olhares sobre o SUS não diferem muito. Na visão dos gestores, os profissionais que procuram o SUS como espaço de trabalho não têm formação adequada, argumentando que a universidade não se compromete com o Sistema. Na visão dos docentes, as Unidades Básicas de Saúde são um espaço difícil de

trabalhar porque não oferecem condições de aprendizagens adequadas pois há escassez de recursos materiais e assistenciais, a demanda é variada, não dirigida e dispersa. Na concepção dos estudantes, as Unidades tentam praticar a integralidade, mas têm dificuldade de agregar equipes multiprofissionais e de estabelecer diálogo entre diferentes profissionais. Para reverter o quadro, faz-se necessário qualificar as instâncias locais; descobrir e investir por suas potencialidades; valorizar a formação multiprofissional e as capacidades específicas de cada profissão, sem aprisionamentos; investir na aprendizagem a partir de valores partilhados e desenvolver a capacidade de crítica, auto-análise e autogestão, tendo em vista construir outros modos de aprender, de aprender a aprender, de aprender no trabalho e de trabalhar na saúde.

A organização da educação é uma das dimensões da formação em saúde e não pode ser dissociada das demais. A organização dos serviços, o trabalho tal como o encontramos na rede (no mínimo como campos de estágio) e as demonstrações de pensamento dos segmentos corporativos das profissões e dos governos também são processos formativos. A acessibilidade das pessoas às ações e serviços de saúde; a qualidade do acolhimento; a responsabilidade das equipes com o cuidar e a atenção às populações, assim como os processos educativos adotados para ampliar a autodeterminação das pessoas no cuidar de si e, assim, construir ativamente sentidos à sua saúde devem ser matéria de debate durante a formação profissional, pela necessidade de transformar a excessiva solicitação de exames (tantas vezes desnecessários), a elevada prescrição de medicamentos (substituindo outras terapêuticas mais indicadas) e o descompromisso com as pessoas após "aulas" de educação para a saúde em possibilidades inventivas de novos caminhos para a produção da saúde.

Diante da clínica pensamos o corpo, o indivíduo, mas complica quando pensamos o trabalho em equipe, que é um trabalho construído por profissionais de diferentes origens, áreas e níveis de formação, com diferentes perspectivas e formulações sobre as necessidades em saúde. O espaço de trabalho seja ele nos hospitais, nos laboratórios, nos centros de especialidade ou nas unidades básicas de saúde é o espaço em que estaremos grande parte do nosso tempo, não representando apenas remuneração, mas subjeivação, alegrias, sofrimentos e sociabilidades. Especialmente as unidades básicas de saúde serão os espaços em que a maioria dos profissionais recém-formados estará, porque este é o local privilegiado para expansão do emprego em saúde e será este o lugar privilegiado para iniciar nossa carreira profissional e realizar ou

concretizar nossos projetos profissionais e nossa oportunidade de intervir sobre as condições de saúde da população.

A clínica da atenção básica à saúde é fortemente transversalizada pela Saúde Coletiva. Se podemos falar de saúde da família como um projeto de clínica em interface com a saúde comunitária, também podemos falar de atenção básica na Saúde Coletiva. Estamos escrevendo *a partir e sobre* a área denominada Saúde Coletiva, enfatizando que entendemos não haver dissociação dos momentos da clínica quando trabalhamos em equipe e mediante projetos terapêuticos interdisciplinares, em rede de cuidados e sob práticas de atenção à saúde estendidas às ações intersetoriais. A epidemiologia e a informação, a política e a participação, o planejamento e a gestão e a educação e organização de coletivos em saúde ressingularizam a clínica, em ato. A clínica se desprende da racionalidade científica moderna para poder reconhecer-se como campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional interdisciplinar. É importante lembrar, como dissemos, que não há limites precisos ou rígidos entre os diferentes modos de pensar e produzir saúde. A clínica se vale predominantemente da prática de atenção ao indivíduo, mas para ser eficaz necessita incorporar uma adequada análise das circunstâncias sociais da vida e da convivência com fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, e ao mesmo tempo exige permeabilidade, capacidade de significação, construção sensível das interferências profissionais sobre os fatores subjetivos e práticas de prevenção e promoção à saúde. As ações coletivas valem-se da clínica para uma intervenção qualitativamente relevante e capaz de unir fatores de vigilância e proteção da saúde com conforto e alegria de viver.

As demandas da sociedade para com a área da saúde aumentaram e ficaram muito mais complexas na contemporaneidade. A transição epidemiológica e demográfica brasileira evidencia a necessidade de formar diferentemente para corresponder às necessidades de saúde. As dificuldades que encontramos em controlar as doenças infecto-contagiosas e as crônico-degenerativas, como a dengue, a febre tifóide, a aids, a obesidade, a hipertensão e o diabetes, entre outras, passam pela apropriação dos métodos "clássicos" de atuação da Saúde Coletiva, mas também expressam a necessidade de uma Saúde Coletiva e uma Clínica das profissões de saúde articuladas. Os diferentes modos de as pessoas e os grupos manifestarem as conseqüências de fenômenos como o envelhecimento, o medo nas cidades, os ritmos do trabalho e as novas relações sociais, por exemplo, resultam em crescente aumento de cate-

gorias ou especialidades profissionais que se justificam pela necessidade de garantir a conquista de condições mínimas de saúde para alguns e a manutenção das condições de saúde para outros, não naturalizam essas condições em detrimento do seu enfrentamento.

De fato, o crescimento das especializações não garante a satisfação da população no que concerne ao atendimento, aos serviços e à própria relação com os profissionais de saúde, e um dos fatores predisponentes a esta postura é justamente a fragilidade do ensino sobre o SUS na formação básica. Há desconhecimento em relação à história da organização do sistema de saúde no Brasil, ao processo de sistematização, organização e implementação do SUS, e o enfoque com que se opera o debate sobre os serviços está centrado na suposta diferença das condições de trabalho no setor privado e no setor público.

Há necessidade de nos voltarmos para os sentidos, os valores e os significados do que se faz e para quem se dirige nossa ação. As questões de natureza ética e humana, relativas à formação, têm sido preteridas na sala de aula à medida que não se adotam metodologias de ensino que instiguem o aluno a participar, construir implicação¹⁰ e assumir responsabilidades no seu processo de formação.

Essas questões apontam para a integralidade da atenção, o trabalho em equipe e a apropriação do SUS. O que significa isso? Significa rever o conceito de saúde, conhecer a realidade local com a qual vamos interagir e inventar a aproximação entre as profissões e dessas com o SUS, com intuito de ampliar nossa capacidade de percepção e intervenção sobre a saúde. Precisamos superar, pela formação e educação, a idéia de que a Clínica carrega o sentido das ações individuais e a Prevenção e Educação o sentido das ações coletivas, em que o Acolhimento tem o sentido de porta de entrada na pirâmide hierarquizada da racionalidade gerencial hegemônica. A Clínica agrega as práticas terapêuticas que envolvem proteção, educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com base nos aspectos corporais, sentimentais, vivenciais, grupais e institucionais, em que co-existem ações individuais e coletivas. A porta de entrada do sistema de saúde precisa ser pensada no plural, *são todas as que recebem o usuário* e o acolhimento deve estar

¹⁰ A implicação diz respeito à relação ética e de responsabilidade dos profissionais e dos serviços para com os usuários e dos profissionais com os serviços e as políticas públicas. A implicação se apresenta no interesse genuíno de atender a cada cidadão de acordo com suas necessidades, mediante a interação por dispositivos institucionais singulares (o acolhimento pode ser um exemplo), buscando garantir e incentivar a autonomia e o respeito aos usuários das ações e serviços de saúde.

em todas elas, com objetivo de exercitar e garantir a inclusão da população na rede de cuidados do sistema de saúde. A Vigilância à Saúde, por sua vez, é parte do acolhimento e da Clínica que oferecemos no sistema de saúde como um todo.

A Gestão, a Atenção à Saúde, o Controle Social, o trabalho no setor privado e a regulação da saúde suplementar devem ser cenários de práticas da integralidade. Tais cenários de aprendizagem devem envolver a rede de serviços de saúde, como um todo, pois todos os ambientes de trabalho em saúde devem ser conhecidos ao longo da formação de modo que garanta maior familiaridade e destreza nos campos de atuação com maior expansão e perspectiva de empregabilidade, para que profissionais recém-formados possam ingressar no trabalho com maior autonomia profissional. Os hospitais, como cenário de aprendizagem, devem ser mantidos, mas é preciso relativizar o conceito de *hospital-escola* para o de *hospital de ensino pertencente à rede de serviços de saúde*, no qual a condição de ensino não se põe como escola para o tratamento de doenças, mas como estratégia complementar na rede de cuidados representada pelo sistema de saúde, cumprindo papéis de apoio matricial, avaliação de tecnologias, desenvolvimento de estratégias assistenciais e métodos de tratamento que possam ser gradativamente incorporados pelos serviços de alta resolatividade ambulatorial e acompanhamento domiciliar.

As metodologias de ensino devem ser priorizadas com base em critérios que contemplem os fatores de exposição que estão proporcionando, considerando que não se aprende apenas por transmissão cognitiva. Para incorporarmos modos e perfis são necessárias exposições de si e o contato com a alteridade (o outro despertando diferença em nós). A implicação dos estudantes revela-se determinante no seu protagonismo, a ser reconhecido e incentivado, até mesmo na atuação junto ao movimento estudantil. Enfim, projetos multiprofissionais, atuação docente multiprofissional em cada curso e ações multiprofissionais na pesquisa, extensão e campos de práticas precisam ser deliberadamente buscadas e prestigiadas.

A seleção de conteúdos deve se fazer pela integralidade em saúde: suporte para as práticas de cuidado e curativas; aprendizagem da construção, busca e uso de informações; aprendizado sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários, o que implica contatar, conhecer e compreender as redes sociais por onde circulam os usuários dos serviços de saúde; apropriação e problematização das políticas de saúde e dos desenhos tecnoassistenciais; desenvolvimento das capacidades in-

telectuais e práticas para o exercício do apoio matricial entre profissionais, entre especialistas e generalistas e entre especialidades; desenvolvimento de práticas de educação em saúde e compreensão dos sentidos da participação.

A avaliação deve envolver recursos de auto-avaliação (da implicação); avaliação em grupo das implicações; avaliação docente do conteúdo e das habilidades, conforme pactuação com os campos de práticas e com os estudantes; e avaliação por tutores dos campos de práticas.

E, por fim, a orientação ético-política dos cursos e os critérios para a sua revisão permanente devem estar fundamentados na afirmação da vida pelo aporte das Ciências da Saúde (Ciências da Saúde e não Ciências Naturais), de modo que os conhecimentos biológicos, humanísticos e sociais estabeleçam arranjos inovadores e inusitados.

SAÚDE COLETIVA E RELEVÂNCIA SOCIAL DA FORMAÇÃO

A Saúde Coletiva, após os movimentos da saúde pública, da saúde preventiva, da saúde comunitária e da reforma sanitária ampliou e ressingularizou o campo de atuação dos profissionais de saúde. Da assistência às doenças para o cuidado humano, da nosologia médica para as necessidades em saúde, do tratamento e reabilitação para a integralidade da saúde. Cada núcleo profissional foi ampliado e a pesquisa em saúde em todas as profissões intensificada. Não cabe mais a cada profissão uma parcela no diagnóstico e tratamento das doenças, mas detectar e ofertar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e produção da saúde e da vida.

Para os profissionais de saúde que optarem pela especialização em Saúde Coletiva, a área vem expandindo seu campo de atuação e, por conseguinte, os postos de trabalho estão mais diversificados em subáreas, mas para o conjunto dos profissionais de saúde a área instiga saberes e práticas fundamentais ao trabalho neste setor. A Saúde Coletiva crítica e questiona a ordem vigente nos sistemas e serviços de saúde interrogando pela sua correspondência às necessidades de saúde da população, essa é a mesma interrogação a ser lançada sobre a relevância da formação das novas gerações de profissionais de saúde.

Nosso País precisa de profissionais com capacidade de gerir sistemas e serviços de saúde, não porque se especializaram em administração, mas porque dominam o seu campo de trabalho ao final da graduação; profissionais com capacidade de escuta ampliada no que se refere aos problemas de saúde, não porque se especializaram em planeja-

mento, mas porque sabem o que é um projeto terapêutico singular e de profissionais com capacidade de acolhimento, não porque são bons classificadores de risco, mas porque estão imbuidos da inclusividade e responsabilidade do setor da saúde com a saúde individual e coletiva.

Muitos são pessimistas diante de saberes e práticas que têm perpetuado o conhecimento fragmentado, disperso e inacessível, dificultando a tarefa de construir parâmetros lógicos, coerentes, claros e que permitam ao profissional em formação visualizar e materializar condições de trabalho e de vida melhores.

Toda mudança assusta, qualquer que seja: casa, amigos, trabalho, valores, idéias, planos e metas. Não somos formados para mudar, somos educados para conservar, manter, estabilizar, assentar. Qualquer possibilidade de modificar padrões e modelos causa desconforto, medo e resistência. No que diz respeito às estruturas — jurídicas, administrativas, corporativas e institucionais —, a capacidade de se cristalizarem dificulta e muitas vezes inviabiliza projetos dinâmicos e transformadores, mais próximos, coerentes e afinados com o cotidiano da vida.

A universidade, de modo geral, depara-se com uma série de dilemas, em razão da necessidade de redimensionar suas funções de acordo com as mudanças de uma sociedade cada vez mais dinâmica e complexa.

Espaço, tempo, globalização, técnica, internacionalização, ciência e informatização são conceitos bastante utilizados e que, no entanto, por si só, não conseguem explicar o fenômeno de transformação por que passa a sociedade moderna. A universidade brasileira é ator nesse processo: ao mesmo tempo que participa sofre pressão para que acompanhe a velocidade dos acontecimentos e dos avanços tecnológicos. Um dos caminhos que a universidade segue é o de atender às necessidades e interesses imediatos diretamente vinculados ao mercado de trabalho, enfatizando conteúdos de caráter técnico e prático destituídos de reflexão, de crítica, de contexto e, sobretudo, destituindo de autoria e protagonismo aqueles a quem se destinam.

As categorias profissionais específicas precisam estar atentas ao fato de que para que as populações alcancem níveis adequados de saúde é preciso ir além do acesso aos serviços assistenciais de qualidade, é preciso lutar por e implicar-se com políticas públicas comprometidas com a afirmação da vida como critério da saúde e viabilizar a comunicação e articulação entre população e poder público. Não conseguiremos interferir no processo saúde-doença se não estivermos prontos para ouvir, estudar, analisar e avaliar o que se pensa e faz nas Ciências da Saúde hoje

A construção de modos de conviver, o estabelecimento de relações diferenciadas com os poderes instituídos, a construção da participação e da ocupação ativa dos lugares de invenção e a valorização dos processos coletivos de mudança aliados à preservação das memórias podem nos ajudar com os aprendizados e desafios da Saúde Coletiva pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BÁSICAS COMENTADAS

Campos, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos — a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

Uma proposta de trabalho em equipe. Um método que auxilia para analisar e gerir pessoas trabalhando em conjunto e nesse sentido produzindo coisas e pessoas. O trabalho compreendido como um meio para assegurar sustento material mas também determinando a constituição das pessoas e de suas relações em equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades.

VER-SUS Brasil: cadernos de textos, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. *Este caderno de textos agrega idéias e autores voltados para a formação em saúde que têm em comum a preocupação com: o despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem no serviço, compreender a sua gestão e entenderem a ação de controle social da sociedade sobre o setor; a ênfase na formação centrada nas técnicas biomédicas em detrimento dos valores da Saúde Coletiva; e o pouco prestígio dos estudos sobre a Saúde Coletiva e o SUS nos cursos de graduação dos profissionais de saúde. O projeto Ver-SUS "Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde" é o tema norteador dos textos*

Marins, J. J. N.; S. Rego; J. B. Lampert & J. G. C. Araújo. *Educação médica em transformação: processos de mudança e construção de realidades*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abem, 2004.

O livro resulta de estudos sobre o processo de formação no campo da saúde e enfatiza nas discussões o cotidiano das instituições para o leitor que se encontra envolvido com a gestão ou o planejamento. Reúne pensadores e atores dos processos de transformação educacional em saúde no Brasil que por meio dos seus textos instigam a reflexão a partir de aportes teóricos construídos com base em experiência em educação superior em saúde.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

- Almeida Filho, N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Arouca, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Unesp-Fiocruz, 2003.
- Ayres, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), set. 2003-fev. 2004.
- Camargo Jr., K. R. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Campos, G. W. S. *Saúde pública*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Canesqui, A. M. (org.) *Dilemas e desafios das ciências sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.
- Carvalho Santos, R. *Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil*. Mestrado em Saúde Coletiva. Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, 1998.
- Carvalho, Y. M. *O mito da atividade física e saúde*. 3.^a ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- Atividade física e saúde: onde está e quem é o "sujeito" da relação? *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 22(2), pp. 9-21, jan. 2001.
 - Educação Física e Saúde Coletiva: uma introdução. In: M. T. Luz. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva*. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- Ceccim, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 9(16), pp. 161-78, set. 2004-fev. 2005.
- Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: R. Pinheiro & R. A. Mattos. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-IMS/Uerj-Abrasco, pp. 259-78, 2004.
 - Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: R. Pinheiro & R. A. Mattos. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco, pp. 161-80, 2005.
 - Porque uma Lei Orgânica da Educação Superior precisa contemplar de maneira especial e dedicada a articulação com o setor da saúde. *Olho Mágico*, Londrina, 12(1), pp. 35-45, jan.-mar. 2005.

- , Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: D. E. E. Meyer (org.) *Saúde e sexualidade na escola*. 3ª ed. Porto Alegre: Mediação, pp. 37-50, 2001.
- Ceccim, R. B. & L. C. M. Feuerwerker. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1), pp. 41-66, 2004.
- , Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5), pp. 1.400-10, set.-out. 2004.
- Ceccim, R. B. & A. A. Capozzolo. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: J. N. Marins; S. Rego; J. B. Lampert & J. C. C. Araújo. *Educação médica em transformação: processos de mudança e construção de realidades*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abem, 2004.
- Cecílio, L. C. O. Programa Uni: uma necessária ampliação da sua agenda. In: L. C. M. Feuerwerker; M. Almeida & M. Llanos (org.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1 — um olhar analítico*. São Paulo-Buenos Aires-Londrina: Hucitec-Lugar Editorial-Ed. UEL, pp. 129-34, 1999.
- Cunha, G. T. *A construção da clínica amplada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Ferla, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e idéias populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2002.
- Feuerwerker, L. C. M. *Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo-Londrina-Rio de Janeiro: Hucitec-Rede Unida-Abem, 2002.
- , Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, Londrina, 10(3), pp. 21-6, jul.-set. 2003.
- Feuerwerker, L. C. M. & R. R. Sena. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: L. C. M. Feuerwerker; M. Almeida & M. Llanos (org.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1 — Um olhar analítico*. São Paulo-Buenos Aires-Londrina: Hucitec-Lugar Editorial-Ed. UEL, pp. 47-81, 1999.
- Kisil, M. & M. Chaves (ed.). *Programa UNI: uma nova iniciativa de educação dos profissionais de saúde*. Battle Creek: Fundação Kellogg, 1994.

- Luz, M. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2.^a ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2004.
- Marsiglia R. C. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- Melo, E. A. *Formação médica e modelo de atenção à saúde: relações, situação e possibilidades*. Monografia, Graduação em Medicina. Aracaju: Universidade Federal de Sergipe, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Colegiado de Medicina, 2003.
- Merhy, E. E. *Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica (e dos serviços de saúde)*. In: E. E. Merhy. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, pp. 135-47, 2002.
- Merhy, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Paím, J. S. & N. Almeida Filho. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2000.
- Pereira Neto, A. F. *Formação profissional médica: o presente no passado*. *Caderno de Currículo e Ensino*, 2(3), pp. 35-54, 2001.
- Pinheiro, R. & R. A. Mattos (org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-IMS/Uerj-Abrasco, 2004.
- Romano, R. A. T. *Da reforma curricular à construção de uma nova prática pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado*. Mestrado em Educação em Ciências da Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, 1999.
- Schraiber, L. B. *Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Sena Chompré, R. R. *A enfermagem nos projetos UNI: contribuições para um novo projeto político para a enfermagem brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- Souza, A. R. N. D. *Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica*. Doutorado em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, 1998.

**ESTOU ME FORMANDO (OU EU ME FORMEI) E QUERO
TRABALHAR: QUE OPORTUNIDADES O SISTEMA DE SAÚDE
ME OFERECE NA SAÚDE COLETIVA? ONDE POSSO
ATUAR E QUE COMPETÊNCIAS PRECISO DESENVOLVER?**

**Marco Akerman
Laura Feuerwerker**

A SAÚDE COLETIVA abre várias possibilidades de trabalho para os profissionais de saúde.

As condições atuais de mobilização social e de capital permitem antever demandas por profissionais com formação em saúde coletiva em órgãos governamentais municipais, estaduais e federais, no setor privado, e no "terceiro setor".

Entretanto, ou essas oportunidades de trabalho somente se revelam depois de uma inserção inicial "clássica" no sistema de saúde, ou não são identificadas como atividades que demandem competências conectadas com a formação em saúde coletiva.

Este capítulo tem como objetivo abrir o leque dessas múltiplas possibilidades de inserção, bem como indicar o conjunto de competências necessárias para a entrada no campo.

Durante a graduação das profissões da saúde, os estudantes em geral têm contato com alguns aspectos dos campos clássicos da Saúde Coletiva, que são as políticas e o planejamento em saúde, a epidemiologia e as ciências sociais e humanas aplicadas à saúde.

Essa "amostra", entretanto, não oferece ao futuro profissional uma visão suficiente sobre as oportunidades que o sistema de saúde oferece para atuação na área da saúde coletiva.

A Saúde Coletiva é, ao mesmo tempo, núcleo de saberes e de práticas sociais (Campos, 2000) que têm por objeto o conjunto das **necessidades sociais de saúde** e que, portanto, "dá suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais face às questões de saúde/doença e da organização da assistência" (Donnangelo, 1983). Desse modo, tudo que diz respeito à saúde do público diz respeito à saúde coletiva (Paim, 1992).

Assim, o meio ambiente; o saneamento; as condições de trabalho; as condições de produção e comercialização dos alimentos; o impacto das diferentes maneiras de viver sobre a saúde das pessoas e das populações; a promoção da saúde; a prevenção das doenças; as maneiras como se organizam o sistema, os serviços e o cuidado à saúde das pessoas; o controle sobre a produção e a prescrição de medicamentos; o estudo e o controle sobre o comportamento das doenças na população; a educação e a informação em saúde; os modos de governar e planejar a saúde, envolvendo a participação de diferentes atores sociais; a saúde como direito do cidadão; a saúde como direito do consumidor; as maneiras como os distintos segmentos sociais compreendem a saúde, a doença e a morte e como se organizam para interferir sobre elas — nas cidades e nas regiões rurais — são exemplos de temas relacionados às necessidades sociais de saúde.

Como se pode imaginar, então, são muitas e crescentes as possibilidades de se trabalhar com saberes e práticas da saúde coletiva, tanto no setor governamental municipal, estadual e federal, quanto no setor privado ou no "terceiro setor". Vamos, portanto, explorar essas possibilidades.

RECONHECENDO E DESDOBRANDO AS ÁREAS "CLÁSSICAS" DA SAÚDE COLETIVA

Primeiramente, desdobrando "saúde" e suas interfaces

Saúde é um tema complexo, produto da história, da cultura, da religião, da organização social e econômica, das condições de vida e trabalho, da subjetividade, dos valores, desejos e das relações afetivas das pessoas e dos grupos de que elas são parte.

Ou seja, a maneira como as pessoas vivem, moram, alimentam-se, trabalham, amam, divertem-se, movimentam seus corpos, ou seja, a maneira como as pessoas levam a sua vida, interfere em seu equilíbrio vital e, portanto, no seu processo saúde-doença. Além disso, os modos como as pessoas compreendem a saúde e a doença, definem o que lhes faz bem ou mal, como buscam informações sobre saúde, e como procuram cuidar de sua saúde interfere no modo como se relacionam com os serviços de saúde e nas expectativas que têm a respeito deles — individual e coletivamente.

Historicamente, também, tem variado a maneira como as sociedades compreendem o processo saúde-doença, o que consideram saúde

considerar de sua

e o valor que lhe é atribuído dependendo do lugar social de cada grupo humano e, portanto, muda ao longo do tempo, o que socialmente se consideram como necessidades de saúde.

Por tudo isso, há o reconhecimento de que o referencial estritamente biológico é insuficiente para compreender e abordar o processo saúde-doença, tanto no plano individual como no plano coletivo e daí a importância das contribuições de várias disciplinas ao campo da saúde (Almeida Filho, 2000).

Esse diálogo entre várias disciplinas tem sido vital do ponto de vista da produção do conhecimento, do que se estuda e escreve sobre saúde, particularmente do que se chama saúde coletiva. E esse intercruzamento se reflete também nas práticas sociais de saúde: tanto nas práticas das pessoas e grupos sociais como usuários, cidadãos e movimentos, como no sistema e nos serviços de saúde e no trabalho desenvolvido em seu interior.

Aliás, em geral ocorre um movimento transversal envolvendo a mobilização de grupos sociais e a produção de conhecimento sobre um tema específico, ambos com o objetivo de ampliar sua visibilidade social e as possibilidades de que existam investimentos e políticas específicas para o seu enfrentamento.

Desdobrando-se a área das políticas de saúde

Segundo Mario Testa (1995), há dois espaços nos quais se discutem políticas (com significados distintos): o setorial e o global. No espaço setorial se discute e se disputa a definição ideológica dos conteúdos e proposições setoriais; no espaço global se discutem e tomam as decisões políticas. Ou seja, somente no momento em que um tema transcende o espaço setorial e ganha o espaço do Estado é que pode converter-se em política social.

O setor saúde em determinado momento é a combinação articulada de todos os campos de força gerados pelas questões relacionadas à saúde. Isso porque cada problema em discussão na sociedade gera seu campo de forças, ou seja, mobiliza a ação de determinados sujeitos interessados. Por ser um espaço social, ele se redefine permanentemente, conjuntural e historicamente, como espaço em que se disputa o poder cotidiano e como espaço em que se disputa o poder social geral.

Portanto, a estrutura de poder do setor saúde é gerada em sua articulação com o Estado. Assim é que alguns grupos sociais já acumularam poder suficiente para pautar políticas relativas a temas de seu

interesse e outros não; certos temas já são coletivamente reconhecidos como relevantes e já foram incorporados à agenda geral do setor saúde; alguns temas já suscitaram ampla produção de conhecimento, outros ainda estão em fase de amadurecimento.

Por isso é que em torno de alguns temas é possível trabalhar somente a partir dos movimentos sociais ou organizações não-governamentais e em torno de outros, já institucionalizados, há possibilidades de trabalho nos movimentos e também nos espaços governamentais (nacionais, estaduais, locais e, em alguns casos, até internacionais) e institucionais em geral. Desse modo, se conformam as possibilidades de trabalho conectadas ao tema das políticas de saúde, por exemplo.

Há vários exemplos significativos de temas específicos que desdobram a área clássica das "políticas de saúde" e conformam novas possibilidades de trabalho e de inserção em organizações governamentais, privadas e do terceiro setor.

Um deles refere-se às questões de "saúde e gênero". Inicialmente as mulheres (por meio dos movimentos de mulheres) — e atualmente também os homens — reivindicaram atenção especial para seus problemas específicos de saúde (sexualidade, sexo seguro, prevenção de doenças, planejamento familiar, etc.), exigiram que fossem respeitados concepções, temores e apreensões dos diferentes segmentos a respeito dessas questões, exigiram que se eliminasse o preconceito e os maus-tratos anteriormente existentes em determinadas situações (atenção pós-aborto, por exemplo)

Desdobrando-se a área de ciências humanas e sociais em saúde

Hoje há distintos segmentos sociais organizados com o objetivo de conquistar/assegurar as melhores condições possíveis para a produção de sua saúde: respeito aos seus valores e práticas, linguagem adequada, profissionais capazes de dialogar e cuidar, acesso aos serviços de acordo com suas necessidades, etc. Nessa categoria se enquadram desde movimentos de portadores de patologias específicas até movimentos sociais como os "Sem Terra". Neste conjunto de direitos e demandas se conectam outros campos temáticos que fluem e se desdobram das "ciências humanas e sociais" como por exemplo, "cidadania e participação", "bioética" "saúde e cultura" que vêm sendo reconhecidas como campos de pesquisas e produção de conhecimentos e práticas e se configurando como oportunidades de trabalho em organizações públicas e privadas.

Pauta comum de todos esses movimentos, a questão da "informação e da comunicação em saúde" abre-se como outra possibilidade de trabalho, já que se constitui em direito de todos os cidadãos conhecer os fenômenos do viver, do adoecer, do cuidar-se, e do morrer. Esse conhecimento é indispensável para se ter maior autonomia para produzir/conduzir sua própria saúde.

A grande polêmica está em como produzir e trabalhar a informação. Tradicionalmente os profissionais de saúde, portadores do saber científico, consideram ser seu papel transmitir esses conhecimentos à população e esclarecer quais são as maneiras saudáveis de viver, que deveriam ser adotadas por todos.

Apesar de a "educação em saúde" ser popular entre gestores e profissionais de saúde, este campo de conhecimento e práticas vem sendo debatido por muitos autores (Valla, 1993; Vasconcelos, 1991), ao questionarem o fato de que o conhecimento científico sobre saúde vem sendo produzido majoritariamente sobre uma base biológica, focalizada no corpo biológico e nas doenças, e que muitas práticas de "educação em saúde" se valem destas concepções para operar suas práticas.

As ciências da saúde trabalham fortemente com a referência dos processos biológicos como central, mas existem outras referências, historicamente construídas, a respeito da saúde, da doença, da vida e da morte, como as medicinas orientais, o saber popular sobre saúde e os conhecimentos que os diferentes segmentos sociais acumularam a respeito.

Os movimentos sociais, além de muitos profissionais e pesquisadores, desejam, então, que a produção de informação e a comunicação em saúde levem em conta outras dimensões que não a biológica. Desejam também o mesmo em relação ao processo de educação em saúde, de modo que ele se faça por meio de um diálogo entre saberes e de referências. E que as pessoas possam optar pelas maneiras de evitar, enfrentar e/ou conviver com seus problemas de saúde da maneira que lhes for mais adequada. Comunicação e Informação e Educação em Saúde, portanto, são campos de produção de saber, de práticas sociais e objeto de políticas públicas em nosso País e, portanto, campo de trabalho aberto.

Existe, então, a possibilidade de desenvolver linhas de investigação transdisciplinares, que articulem diversos saberes para procurar dar conta de compreender questões complexas como a saúde (e provavelmente quase todos os temas humanos e da natureza). Aqui se abrem novas possibilidades de inserção profissional nas universidades e nos centros de pesquisa.

Desdobrando-se a área de epidemiologia

O mecanismo de gênese dos estados patológicos é complexo. Sempre estão envolvidos diferentes fatores e nem sempre é possível identificar um agente etiológico preciso. E mesmo quando há o agente, há outros elementos (conhecidos e desconhecidos) que interferem no processo.

Sabemos, por exemplo, que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é causada por um retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana, que interfere no funcionamento do sistema imunológico, particularmente dos linfócitos. Sabemos que o vírus se transmite pelo sangue e secreções, particularmente por meio das relações sexuais e de transfusões de sangue. Mas não sabemos por que nem todas as pessoas expostas são infectadas. Também não sabemos por que nem todas as pessoas infectadas desenvolvem a doença e por que as que a desenvolvem o fazem em tempos muito variáveis.

Há várias outras dimensões operando na produção da vida (e da saúde), que não estão sendo levadas em conta: a subjetividade, a cultura, a espiritualidade, os valores, o lugar social, as condições de vida material, as relações de trabalho, a urbanização, os conflitos ambientais, etc.

Por isso a verdade científica sobre saúde é parcial, incompleta e limitada. Nesse sentido, a epidemiologia, área clássica da saúde coletiva, se recicla e abre possibilidades para outras articulações de produção de conhecimentos e práticas como por exemplo, "saúde e espiritualidade"; "saúde e trabalho" "saúde urbana", saúde e ambiente", "saúde e desenvolvimento" que gradativamente vão se apresentando como espaços de inserções organizacionais.

Desdobrando-se a área de planejamento e gestão

A produção democrática de políticas públicas de saúde requer participação e direitos e há todo um campo de trabalho dirigido ao fortalecimento da participação popular e ao cumprimento da lei na formulação de políticas e no controle público da gestão em saúde. Movimentos sociais, conselhos de saúde, conferências de saúde são algumas das instâncias envolvidas nesse campo — presentes em todas as esferas de governo e enfrentando problemas para ampliar sua agilidade e legitimidade.

O "direito sanitário" é um outro campo de saberes e práticas que busca dar conta deste olhar embasado no direito e na lei. Esse é um campo que vai se constituindo nas universidades e é cada vez mais

demandado por gestores e políticos. A "judicialização" da saúde (Appio, 2006) vem cada vez mais preocupando os atores políticos do SUS como um campo de interface conflituosa entre saúde e direito.

Outro importante tema, que se desdobra da área de planejamento e gestão e vem se configurando em campo específico de produção de pesquisas e práticas organizacionais, é o "trabalho em saúde".

Para começar, o trabalho em saúde não é completamente controlável. Como se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização ele está sujeito aos designios do trabalhador em questão.

Cada trabalhador — e cada usuário — tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, ou de acordo com seus interesses.

O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários).

Essa é uma questão importante para quem vai trabalhar na gestão do sistema ou de serviços de saúde, pois enriquece a compreensão do gestor a respeito de suas possibilidades reais de intervenção. A intervenção pode estar orientada a aumentar a governabilidade do gestor por meio da ampliação dos controles, impactando os exercícios privados dos profissionais (restringindo-a, por exemplo, por meio do controle de custos), atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos. Mas eles podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder (Merhy, 2002).

A DIMENSÃO DO CUIDADO: CAMPO DE TRABALHO VIVO QUE DEMANDA PROFISSIONAIS COM NOVOS TIPOS DE OLHARES

A construção de uma gestão democrática do sistema de saúde é um dos desafios que o SUS precisa enfrentar se, de fato, se deseja construir serviços de saúde comprometidos com a qualidade e o cuidado aos usuários.

A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo¹ (isto é, em que predominam as tecnologias leves). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza — em razão da singularidade dos processos saúde-doença em cada pessoa — e com (o já mencionado) grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.

E por que se considera necessário inventar novas práticas para o cuidado em saúde? Porque, ao longo dos anos e da incorporação crescente de tecnologias duras e leve-duras aos atos de saúde (especialização crescente, utilização crescente de equipamentos para os procedimentos diagnósticos), o trabalho em saúde foi perdendo seu foco: em vez de cuidar da pessoa doente, seu foco passou a ser tratar a doença. Ou seja, os trabalhadores foram deixando de considerar necessário vincular-se ao usuário (para que escutar, perguntar se os exames “revelarão” tudo?) e o trabalho em saúde foi perdendo sua dimensão cuidadora.

Esse tem sido um grande problema, motivo de grande insatisfação dos usuários dos serviços de saúde — tanto públicos como privados.

A recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer atenção integral à saúde das pessoas (considerando todas as suas dimensões e não somente as biológicas) são desafios postos para todo o tipo de serviços de saúde. Para tanto é necessário desenvolver novas tecnologias de cuidado, ampliar a capacidade de acolhimento dos serviços de saúde, ampliar a capacidade de escuta e de responsabilização dos trabalhadores de saúde, ampliar sua capacidade de lidar com a dor e o sofrimento e de trabalhar pela autonomia das pessoas sob seu cuidado.

Esse trabalho se desenvolve em muitos municípios brasileiros (Merhy, 2003; Franco, 2004), no âmbito da atenção básica e também dos hospitais, com apoio de políticas nacionais (Brasil, 2004a, Brasil, 2004b).

Considerando a complexidade do trabalho em saúde, assim como para a produção de conhecimento, é necessário o concurso de várias disciplinas, a produção do cuidado integral às pessoas e populações também requer o trabalho articulado de diferentes profissionais — numa

¹ Merhy (1997) diz que o trabalho em saúde tem características particulares por se concretizar no encontro entre trabalhador e usuário e envolver três tipos de tecnologias: as tecnologias duras (envolvidas na produção de equipamentos, remédios, etc.), as tecnologias leve-duras (que correspondem aos saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as tecnologias leves (que são as tecnologias relacionais mobilizadas no encontro intersubjetivo entre trabalhador e usuário).

equipe dentro de uma unidade, por meio do apoio matricial de especialistas às equipes básicas quando elas assim o necessitam, por meio da construção articulada de projetos terapêuticos de modo que garanta o acesso das pessoas aos cuidados e serviços de que necessitam.

A mudança do perfil epidemiológico, com o envelhecimento da população e o predomínio de doenças crônico-degenerativas e a diversificação da oferta de serviços de saúde para além dos cuidados básicos (incluindo a saúde bucal, a saúde mental, a reabilitação) que o SUS vem promovendo, tem aberto novas possibilidades de inserção no trabalho de atenção à saúde para muitas profissões da saúde — como os farmacêuticos, os nutricionistas, os fisioterapeutas, os odontólogos, os psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros.

Assim, a gestão do cuidado passou a ser um campo de trabalho extremamente relevante nos dias atuais. São quase 5.600 os municípios brasileiros e todos eles têm a saúde em sua agenda de trabalho. Mais de 80% desses municípios são pequenos, com até 20.000 habitantes. É importante saber disso, pois são diversos os perfis de serviços de saúde existentes nos municípios de acordo com seu porte e articulação regional. Com abrangência maior ou menor, entretanto, todos os gestores têm o compromisso de assegurar o acesso dos cidadãos a serviços de saúde com qualidade crescente.

EXPANDINDO HORIZONTES E AMPLIANDO INSERÇÕES

A saúde suplementar (que é a parte privada do sistema de saúde) atinge hoje 35 milhões de brasileiros, notadamente nas capitais e grandes centros urbanos e principalmente na região Sudeste do País (que concentra mais de 50% desses serviços). E também na saúde suplementar a qualidade do cuidado, humanização, vínculo, acolhimento, integralidade são assuntos que estão entrando em pauta.

Com a redução importante das taxas de inflação no Brasil a partir de 1994, os gestores de planos de saúde perdem oportunidade de auferir lucros somente no giro financeiro dos seus recursos, e são compelidos a implementarem, nas suas empresas, práticas em gestão de custos e gestão de riscos. A "medicina preventiva", como estratégia para redução de custos, passa a fazer parte do vocabulário aos empresários da saúde e muitos sanitaristas são contratados para organizarem programas de promoção da saúde, de gestão de doentes crônicos, de idosos, etc.

Além disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar desencadeou, a partir de 2004, o Programa de Qualificação da Saúde Suplemen-

tar (Brasil, 2006a), mediante o qual as operadoras de saúde passaram a ser avaliadas também pela qualidade da atenção à saúde prestada a seus beneficiários. Pode parecer estranho, mas como a saúde suplementar é uma atividade econômica, incluir a responsabilidade pela saúde dos usuários como compromisso básico das operadoras é uma inovação, já que, tradicionalmente esse setor se move em busca do lucro e da saúde financeira das empresas — como qualquer outro setor da economia.

Então — por iniciativa própria, ou incentivadas pela ação da ANS — as operadoras de saúde passaram a oficialmente se ocupar da gestão do cuidado. Aqui se configura um novo campo de trabalho, e em expansão para profissionais de saúde, especializados em saúde coletiva.

A gestão do sistema de saúde envolve também um intrincado mapa de relações de cooperação e disputa entre os gestores das três esferas de governo, além das atividades de regulação. Regulação das atividades públicas e privadas de saúde tendo como base os acordos pactuados entre os gestores municipais, estaduais e federal.

O campo da regulação abre possibilidades de inserção para muitas profissões de saúde em que conceitos, tecnologias e instrumentos da "economia da saúde" e das "práticas baseadas em evidências" são muito bem-vindos.

Há instâncias de pactuação entre gestores, em que as decisões só acontecem por consenso (Bipartite, Tripartite). E algumas câmaras técnicas em que os debates preparatórios acontecem, divididos por temas. Assim, em cada esfera de governo, municipal, estadual e federal, os gestores precisam de apoio técnico em várias áreas, que emanam da diversidade das profissões da saúde: a assistência farmacêutica, a auditoria em saúde, a avaliação de sistemas, serviços e tecnologias em saúde, a gestão da informação em saúde, a promoção da saúde e da qualidade de vida, práticas nutricionais em saúde pública, gestão do cuidado, humanização, programação em saúde, a promoção dos direitos reprodutivos e sexuais, etc.

Além de trabalhar com o tema do cuidado às pessoas, a saúde coletiva também se ocupa do cuidado ao meio ambiente e da vigilância à saúde. Meio ambiente e saúde é um campo interdisciplinar em que há grande necessidade de produção de conhecimento e de agendas, que, necessariamente são intersetoriais — o que agrega ainda mais complexidade ao campo de práticas. São ferozes as disputas neste campo, em que interesses contraditórios se explicitam particularmente no que diz respeito aos constrangimentos que a proteção do meio-ambiente impõe a determinadas atividades econômicas.

A vigilância à saúde inclui a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária e todas as atividades relacionadas ao controle das doenças e é um campo bem estruturado no País, com ampla produção de conhecimento e muitas oportunidades de trabalho em todas as esferas de governo em saúde.

A Saúde da Família — agora formalmente reconhecida pelos gestores das três esferas como uma política nacional (Brasil, 2006b) tem mobilizado a contratação de um grande contingente de profissionais de saúde no Brasil, com destaque para os médicos e enfermeiras, auxiliares (e técnicos) de enfermagem e agentes comunitários de saúde, presentes em todas as equipes do País. Os dentistas e técnicos de higiene bucal vêm sendo rapidamente inseridos numa proporção de uma dupla para cada duas equipes de saúde da família. Outros profissionais começam a se vincular, principalmente nos Núcleos de Atenção Integral à Saúde como os fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física, não na mesma relação profissionais/famílias dos médicos, enfermeiros e dentistas, mas como referências para várias equipes. Também os farmacêuticos vêm encontrando novas possibilidades de inserção nos sistemas de saúde, particularmente trabalhando sobre o tema do uso racional de medicamentos e contribuindo diretamente na construção das linhas de cuidado.

A Saúde da Família foi adotada como uma alternativa para garantir a oferta de cuidados individuais e coletivos à saúde das famílias residentes em um dado território. Ela articula promoção à saúde, prevenção de doenças e cuidado clínico e, portanto, pressupõe a articulação entre clínica (a clínica médica, a pediatria, a ginecologia, a obstetrícia, etc.) e a saúde coletiva. A saúde coletiva pode ser vista como a metadisciplina articuladora, ao trazer para a organização e gestão da Saúde da Família os conceitos de território, áreas de risco, busca ativa de casos, acolhimento, vínculo e responsabilização, etc., constituindo-se, portanto, num campo de trabalho relacionado com a saúde coletiva.

Os hospitais também oferecem oportunidades de trabalho no campo da saúde coletiva, quando organizam áreas de epidemiologia hospitalar, centros de planejamento e custos, vigilância de medicamentos e hemoderivados e unidades responsáveis pela elaboração de protocolos clínicos, que são embasados em práticas baseadas em evidência, construídos com os elementos conceituais da epidemiologia. Política e planejamento e as ciências sociais e humanas na saúde são áreas que contribuem para melhor compreensão das lógicas existentes dentro da organização hospitalar e para a proposição de novas estratégias para

sua gestão e para a organização do cuidado. A humanização da atenção hospitalar e a participação dos hospitais na construção de linhas de cuidado em articulação com outros serviços e equipamentos de saúde são temas bastante trabalhados ultimamente (Benevides & Passos, 2005).

As indústrias farmacêuticas vêm oferecendo possibilidades de inserção para profissionais de saúde capacitados em conduzir pesquisas epidemiológicas e conhecedores de toda a legislação concernente com a pesquisa com seres humanos, regulamentados pelo Conselho Nacional de Pesquisa que está vinculado ao Conselho Nacional de Saúde.

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Rouquayrol & Almeida Filho, 2005) — organizado em quatro subsistemas — evidencia múltiplas possibilidades de inserção para profissionais de saúde que, se familiarizados com conceitos, técnicas e procedimentos do campo da saúde coletiva, encontrarão, certamente, maiores possibilidades de se vincularem a este complexo de práticas laboratoriais de vigilância em saúde.

O campo da saúde e a política vêm se intrincando cada vez mais. Há muitos assessores de vereadores, deputados estaduais e federais que são profissionais de saúde com formação na área de saúde coletiva.

A especialização em saúde coletiva tem propiciado, ainda, aos profissionais de saúde possibilidades de vinculação com organizações não-governamentais e organizações internacionais multilaterais como a OMS (Organização Mundial da Saúde), Opas (Organização Pan-Americana da Saúde), Unaid (Programa de Aids das Nações Unidas), Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), FAO (Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação) ou organizações financeiras como o Banco Mundial ou o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento).

Bem, estes são exemplos. O campo da saúde coletiva é efetivamente amplo e oferece múltiplas possibilidades de trabalho.

TENDÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE E AS POSSIBILIDADES DE FORMAÇÃO

O mercado de trabalho em saúde coletiva no Brasil está em expansão especialmente pelo fato de havermos optado por construir um sistema nacional de saúde que tem de assegurar atenção integral à saúde de todos os brasileiros.

Vale destacar que o SUS ainda não esgotou sua tarefa de extensão da cobertura (garantia de acesso a todos os serviços de que as pessoas necessitem). Então estamos em um movimento de expansão de serviços. Mas ao mesmo tempo o sistema já se defronta com processos de reorganização produtiva do trabalho em saúde.

O que é isso? Mesmo que haja uma ampliação do financiamento em saúde, são necessárias novas estratégias de organização do cuidado em saúde que assegurem maior eficácia, eficiência e qualidade — fazer mais e melhor e fazer diferente, gastando o mesmo dinheiro. Isso exige construção de novas maneiras de produzir saúde, orientadas pelos conceitos de integralidade e autonomia.

Estamos em movimento de expansão também pelo fato de a ação regulatória estatal sobre setor privado de saúde vir se dando na direção de trazer também para este campo conceitos como os de atenção integral, vínculo e responsabilização. Ou seja, os temas da gestão do cuidado e da vigilância à saúde ganham terreno também no campo da atenção privada à saúde. Portanto, no âmbito do setor privado de saúde, tanto as medidas regulatórias como as inovações na organização e nas estratégias de atenção à saúde permitem autorizar uma projeção de ampliação da incorporação de profissionais do campo da saúde coletiva em diferentes funções — gestão de serviços, gestão do cuidado, produção de estudos epidemiológicos, etc.

No setor público, as secretarias municipais de saúde já são atualmente os maiores empregadores e devem consolidar essa posição ao reafirmarem sua condição de gestores plenos do sistema, o que tem trazido a necessidade de conformação de um corpo técnico dirigente, e a consolidação de propostas de organização da atenção à saúde com uma agenda ampliada, que inclui promoção, ações intersetoriais, integralidade da atenção, políticas de redução de danos, etc.

As secretarias estaduais de saúde, para cumprir seu papel de apoio técnico e de mediação junto aos municípios, devem também recompor e reorganizar suas equipes técnicas. No entanto, não se tem verificado, até o momento, movimentos/iniciativas significativas de ampliação/constituição de quadros técnicos.

Além disso, são muitos os segmentos sociais — organizações populares, movimentos sociais, organizações não-governamentais — que se organizam para trabalhar pela melhoria das "condições da vida e saúde" que é um tema relevante dentro dessa agenda social. Os profissionais da saúde coletiva tem bom potencial para contribuir na produção de conhecimento sobre situações específicas de saúde, como na edu-

cação em saúde e na própria prestação de serviços que esses movimentos ativam.

No que diz respeito à formação, o campo da saúde coletiva enfrenta alguns dilemas. Considerando os novos contextos de produção da saúde e as novas diretrizes curriculares nacionais para formação das profissões da saúde (homologadas pelo Ministério da Educação a partir de 2001), faz-se necessária uma revisão a respeito da contribuição da saúde coletiva para graduação das profissões da saúde, que seja um elemento constitutivo significativo para uma formação geral orientada pela integralidade da atenção à saúde.

Como os campos clássicos da saúde coletiva e as práticas sociais em saúde se expandiram significativamente, tornou-se indispensável produzir novos recortes e novas estratégias pedagógicas da saúde coletiva na graduação em saúde, capazes de interessar e instigar os estudantes e de contribuir para uma formação geral de qualidade (Feuerwerker, 2002).

Além das contribuições para formação específica em cada carreira da saúde, a Saúde Coletiva pode contribuir de modo decisivo para desenvolver competências comuns a todas as profissões da saúde, estabelecidas pelas diretrizes curriculares. São elas: atenção à saúde (promoção, prevenção, cuidado integral), tomada de decisões (considerando as informações oportunas e a análise dos contextos), comunicação (linguagem acessível, diálogo de saberes e referências), liderança (trabalho em equipe), administração e gerenciamento (do cuidado, de serviços e sistemas), e educação permanente (capacidade de aprender pela experiência em coletivos e seguir aprimorando-se em toda a vida profissional).

O SUS, particularmente por meio do Ministério da Saúde, vem apoiando diferentes estratégias de estímulo às mudanças na graduação das profissões da saúde, que propiciam à saúde coletiva importantes oportunidades de reconstrução de seu lugar no ensino de graduação em saúde (Abem, 2002; Brasil, 2004a).

Na pós-graduação — especializações, residências, mestrado, doutorado — também há impasses, já que as oportunidades de formação são escassas e muitas vezes estão em descompasso (no tocante a orientação) em relação às necessidades do sistema de saúde. Isso acontece porque existe importante grau de afastamento entre as instituições formadoras e os sistemas de atenção à saúde, particularmente o SUS.

Pode-se compreender, então, por que atualmente os profissionais de saúde se inserem no sistema e nos serviços de saúde para cumprir funções assistenciais e, somente depois, ao longo do tempo, descobrem novas possibilidades de atuação — para as quais se preparam em

processo, com grande contribuição da aprendizagem pelo trabalho e de iniciativas de formação estimuladas (e financiadas) pelo próprio SUS.

Várias iniciativas vêm sendo promovidas pelas diferentes instâncias do SUS para ampliar os pontos de contato e as oportunidades de cooperação entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, de modo que novas iniciativas de especialização sejam construídas de maneira pactuada e oferecidas de maneira oportuna e que as instituições formadoras participem do processo de educação permanente dos trabalhadores já inseridos no sistema de saúde (Brasil, 2004c)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abem. Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina. Promed. *Boletim da ABEM*, nov.-dez. 2002, 5 pp.
- Almeida Filho, N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Appio, E. O direito e a indústria: não cabe ao juiz determinar a política pública de saúde. Publicado no dia 2/2/2006 no site <www.conasems.org.br/noticias/opinião>, visitado em 14 de abril de 2006.
- Benevides, R. & E. Passos. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(3), pp 561-71, jul.-set 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- , *Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *EducarSUS: notas sobre o desempenho do departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004c.
- Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, dezembro de 2005. Disponível no site <[www.ans.gov.br/Qualificação da saúde suplementar](http://www.ans.gov.br/Qualificação_da_saúde_suplementar)>, visitado no dia 14 de abril de 2006a.

- Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. In: Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006, *DOU* edição n.º 61 de 29/3/2006. Disponível no site <www.saude.gov.br/Atenção à Saúde/DABI/Noticias/Política Nacional de Atenção Básica 30/3/2006>, visitado no dia 14 de abril de 2006b.
- Campos, C. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 59(2), pp. 219-30, 2000.
- Donnangelo, M. C. F. A pesquisa na área de Saúde Coletiva no Brasil — a década de 70. In: Abrasco. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*, pp. 17-35. Rio de Janeiro, 1983.
- Feuerwerker, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Franco, T. B.; W. S. Buénos & E. E. Merhy. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Itim. In: T. B. Franco et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- Merhy, E. E. Em busca do tempo perdido: uma micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: E. E. Merhy & R. Onocko. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- Merhy, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Paim, J. S. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. In: Paho. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, pp. 151-67. Publicación Científica n.º 540. Washington, 1992.
- Rouquayrol, Z. & Almeida Filho, N. *Epidemiologia e saúde*. 6.ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- Testa, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- Valla, V. V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: V. V. Valla & E. Stotz (org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*, pp. 87-100. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1993.
- Vasconcelos, E. M. *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1991.

Parte II
CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE

CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA PARA PENSAR E FAZER SAÚDE

Maria Cecília de Souza Minayo

Como fazer para que as disciplinas clínicas que lidam com pessoas doentes, pretendendo achar soluções para as causas de seu sofrimento físico, integrem o fato de a essência da pessoa humana ir muito além do seu corpo biológico — sendo ela um ser que pensa, imagina, simboliza, vive de afetos e de fantasmas quanto de alimentos materiais? Como fazer com que aqueles especialistas cuja atuação se dirige aos indivíduos — seja para curá-los, seja para educá-los — admitam o fato de cada pessoa ser inserida em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que até certo ponto marcam e orientam seu comportamento?

— RAYNAULT, 2002, p. 43.

AS DUAS PERGUNTAS tratadas em epígrafe constituem o cerne deste texto no qual apresentamos uma reflexão sobre a contribuição da antropologia para os estudos da área de saúde no Brasil. Para construí-lo tentamos fazer uma viagem em várias direções. Em primeiro lugar, analisando os fundamentos da antropologia clássica para pensarmos essas relações, entendendo que as categorias e conceitos antropológicos transcendem áreas específicas e tempos sociais. A seguir, caminhamos na direção de elucidar os principais elementos que contribuem para a construção das categorias saúde-doença no interior da antropologia clássica. Focalizamos este assunto mostrando que há um universalismo e peculiaridades na antropologia brasileira da saúde.

QUAL É A CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA PARA O CONCERTO DAS DISCIPLINAS CIENTÍFICAS?

A antropologia é uma disciplina que tem raízes no final do século XIX e seu maior desenvolvimento, durante o século XX. Quando estamos falando de desenvolvimento, queremos ressaltar o momento de sua construção histórica em que ficaram mais ou menos consensualizadas suas bases metodológicas tradicionais. Para que uma área do saber tenha o *status* de ciência ela necessita construir um corpo de conhecimento próprio, composto por teoria e método, que a distinga das demais. Pois bem, a partir de sua origem, a antropologia marcou seu lugar como disciplina no concerto das ciências, empreendendo investigações para evidenciar os modos como sociedades, populações e grupos específicos produzem, reproduzem e simbolizam suas instituições e estruturas, relações, sistemas classificatórios, técnicas, manifestações estéticas, memória e experiências acumuladas. Independentemente das teorias que as sustentam, as produções antropológicas têm um refinado instrumental que lhes permite acessar tanto os sistemas de pensamento produzidos pelas sociedades tribais e rurais como pelas sociedades industriais e pós-industriais. Além desse arcabouço teórico-metodológico, as análises antropológicas abrangem, também, a compreensão e a crítica do próprio pensamento científico produzido por ela própria. Ou seja, a antropologia se distingue por exercitar uma prática compreensiva das realidades sociais e também uma prática epistemológica sobre a cientificidade de suas próprias descobertas.

Considerado um dos fundadores da antropologia moderna, Radcliffe-Brown (1978) descobriu em seus estudos sobre populações tribais que o ser humano, desde o considerado mais primitivo, é capaz não só de agir como de observar seu próprio comportamento, a natureza e os animais e projetar interpretações sobre si mesmo e tudo o que o cerca. Desde então, os antropólogos entendem que existe um potencial universal dos seres humanos para, ao viver acontecimentos e relações, pensá-los, classificá-los e simbolizá-los. Os achados de Radcliffe-Brown foram aprofundados por outros antropólogos durante o século XX, refutando idéias dos colonizadores europeus que entendiam haver uma superioridade mental e de raça na sociedade ocidental em detrimento dos índios e de todos os povos primitivos.

Um dos antropólogos mais importantes nessa discussão que ficou chamada como "relativismo cultural" foi Lévi-Strauss, cuja contri-

buição essencial pode ser lida no seu livro denominado *O Pensamento Selvagem* (1989). Nessa obra o autor prova que não há características diferenciadoras a favor da racionalidade dos "civilizados". Em *Pensamento Selvagem*, por meio de análises estruturalistas, Lévi-Strauss defendeu a tese de que existe semelhança entre pensamento mítico e pensamento científico, e portanto, só há um modo comum de operação da mente humana. Por isso, ressalta que os conhecimentos resultantes dessas formas distintas de pensamento (mítico e científico, indígena e civilizado) são rigorosos e precisos, uma vez que ambos provêm das relações dos seres humanos entre si e com a natureza e resultam na elaboração de mecanismos de classificação e tecnologias de ação, orientados por características e propriedades observadas nos fenômenos.

Assim, a grande contribuição da antropologia é sua tradição de compreensão da cultura. Ela oferece instrumentos que permitem compreender (a) o caráter de abrangência das visões dominantes numa determinada sociedade ou sobre determinado problema, mostrando que, geralmente, estão vinculadas à classe dominante, ainda que as classes se encontrem sempre em situação de aculturação recíproca; (b) a especificidade dos sistemas culturais e das subculturas; (c) os elementos micro-sociais de realização dos indivíduos como são a família, a vizinhança, os grupos etários, os grupos de lazer, dentre outros; (d) os elementos que podem condicionar visões de mundo como a participação social, política, religiosa e outros; (e) as relações que re-Atualizam as estruturas e suas representações na sociedade; (f) os imponderáveis da vida social que de tão leves passam despercebidos nas análises de evidências, mas pesam nas decisões de todos nós (e) e as interpretações dos diferentes atores sociais, de acordo com sua posição e seus interesses, sobre tudo o que atinge suas vidas.

Introduzindo o tema da cultura na interpretação das estruturas, da sociedade e, também, do tema da saúde e da doença, a antropologia demarca um espaçamento radical, na medida em que o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo. Ele possui uma objetividade que tem a espessura da vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ele é também o *locus* onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há humano sem significado assim como nunca existe apenas uma explicação para determinado fenômeno.

QUAIS SÃO AS CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA CLÁSSICA PARA PENSARMOS SAÚDE/DOENÇA?

1. A antropologia contribui para relativizar conceitos biomédicos

Desde o início do século XX, os antropólogos aportaram uma contribuição muito importante para o setor saúde. Dentre elas, consideramos notáveis algumas reflexões de Lévi-Strauss e Marcel Mauss. O primeiro define o lugar da morte, da saúde, da dor e do prazer no contexto das visões de mundo e das representações coletivas e analisa o lugar e o papel das terapêuticas e da cura no interior dos sistemas simbólicos mais amplos e das relações sociais (1963). O segundo desvenda as profundas relações entre o fisiológico, o emocional, as práticas culturais e o contexto social (1950)

Na introdução à obra de Marcel Mauss a respeito de estudos que abrangeram e compararam sistemas de crenças e de cura de diferentes tribos que vivem nas ilhas do Pacífico, disse Lévi-Strauss:

O esforço irrealizável, a dor intolerável, o prazer e o aborrecimento são menos função das particularidades individuais que de critérios sancionados pela aprovação ou desaprovação coletivas [...] Em face das concepções racistas que querem ver no homem o produto de seu corpo, mostra-se, ao contrário, que é o homem, sempre e em toda parte, que faz de seu corpo um produto de suas técnicas e de suas representações (1950, pp. XIII-XIV).

As reflexões de Lévi-Strauss vieram de seus estudos empíricos nas tribos indígenas brasileiras dos grupos bororo, cadíueu, nhambiquara e tupi-caraíba (1963) e se completaram num profícuo diálogo com Marcel Mauss. Por isso, quando na *Introdução à Obra de Marcel Mauss* (1950), comenta o texto intitulado "L'Idée de Mort" [A idéia da morte], o faz elaborando uma espécie de síntese de seu pensamento, no que tange ao tema da antropologia da saúde e da doença. Ressalta o que ambos observaram e puderam comparar: uma interação dinâmica entre o físico, o psicológico e o moral, conformando uma representação peculiar e forte que retorna dinamicamente para a coesão social dos grupos estudados por eles

Portanto, estudos empíricos dos citados autores e de outros antropólogos vêm evidenciando o que todos sabemos por meio do senso comum e do bom senso: o fato de que as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade. Queremos dizer, concluindo, que a doença, além de sua configuração biológica, é também uma realidade construída e o doente é, antes de tudo, um personagem social. Para expressar esta relação, Bruno Latour (1994) cunhou uma expressão, hoje muito usada: "híbrido biológico-social" visando a ressaltar um movimento de interações recíprocas e recursivas entre essas duas realidades.

A conclusão a que chegamos, baseados nas descobertas de Lévi-Strauss e de Marcel Mauss é de que precisamos aproximar e valorizar as mais variadas interpretações do fenômeno saúde/doença. Uma vez que todas as formas de conhecimento têm racionalidade, todos os sistemas terapêuticos possuem valor intrínseco. E, em consequência, estudos empíricos e comparativos contribuem para problematizar a hegemonia do modelo biomédico de duas formas: quando ele se coloca para a sociedade como "a verdade", ou a "única verdade" para o setor; e quando menospreza o saber e a experiência do paciente como se ali não houvesse nenhuma "verdade". Dessa forma, no seu encontro com a medicina, a saúde pública e a epidemiologia, a antropologia vem colaborando para mostrar o valor do conhecimento que nasce da experiência e da vivência. Por isso ressalta que é preciso problematizar o papel das técnicas de diagnóstico e de tratamento ante as razões objetivas e subjetivas de todos os sujeitos envolvidos na produção e na reprodução dos cuidados

2 A antropologia contribui para desvendar a estrutura dos mecanismos terapêuticos

Lévi-Strauss ofereceu ainda outra contribuição essencial à antropologia da saúde quando desvendou o funcionamento psicossocial dos mecanismos terapêuticos usados nas tribos que pesquisou. No estudo denominado *O Feticheiro e Sua Magia* (1963), o autor evidenciou que um indivíduo crê-se vítima de feitiço porque está convencido disso por causa das tradições de seu grupo: seus parentes e amigos compartilham sua crença. Por sua vez essa crença tem lugar no contexto cosmológico da sociedade, que frequentemente se afasta dele, conside-

rando-o antecipadamente morto ou risco para a comunidade, devotando-lhe medo, ritual e tabu. É preciso lembrar que rituais e tabus são formas com que qualquer sociedade tem de lidar com problemas e momentos cruciais. No caso dos rituais para tratar com doenças ou encantamentos, seu papel é buscar reverter sentenças de morte, seja por causas sociais, seja por razões biológicas. Lévi-Strauss mostrou, com base em pesquisas, que "não há porque duvidar da eficácia das práticas mágicas" (1963, p. 167). Porém, essa eficácia implica a crença que a comunidade lhe devota. Dessa forma, diz o autor, falando da estrutura dos sistemas de cura:

Há três aspectos complementares. Primeiro, a crença do feiticeiro na efetividade de suas técnicas. Segundo, a crença do doente ou da vítima de feitiço no poder do feiticeiro. E, finalmente, a fé e as expectativas do grupo em relação ao feitiço e ao feiticeiro, na medida em que esses sentimentos constantemente atuam como uma espécie de campo gravitacional no interior do qual a relação entre feiticeiro e paciente está localizada e definida (1963, p. 168).

Dentro da lógica da metodologia estruturalista a partir da qual evidencia a semelhança entre pensamento científico e pensamento mítico, Lévi-Strauss contribuiu para pensarmos os vários sistemas terapêuticos exercidos nas sociedades complexas, inclusive o modelo médico hegemônico. O autor chama atenção para o fato de que os contextos sociais e individuais dos processos de cura têm esquema mental semelhante. Todos dependem da eficácia simbólica criada pela relação de confiança interativa entre o médico, o paciente e as expectativas sociais em torno do modelo praticado. O que significa dizer que não há racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico de seu exercício.

3. A antropologia contribui para mostrar relações entre saúde/doença e realidade social

Marcel Mauss construiu ainda outro conceito muito importante que pode ser apropriado pela antropologia da saúde. Trata-se da noção de *fato social total* (1950, p. 315) para se referir a acontecimentos que criam mobilização subjetiva, afetam a fisiologia, catalisam energias e emoções dos indivíduos e interferem nas relações comunitárias, criando uma espécie de totalidade social específica. A partir dessa noção

podemos estudar o impacto da ocorrência de acontecimentos saturados de sentido como doenças e epidemias ou outros como festas e ritos de iniciação, tratando-os como janelas privilegiadas de compreensão da sociedade instituída e de seus mecanismos, expressos em estruturas, riqueza cultural e representações coletivas.

Medo e raiva são associados à intensa atividade do sistema nervoso simpático. E o indivíduo possuído por uma idéia de enfeitiçamento, em poucas horas pode lidar com baixa no volume do sangue, queda de pressão, rejeição de alimentos e bebidas, extrema ansiedade, precipitando processos de adoecimento. Problemas fisiológicos se juntam a vários casos de traumas provenientes de batidas, auto-agressões e outros, resultando em mortes nas quais as autópsias não revelam lesões (Mauss, 1950, p. 168)

Lévi-Strauss (1963) também evidenciou que uma representação específica tão forte e enraizada na cultura como a de saúde/doença manifesta, vigorosamente, concepções da sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, diz ele, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social. Dessa forma, além de ser capaz de criar explicações peculiares sobre os fenômenos do adoecimento e da morte, as categorias saúde/doença devem ser consideradas janelas abertas para compreensão das relações entre os indivíduos e a sociedade e entre as instituições e seus mecanismos de direção e controle:

Em todas as condutas em aparência aberrantes, os doentes não fazem senão transcrever um estado do grupo e tornar manifestas tais circunstâncias. Sua posição periférica em relação a um sistema local não impede que eles sejam parte integrante de um sistema total. Pode-se dizer que, para cada sociedade, condutas normais e condutas especiais são complementares (Levi-Strauss, 1950, p. XXII).

Também Marcel Mauss, a partir de várias análises etnográficas constatou que, em grande número das sociedades estudadas por ele, o medo da morte, de origem puramente social e sem nenhuma mistura de fatores mórbidos individuais, foi capaz de criar manifestações mentais e físicas de adoecimento, por razões de consciência e de transgressão das normas vigentes. Nesses casos — em sociedades marcadas por fortes

laços sociais e estrito controle hierárquico analisadas por ele — os transgressores sociais passavam a se relacionar com a probabilidade ou a certeza de sua morte, mesmo quando seus corpos não apresentavam lesões aparentes ou conhecidas que justificassem o óbito: "São casos acontecidos de mortes causadas brutalmente, em numerosos indivíduos, mas simplesmente pelo fato de que eles souberam ou acreditaram que iam morrer" (Mauss, 1950, p. 313).

No referido texto, *Idée de la Mort*, Mauss (1950) comenta ainda que, para compreendermos por que indivíduos se vêem possuídos repentinamente por doenças causadas por feitiço, encantamento ou por pecado, temos de aprofundar a idéia do que seja doença ou saúde para a sociedade em que vivem. Nas tribos estudadas por ele, uma dessas idéias é de que o indivíduo que infringe alguma norma ou algum tabu deve morrer. Nesses casos o sujeito que adoece ou morre não se *crê* ou não se *sabe* doente a não ser por causas coletivas e sagradas que o sustentam e mantêm sua comunidade.

Outra antropóloga importante, Mary Douglas, confirmou os achados de Lévi-Strauss e de Marcel Mauss quando concluiu que: "O corpo social limita a forma pela qual o corpo físico é percebido. A experiência física do corpo é sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é conhecida, sustentando uma visão particular da sociedade" (1970, p. 83). E Boltanski, que estudou a visão sobre saúde e doença na sociedade francesa, enfatizou, com uma frase lapidar, a mediação da cultura na construção das enfermidades e da saúde, no seu estudo *As Classes Sociais e o Corpo*:

Os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, por meio de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica sem a mediação do cultural que os re-traduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsas ou desejos, em gostos e aversões (Boltanski, 1979, p. 119).

Portanto, é relevante a contribuição da antropologia para evidenciar o sentido amplo e significativo dos fenômenos que recobrem o campo da saúde e da doença. Pois, além de se referirem a fatos específicos, eles constituem categorias centrais para compreendermos a visão de mundo dos diferentes grupos e populações e, no interior deles, as relações entre os indivíduos e a sociedade. Por isso, uma visão antropológica sugere que, quando analisamos qualquer problema de *saúde*

precisamos entender suas dimensões biológicas no contexto das condições estruturais, políticas e subjetivas em que ocorrem. Mais que qualquer outro fenômeno histórico-cultural, saúde/enfermidade têm vinculação com os modos de produção, as desigualdades sociais e as redes sociais de apoio dos indivíduos e grupos. Portanto, como um tema abrangente e saturado de sentido sociocultural, as categorias *saúde* e *doença* só podem ser compreendidas dentro de uma perspectiva contextualizada e histórica de classe (também segmentos e estratos), de gênero, de idade e de etnia, hoje consideradas as quatro categorias mais relevantes para diferenciações da questão social, além da especificidade histórica.

4. A antropologia contribui para a contextualização dos sujeitos

Por fim, uma das contribuições da antropologia é enfatizar a necessidade de contextualização de qualquer fato, fenômeno, ato ou processo que envolva o ser humano individual ou em coletividade. A antropologia mostra, em primeiro lugar, que saúde e doença, enquanto questões humanas e existenciais, são uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Para, a seguir, evidenciar que é preciso trabalhar com as categorias de "especificidade histórica" e de "diferenciação interna" nas abordagens de realidades sociais. Do ponto de vista histórico, entendemos que, embora existam semelhanças nos quadros de mortalidade e de morbidade universais (o que permite ao sistema médico tratar doença e cura, por vezes como entidades a-históricas), há uma história das doenças e há uma história da saúde, da qualidade e da expectativa de vida que acompanham a evolução das sociedades e suas idiossincrasias, por exemplo, a saúde e o perfil epidemiológico do povo brasileiro não são os mesmos de cinquenta anos atrás e não são iguais hoje e outrora e nem como a de outros países. O quadro de saúde e enfermidade de uma população está vinculado a sua formação histórico-cultural e contempla seu passado e presente e sua configuração econômica, social e política.

Do ponto de vista das diferenciações internas, é preciso ressaltar que as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito da produção da saúde e das enfermidades. Isso implica que, para todos os grupos, será sempre de maneira específica e peculiar que um problema de saúde é vivenciado e produz complexa inte-

ração entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Culturalmente, as formas como a sociedade experimenta esses dois fenômenos (saúde e doença) estruturam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas.

5. A antropologia contribui com formas de abordagem dos processos de saúde/doença

O quarto aspecto de contribuição relevante da antropologia se dá na abordagem metodológica. Embora existam, no campo disciplinar, diferentes teorias, métodos e desenhos antropológicos, na operacionalização empírica das pesquisas há elementos comuns e consagrados que podem guiar o pesquisador num trabalho de campo ou numa anamnese compreensiva. O modelo científico para compreensão do mundo social, do ponto de vista antropológico parte dos seguintes princípios: (a) **intersubjetividade**: estamos sempre em relação uns com os outros; (b) **compreensão**: para atingir o mundo do vivido, temos de entender as coisas e as realidades sociais como significativas; (c) **racionalidade e internacionalidade**: o mundo social é constituído sempre por ações e interações que obedecem a usos, costumes e regras ou que dizem respeito a meios, fins e resultados.

Por isso, o método antropológico (a) permite uma crítica ao pseudo-objetivismo da ciência, propondo a subjetividade como fundante do sentido; (b) dá relevância à subjetividade como sendo constitutiva do ser social e inerente ao âmbito da autocompreensão objetiva; (c) põe seu foco na experiência humana e no reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; (d) mostra que é preciso valorizar relações e compreender as pessoas nos seus próprios contextos sociais; (e) enfatiza que a produção da "verdade sobre pessoas" se dá no encontro face a face e na empatia entre os interlocutores.

Mas a antropologia também trabalha com o conceito de objetividade, com a condição de entendermos que toda objetividade passa por uma construção subjetiva. Por isso, ela busca (a) explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; (b) apresentar análises dinâmicas da realidade; (c) evidenciando sempre que todos os seres humanos produzem significados, planejam, projetam o futuro; e (d) suas conclusões, embora nunca universalizáveis, permitem compreender contextos peculiares, produzir comparações e inferências mais abrangentes.

Quando trazemos o método antropológico para a área da saúde, entendemos que ele nos serve para compreendermos: (a) valores culturais e representações, opiniões e crenças sobre saúde e enfermidades, tanto biomédicos como tradicionais; (b) relações entre todos os componentes das equipes de saúde, os pacientes e os familiares; lógicas de instituições de saúde e de movimentos sociais específicos; e (c) avaliação de políticas, práticas, propostas, sistemas e modelos de atenção, desde o sentido de sua formulação, aplicação técnica, como a significância que os vários sujeitos lhes atribuem.

Se pensarmos, por exemplo, a relação entre um profissional de saúde e um paciente na situação de anamnese, os antropólogos o aconselhariam a acreditar na narrativa de seu interlocutor a respeito de sua situação como uma das versões de seu problema, uma vez que, como nos ensinou Lévi-Strauss, (a) há consistência lógica em suas expressões quando ele descreve o vivido, buscando trazê-lo para a ordem das significações; (b) existe possibilidade de mútua interpretação (do profissional de saúde e do paciente) compreensiva na construção do diálogo; e (c) seu relato tem base numa realidade empírica ou imaginária, mas efetiva para ele. Como diz o famoso teorema do antropólogo William Thomas: "Quando alguém define sua situação como real, ela é real em suas conseqüências" (1970, p. 48), pondo em evidência que um dos dilemas de quem trabalha com pessoas (como é o caso dos profissionais de saúde) é superar esquemas interpretativos formais e funcionalistas.

A antropologia ensinaria ainda aos profissionais de saúde que, metodologicamente, precisamos ouvir, primeiro, como nosso interlocutor *define sua situação*. Em segundo lugar, qual é sua *experiência biográfica*, lembrando que uma pessoa sempre está situada biograficamente no mundo da vida e é nesse contexto que pensa, sente e age. Em terceiro lugar, qual é seu *estoque de conhecimento* ou seja, qual é sua sedimentação de experiências e situações vivenciadas, a partir da qual ele interpreta o mundo e pauta sua ação. Em quarto lugar, a que o interlocutor dá *relevância em sua fala*, pois sua *estrutura de relevâncias* se relaciona à bagagem de conhecimentos e à sua situação biográfica.

Acreditando que seria possível uma relação entre diferentes que se respeitam na condição de profissional de saúde e paciente, a antropologia ressaltaria ainda que existe uma "reciprocidade de perspectiva, de comunicação, de comunidade de objetivos e de interpretação intersubjetiva" (Shultz, 1964, p. 300) sempre capaz de ocorrer na interlocução. Por isso *intersubjetividade* seria a categoria central da relação e das aná-

lises produzidas tanto na clínica como nos processos de prevenção e promoção. Se "aqui onde estou — lá onde meu semelhante está: jamais podemos estar no mesmo lugar, estar na mesma posição, estar os dois aqui ou lá" (1971, p. 147), mas existe uma situação de familiaridade criada por mecanismos institucionais e pessoais, sob a forma do "nós", permitindo a compreensão do outro como único em sua individualidade.

As citações acima podem ser enriquecidas ainda mais com a contribuição de outros autores como por exemplo, os vários trabalhos de Geertz (1978, 1983); Herzlich (1983); Herzlich & Pierret (1984); Kleinman (1878, 1980) dentre muitos que vêm confirmando e ampliando as teorias antropológicas aplicadas à compreensão de saúde e doença. Todos nos levam a concluir que existe uma ordem abrangente de significações culturais que informam o olhar lançado sobre o corpo que adoece e que morre. A linguagem da doença não é, somente, linguagem em relação ao corpo, mas linguagem que se dirige à sociedade e às relações sociais de forma histórica. Seja qual for a dinâmica efetiva do "ficar doente" no plano das representações, o indivíduo julga seu estado, não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos: ele busca no médico (ou no correspondente a ele em cada sociedade) a legitimidade da definição de sua situação. Uma vez aceito e compreendido como doente, ele tem atitudes e comportamentos peculiares em relação a seu estado e assim se torna *doente para o outro*.

O QUE, EM GERAL, ATRAPALHA A RELAÇÃO DA ANTROPOLOGIA COM A ÁREA DE SAÚDE?

Aceitar as evidências de que as doenças não são somente entidades biológicas pois estão também vinculadas em graus diferenciados aos modos de vida, a ofertas pluralistas de tratamento e cura, à presença muito maior da sociedade no controle das intervenções médicas e epidemiológica tornam o campo da saúde muito mais aberto para receber a contribuição da antropologia. No entanto, é preciso evidenciar dois movimentos históricos que tendem outra vez a problematizar essa interação.

O primeiro vem da ideologia que acompanha o desenvolvimento da genética contemporânea e leva os cientistas ao retorno do sonho acalentado pelos bacteriologistas do fim do século XIX e início do século XX (Nunes, 1985). Nunes analisou, numa obra clássica, como a revolução científica ocasionada pelas descobertas da bacteriologia le-

vou a medicina a se orientar por uma reflexão negadora da questão social. A ideologia criada em torno dessas novas descobertas passou a ser ponto de referência da medicina ocidental: (1) um "combate" (observe-se o termo militarista!) efetivo das doenças agudas, por meio da imunização e do tratamento; (2) centralização das ações referentes a doenças biologicamente definidas; (3) otimismo em relação à erradicação de doenças; (4) e reorganização do ensino médico a partir do campo biológico apenas (Nunes, 1985).

É claro que o avanço científico propiciado pela bacteriologia foi e é importante para a humanidade. A questão que colocamos para reflexão no plano das idéias e das práticas é a postergação dos fatores econômicos, sociais, culturais e subjetivos na construção das enfermidades e na promoção da saúde, reduzindo esses fenômenos a entidades ou processos biológicos apenas, deixando para trás uma longa tradição da medicina social que mostrou pleno vigor na metade do século XIX. Hoje, a fragmentação produzida pelo reducionismo biomédico leva a que, dentro de um hospital, se reduza uma pessoa doente quase que unicamente a seu corpo, simples objeto de manipulação e de intervenções. Em contraposição, na maioria dos países, durante o século XX e sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde, desenvolveu-se a saúde pública/saúde coletiva fundamentada na compreensão das condições, situações e estilos de vida.

Outra vez, desde o final do século XX, estamos sendo confrontados pelas tentativas de pensar saúde como um processo biologicamente determinado apenas. Essa ideologia emergente foi pesquisada pelo antropólogo francês Lucien Sfez (1997) que produziu um estudo sobre as representações de saúde e doença na sociedade americana, japonesa e francesa contemporâneas. Esse autor constatou uma tendência que chega ao auge na sociedade americana de construção de um paradigma utópico e prático de *saúde perfeita*, amparado nos avanços da biologia, do ambiente puro e das tecnologias de produção de medicamentos denominados de quarta geração. Sfez (1997) ressalta esse projeto está sendo construído por uma elite científica e tecnológica, sob os auspícios de poderosos interesses econômicos e financeiros. Ocorre num momento de extraordinário avanço científico na área da biologia e, especificamente, da genética, que faz sinergia com poderosas companhias de seguro e da indústria da saúde. O nicho de investimento nessas pesquisas produziu um verdadeiro mito de consecução da *saúde perfeita* pela *predição genética* (com o propósito de substituir o conceito de *prevenção de doenças*), como se fosse possível substituir a vontade, o

desejo e as ações humanas por artefatos tecnológicos. Esse mito tem sido problematizado por autores importantes da própria área da biologia como Henry Atlan em *L'Uterus Artificiel* (2005) e também pela ficção científica em filmes onde o biopoder é significado no mito do cyborg idealizado por Donna Haraway ou em *Gattaca* em que os corpos parecem rendidos pelas tecnologias que os circundam. Embora o ideal do biopoder sejam corpos iguais e perfeitos, em *Gattaca* o herói da perfeição conquistada é justamente representado por aquele que foi fadado ao fracasso pelas predições genéticas.

Existe um projeto utópico, diz Sfez (1997), que tenta combinar uma concepção ecológica próxima a moral puritana com a idéia de saúde individual garantida geneticamente, redefinindo o conceito de saúde pública como a soma das saúdes individuais perfeitamente equilibradas pelo poder tecnológico. Esse movimento de elites que se apoia no mito da imortalidade, potencializado pela sinergia entre o medo da morte, a fé na ciência e nas técnicas, o ideal da eterna juventude e os reais avanços da genômica.

O segundo movimento que tende a eliminar o sujeito histórico situado na área da saúde é o do tecnicismo da clínica e da epidemiologia, cujo refinamento cria ilusão da verdade dos números, dos dados e dos modelos. Faltam-lhes "a carne, o osso e a alma da vida social" (Malinowski, 1978, p. 29). Vários antropólogos e sociólogos vêm denunciando essa tendência tecnicista de muitas áreas do conhecimento. Na área da saúde, os arroubos de evidenciar verdades e objetividade se esquecem das perguntas fundamentais e de situar os problemas das pessoas nas dinâmicas de seus contextos, de suas vidas, de suas relações e representações. Por causa disso, os estudos tecnicistas acumulam dados sobre a realidade, tratam enfermidades como entes externos aos pacientes que as sofrem, diminuindo a eficácia dos contatos humanos necessários na área da saúde. Como bem referiu Malinowski na citação que reproduzimos acima ou expressou Lévi-Strauss, ao dizer que é preciso fazer "Sociologia [antropologia] de carne e osso que mostra os homens engajados no seu próprio devir histórico e instalados em seu espaço geográfico concreto" (1963, p. 212).

Um terceiro aspecto que dificulta a inter-relação entre saúde e antropologia vem dos próprios antropólogos. Primeiro, por muitas vezes professarem uma reflexão muito fechada, o que dificulta o acesso dos profissionais de saúde a seus achados e contribuições. Mas a maior dificuldade é assim nomeada por Raynaut:

Como conseguir que as ciências psicológicas e sociais admitam que o ser humano não é constituído somente de um espírito, mas também de um corpo. Como conseguir que elas admitam que também as sociedades humanas não podem ser analisadas apenas em sua dimensão cultural, levando unicamente em conta suas representações, seus modelos de comportamento, o modo como elas organizam as relações entre seus membros? Como conseguir que as ciências humanas integrem essa evidência de que os sistemas sociais só existem porque se arraigam em uma realidade biológica: a dos corpos e a dos membros? (Raynaut, 2002, pp. 43-4).

As palavras de Raynaut (2002) chamam atenção para o risco da onipotência próprio da unidisciplinaridade. Uma das dificuldades relacionais entre profissionais da saúde e antropólogos é a tentação, desses últimos, de transformar a medicina e as atividades da saúde num discurso. Quando isso é feito, efetiva-se um menosprezo das ciências sociais pela técnica, essa arte da prática que faz o ser humano recriar a natureza. As análises das concepções de saúde e doença como fatos sociais apenas, desconhecendo a essência biológica dos fenômenos produzem a mesma leitura reducionista que a medicina faz dos fenômenos sociais, às avessas. Para que possa interagir em parceria, a antropologia da saúde contemporânea deve sentir-se desafiada pelas críticas dos epidemiologistas e dos clínicos (Raynaut, p. 2002), admitindo teoricamente (pois na prática os antropólogos sabem e sentem) que o ser humano é constituído de espírito e de corpo e que as totalidades sociais se fundamentam na realidade biológica dos corpos. Tal advertência pareceria óbvia, se não fosse a proliferação de um tipo de produção científica que faz uso ingente de modelos fenomenológicos, interacionistas simbólicos e construcionistas, transformando a fala das pessoas na verdade sobre seus problemas. Os estudiosos que praticam tais formas de abordagem de forma superficial ou reduzida, analisam representações, relações e construções sociais de situações de saúde e de doença como se elas contivessem toda a totalidade, provocando descrédito das áreas médicas e da epidemiologia quanto à necessidade, procedência e cientificidade de seus achados.

É preciso ressaltar que nas interpretações dos fenômenos saúde/doença, os antropólogos entram como um dos "leitores da realidade" e que, dentro do modelo hegeinônico, predomina a "leitura biomédica". A legitimação dos achados antropológicos pela biomedicina com todas as suas ramificações, e vice-versa, ocorre como uma espécie de acordo

tácito entre atores, instituições, práticas, relações e idéias. Da parte da antropologia esse acordo se expressa no respeito ao papel importante e insubstituível da medicina científica na sociedade contemporânea. E da parte da biomedicina, pela aceitação e valorização da idéia de que a população, seja a que só utiliza os serviços de assistência de saúde pública e médica, seja a que utiliza formas combinadas de tratamento, seja a que só utiliza terapêutica alternativa ou tradicional, tem racionalidade. Em consequência, quando se aproximam de formas colaborativas, ambos os lados consideram que lógicas e contribuições variadas e plurais devem ser integradas nas estratégias políticas, de gestão, de diagnósticos e nas terapêuticas. Entendendo que a área da saúde é um campo pluridisciplinar em disputa de poder e de legitimação (Bourdieu, 1989), entre o paradigma médico (hegemônico para todas as profissões das ciências da saúde) e a antropologia existirão sempre relações possíveis: complementares, conflituosas ou de negação, dependendo dos contextos, problemas e atores em interação.

A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL CONTEXTUALIZADA NO ESPAÇO INTERNACIONAL

A pouca diferença entre as análises feitas por sociólogos ou antropólogos no Brasil evidencia que não podemos reconhecer diferenças epistemológicas marcantes entre os dois campos das ciências sociais. Quando existem diferenças marcantes, essas são devidas mais a trajetórias profissionais dos cientistas sociais do que a limites disciplinares. Dizendo isso para não correr o risco de classificar de forma equivocada a produção científica, consideramos que a antropologia é hoje uma das disciplinas mais dinâmicas que compõem o campo da saúde coletiva no Brasil. Não só por sua notável produção bibliográfica como por sua contribuição ao pensamento da saúde coletiva.

Também, para desfazer equívocos, usaremos a expressão *antropologia da saúde* para tratar do campo, preferindo-a a *antropologia médica* por dois motivos.¹ O primeiro, vem de razões práticas: *antropologia da saúde*

¹ A expressão *antropologia médica* vem de uma tradição de pesquisa anglo-saxônica atuando diretamente no campo da biomedicina e das terapêuticas tradicionais, de preferência em países da Ásia, da África e da América Latina. No Brasil foi bastante usada por antropólogos da saúde formados na Inglaterra e nos Estados Unidos. Menendez (1988) analisou a crítica feita à antropologia médica americana realizada na América Latina. (a) domínio de enfoques microssociológicos; (b) isolamento das análises sobre saúde/doença no contexto comunitário, sem referência às condições socioeconômicas

está sendo cada vez mais usado em livros e eventos no País. O segundo argumento é epistemológico: os trabalhos realizados no Brasil abrangem um conjunto de temas que ultrapassa a categoria "médica", incluindo abordagens de prevenção, de promoção e de qualidade de vida.

A área da antropologia da saúde no Brasil é muito jovem e seu desenvolvimento vem ocorrendo num tempo de acelerada transição no campo político, social, econômico, demográfico e epidemiológico. Tais mudanças acontecem em todas as áreas e algumas têm sido cruciais para o setor saúde: crescimento de enfermidades de origem não infecciosa e de etiologia incerta; aumento das proporções de doenças não transmissíveis no perfil de morbimortalidade; acirramento dos problemas sociais, sobretudo marcados pela veloz urbanização; eclosão de novas questões de saúde dos trabalhadores, resultante da reestruturação produtiva e vinculação cada vez mais estreita do novo quadro de problemas de saúde com estilos, modos e condições de vida.

Complexificaram-se as demandas da sociedade para o setor saúde. O acelerado envelhecimento da população passou a ter forte impacto nos serviços de atenção. Aumentou o número de categorias profissionais necessárias para atender às necessidades de qualidade de vida das populações. Concomitantemente vêm ocorrendo inovações e mudanças no modelo médico assistencial, deslocando a velha proposta hospitalocêntrica e dando lugar a um paradigma de atenção universalizada, por força da lei que criou o Sistema Único de Saúde e por meio de estratégias como "Saúde da Família".

Ao mesmo tempo que se vai produzindo uma transição dos agravos à saúde e das lentas respostas políticas e de gestão do sistema público, cresceram e se aprofundaram a descrença e a crítica da população à prática médica que lhe é oferecida e como lhe é oferecida, apesar do incremento das especializações. Numa relação complexa com as múltiplas transições em seus estágios e combinações específicas nos níveis socioeconômicos, políticos e tecnológicos são afetadas a vida cotidiana, as relações e as representações e práticas da sociedade no que concerne aos processos de saúde/doença.

e culturais; (c) visão dicotômica do tradicional/científico, (d) omissão de análise do sistema de saúde oficial que opera nas áreas tradicionais, focalizando-se em estudos do sistema tradicional, (e) foco em populações marginalizadas, numa visão desconectada das condições de saúde/doença e atenção médica que operam no conjunto das classes sociais. Por sua vez, a expressão *antropologia da saúde* tem origem francesa e trabalha com um marco referencial mais amplo e contextualizado.

Diferentemente do caso brasileiro, na América Latina, a contribuição dos antropólogos para compreender o tema da saúde vem desde a década de 1920 do século passado, numa trajetória ascendente dos anos 1940 aos 1960 e declínio a partir de então. Nunes (2003) lembra que também na América Central, desde os anos 20 do século XX, se registra vasta produção antropológica sobre questões da medicina tradicional. Em todo o continente as pesquisas abrangeram temas como enfermidades, terapias nativas, saúde mental, alcoolismo, problemas nutricionais, gravidez, parto, puerpério dentre outros, em populações camponesas e indígenas, dentro de uma linha da etnomedicina (Menéndez, 1998). México, Peru e Colômbia concentraram os estudos realizados na América Latina, notadamente por americanos do norte.

Foster (1968, 1977), considerado um dos pais fundadores da antropologia médica latino-americana, aprofundou uma reflexão crítica sobre essa produção, ao considerar estereótipos que foram construídos pelos pesquisadores de então. Esses estereótipos se tornaram saber consagrado, convertendo-se em reais obstáculos teóricos e práticos na aplicação dos programas do setor. Dentre esses mitos Foster assinalou: (a) a ideia de que a medicina tradicional seja integral e que a medicina moderna só leve em conta a doença; (b) a crença de que entre os povos primitivos há apenas duas categorias de enfermidades: as que o médico pode curar e as populares que os médicos se recusam a reconhecer; (c) os curandeiros são sempre pessoas de idade avançada, respeitadas na comunidade e, por isso devem ser integradas na atenção primária; (d) todos os médicos que trabalham em áreas populares, ignoram as pessoas e seu saber tradicional, tendo problemas de comunicação com os pacientes.

Apesar das críticas, a maioria delas feita pelos próprios antropólogos, precisamos ressaltar a contribuição positiva da antropologia médica na América Latina. Pois que veio corroborar achados importantes dos antropólogos clássicos, citados na primeira parte deste estudo em vários sentidos: (a) validando os sistemas terapêuticos nativos; (b) evidenciando a eficácia simbólica das estratégias terapêuticas tradicionais; (c) mostrando que existe relação entre esses sistemas e o sistema social como um todo; (d) ressaltando que há distinção e combinação entre doenças tradicionais e enfermidades classificadas pelo sistema biomédico; (e) sistematizando e qualificando críticas e queixas das populações à atenção médica oficial; (f) revelando que é válido o uso de recursos tradicionais onde falta a medicina oficial; e (g) confirmando a compreensão de saúde/doença como fenômenos que não podem ser

explicados apenas como processos biológicos, pois estão relacionados aos jogos de relações sociais e ideológicas que, junto com as causas biológicas, as constituem na forma em que se apresentam (Menéndez, 1998).

Assim, apesar dos quadros teóricos funcionalistas e frequentemente descontextualizados, a antropologia latino-americana evidenciou (a) a importância e a legitimidade da racionalidade cultural e social dos grupos e das populações estudadas; (b) a relevância das estratégias populares que implicam a construção de um saber coletivo sobre a saúde e sobre a doença; (c) a conveniência de tratar os arranjos familiares e comunitários como primeiros níveis de atenção; (d) a importância da apropriação, pelas classes populares e pelo conjunto das classes, do saber e da prática médica; (e) a incidência na saúde e na doença dos mecanismos de reciprocidade e de desigualdade social; (f) a necessidade de controle social sobre práticas médicas e instituições de saúde.

Não podemos perder de vista que a construção da antropologia "médica ou da saúde" nos países europeus e americanos do norte continua a ocorrer. Essa ciência é praticada em departamentos de saúde internacional das universidades, em que os antropólogos estudam não os problemas de seus países e sim as questões de saúde/doença dos países da Ásia, África e América Latina. As sutis diferenças entre americanos e europeus, que se encontravam nas origens dos desenvolvimentos disciplinares vão se diluindo cada vez mais nas cátedras de antropologia que enfocam saúde. Os temas abordados nesses fóruns também dão continuidade aos assuntos tradicionais, abrangendo relações médico-pacientes, universos simbólicos que cercam os fenômenos da vida, da morte e do adoecer e processos de cura, articulados aos aspectos clínicos, epidemiológicos e de planejamento do setor (Gürsoy, 2005), como há bastante tempo evidenciaram Firth (1978) e Cammaroff (1978).

No Brasil, há alguns trabalhos que se podem considerar pré-históricos na antropologia. Nunes (2003) cita dois antropólogos americanos importantes, Charley Wagley que aqui estava desde 1939 e a convite do Museu Nacional realizou estudos na região amazônica precedendo à instalação do serviço especial de saúde pública. Esse estudo permaneceu na Amazônia até 1946. Na década de 1950, Kalervo Oberg realizou pesquisas sobre comunidades em vários estados brasileiros, a pedido do serviço especial de saúde pública do Instituto de Assuntos Americanos, visando a subsidiar o planejamento de programas de saúde. Mas a antropologia brasileira no campo da saúde foi menos explorada por antropólogos estrangeiros e possui importantes especificidades que enumeramos a seguir:

1. Primeiro, muito tardiamente os antropólogos se fizeram presentes nas pesquisas e intervenções da área da saúde. Fora os dois antropólogos estrangeiros registrados por Nunes (2003), antes dos anos 1950, nada há sistematizado sobre o assunto até a década de 70 do século XX quando já encontramos alguns poucos trabalhos. A partir dos anos 1980 as pesquisas se incrementaram e, nos anos 90 da década que findou, a produção foi atingindo seu auge. Nessa primeira década do século XXI a produção antropológica da saúde tende a se ampliar mais ainda, incorporando um segunda e terceira geração de pesquisadores formados por universidades e centros de pesquisa brasileiros.

2. Diferentemente dos Estados Unidos, onde a Antropologia Médica constituiu-se num dos grupos mais produtivos no interior do campo da Antropologia *stricto sensu*, em nosso País, até muito recentemente, a saúde nunca foi considerada tema de interesse dos cursos de antropologia das universidades.

3. A antropologia da saúde no Brasil nasceu dentro e sob os influências do denominado Movimento Sanitário, num tempo histórico de politização do conceito de universalização dos direitos à saúde. E vem se desenvolvendo no ambiente pluridisciplinar da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) junto com várias disciplinas que configuram o campo da saúde, como a epidemiologia e as outras modalidades das ciências sociais (sociologia e ciências políticas). Por isso ela não se constituiu de forma subsidiária ou subordinada à medicina. Ao contrário, vem se consolidando como elemento disciplinar estratégico das análises de saúde, aportando conceitos, teorias e métodos, compreensão de comportamentos, práticas, representações, percepções e relações ante doenças específicas, programas de atenção, de prevenção e de promoção, uma vez que todos esses fenômenos sociais são parte integrante das vivências sociais.

4. Os estudos abrangem grupos sociais das três estruturas populacionais mais importantes do País: populações indígenas, rurais e urbanas, criando-se assim uma universalização, na saúde coletiva, de conhecimentos básicos oriundos da disciplina.

5. Os temas específicos da antropologia se inserem nas relevâncias estabelecidas pela área da saúde coletiva, contribuindo com a epidemiologia, com a clínica e com as atividades de promoção e prevenção, tendo um caráter estratégico fortemente associado à intervenção.

6. Os antropólogos do setor, com formação *stricto sensu*, fizeram concurso ou foram contratados, em geral, para comporem equipes nos programas de pós-graduação e de pesquisa em saúde coletiva. E são

eles que, por razões de vinculação nos processos de formação profissionais ou por necessidade de se apropriarem de reflexões básicas, vêm articulando parcerias com importantes antropólogos *stricto sensu*, radicados nos programas de antropologia das universidades nacionais e internacionais. Essa interação cada vez mais próxima e frutífera, tem permitido inegável enriquecimento mútuo.

7. No seu movimento de construção do campo tanto no sentido acadêmico como de poder a antropologia se infiltrou nas instituições de saúde coletiva tanto as científicas quanto as de gestão de políticas (Ministério e secretarias da Saúde, principalmente) e foi tecendo relações de mútua valorização profissional. É bem verdade que seria incorreto colocar a antropologia da saúde apenas como protagonista desse movimento, pois freqüentemente e de forma desafiante, ela é acionada para comparecer com seu legado na compreensão e na interpretação de enfermidades, cuja prevenção e controle dependem mais da colaboração dos cidadãos do que dos medicamentos receitados pelos médicos.

Consideramos que a antropologia da saúde no Brasil tende a um processo de maturação, impulsionada por vários fatores favoráveis e convergentes:

1. Consolidação e ampliação das pós-graduações em saúde coletiva/pública/medicina preventiva, demandando conhecimentos básicos e produzidos por meio de investigações que façam intercessão entre os fatores biológicos e sociais que atuam na produção das enfermidades e da saúde.

2. Articulação cada vez mais intensa entre grupos de pesquisa de antropologia *stricto sensu* e dos que visam a especificidade da antropologia da saúde.

3. Aumento do número de publicação individuais e de coletâneas, juntando contribuições de antropólogos que pesquisam nos diferentes espaços acadêmicos e unidades da federação, o que impulsiona a reflexão e a crítica interpares.

4. Demanda cada vez mais crescente das diferentes instâncias de produção de conhecimento e de gestão do setor saúde, por causa das características contemporâneas dos problemas e agravos fortemente vinculados a condições, situações e estilos de vida.

Em relação à alínea 4 a antropologia da saúde tem um desafio fundamental de entender saúde, acima de tudo como *bem da sociedade*, sempre em construção e, como um conjunto de ações que os cidadãos constroem para serem saudáveis. É a partir desse entendimento que conseguirá relativizar o peso da hegemonia biomédica. Nesse caso, seu

papel é restituir aos fenômenos biológicos, sua verdadeira natureza social, destruindo a indevida naturalização empreendida pela ciência, sobretudo pela biologia e pela medicina.

DIVERSIDADE DA PRODUÇÃO EM ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL

Estabeleceremos aqui uma diferenciação interna da produção antropológica brasileira, criando uma classificação de quatro nichos ou movimentos complementares e em permanente interação, colaboração, contradições e conflitos.

1. O primeiro é povoado por antropólogos *stricto sensu* e antropólogos da saúde. A ênfase das pesquisas desse conjunto de cientistas é na antropologia enquanto disciplina *stricto sensu*, cujo foco são grupos populacionais como totalidades sociais, contendo cosmologias e lógicas próprias. É o universo da produção de investigações básicas de tradição típica da área antropológica, na qual as questões de saúde e de enfermidades fazem parte de um universo complexo de relações sociais e culturais. É necessário ressaltar que, dentro dos próprios nichos de saúde coletiva, têm sido produzidos trabalhos que podem ser considerados antropológicos em seu sentido mais genuíno, constituindo-se como ponto de referência teórico-metodológico para o setor.

A articulação desse grupo com os profissionais que atuam nos departamentos de saúde coletiva passaram a ocorrer cada vez mais frequentemente por demandas recíprocas, na produção de investigações compartilhadas, participações em orientações de estudantes e bancas de teses, seminários, simpósios e congressos. Além do espaço da Abrasco, há um grupo temático que trata da antropologia da saúde na Anpocs (Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais) e também na ABA (Associação Brasileira de Antropologia). Nesse conjunto de espaços vai se consolidando o diálogo entre os antropólogos *stricto sensu* e os antropólogos da saúde.

2. Consideramos como segundo nicho o que é composto pelos antropólogos que atuam no setor específico da saúde, tentando adaptar-se aos tempos, ritmos e lógicas muito mais velozes e práticos do campo sanitário do que o da antropologia *stricto sensu*. Conceituamos os estudos desse grupo como *estratégicos*, utilizando-nos do conceito de Bulmer (1987). Bulmer define pesquisa estratégica a que é construída para iluminar determinados aspectos da realidade com o propósito de subsidiar políticas públicas. Esses antropólogos da saúde investigam

no contexto dos cursos de pós-graduação e nos núcleos de pesquisa dos departamentos, escolas e institutos de Saúde Coletiva/Saúde Pública e de Medicina Preventiva. Todos orientam estudantes médicos ou das profissões de saúde e costumam combinar desafios teóricos e práticos da biomedicina, da questão social e, cada vez mais, da questão ambiental, bebendo na fonte da antropologia clássica e fazendo uma vinculação de seus achados com problemas específicos do setor. Geralmente, nos espaços de saúde coletiva se exercitam e se reafirmam atividades multiprofissionais e interdisciplinares. É a partir dessa perspectiva que reside a maior originalidade desse nicho.

A contribuição das investigações que se abrem para várias abordagens, triangulando perspectivas, costuma incidir na discussão da articulação de métodos e técnicas para estudar realidades complexas. Muitos antropólogos da saúde, mesmo quando produzem investigações estratégicas, no entanto, atuam de forma unidisciplinar, o que me levou a separar em nicho específico os que buscam articular o olhar antropológico com o de outras disciplinas que compõem o campo da saúde coletiva.

3. Num terceiro conjunto, localizamos os antropólogos que não só atuam em departamentos pluridisciplinares, mas vêm produzindo abordagens interdisciplinares que supõem trabalhos conjuntos com outros pesquisadores da área da saúde como médicos, epidemiologistas, psicólogos, odontólogos, nutricionais e outros. No interior dessa contribuição existe o entendimento de que a antropologia não pode dispensar a compreensão intrínseca aos objetos que estuda, limitando-se à produção discursiva das representações. Pelo contrário, precisa abranger, para realizar um diálogo frutífero com a medicina ou com a epidemiologia, a totalidade do fenômeno saúde e doença. Assim, os estudos estratégicos interdisciplinares incluem uma condição importantíssima para a discussão que estamos travando: a articulação entre natureza e cultura e entre ciência e técnica, vistas em seu movimento interativo por meio do qual o ser humano cria e cria-se a si mesmo; cria seus meios de viver e o pensamento inscrito nesses meios. Esses *objetos híbridos* (Latour, 1994) construídos intelectualmente dizem respeito a todo o universo de atuação do setor: compreensão das situações dos sujeitos, dos atores e das questões de saúde. Fruto da experiência, os investigadores que assim trabalham podem já afirmar que na aproximação de várias áreas êxitos só são conseguidos (a) se há uma disposição de colaboração entre os plurais pesquisadores; (b) se existe uma abertura dos vários investigadores para discutirem pontos de intercessão entre

os diferentes campos; e (c) se existe uma competência comprovada disciplinar de cada um deles, pois a interação supõe diálogo sobre conceitos, teorias e métodos.

4. Consideramos como quarto nicho de produção da antropologia, o que é formado por profissionais de outras áreas (geralmente, médicos, enfermeiros(as), assistentes sociais, psicólogos(as), nutricionistas e outros) que se apropriam parcialmente das teorias, métodos e instrumentos da antropologia para iluminar seus objetos de trabalho, sem contudo visarem a atingir uma visão aprofundada da disciplina. Este é o universo dos chamados "estudos qualitativos". Apesar da forma reduzida e fragmentada de apropriação da disciplina, esses profissionais de saúde são muito importantes para o desenvolvimento da área, pois num movimento complexo e recursivo de troca de saberes é aí que se constroem os elementos teóricos e metodológicos básicos para a inclusão da questão social como inerente ao fenômeno da saúde e do adoecimento. Em consequência, é nesse nicho que se cria a legitimidade da antropologia no competitivo campo discursivo do modelo médico, sob o olhar das instituições, dos gestores e dos profissionais do setor, demandantes da presença dela nas análises das realidades sanitárias.

Os espaços privilegiados desse quarto nicho são os cursos de pós-graduação *stricto e lato sensu*, nos quais os antropólogos exercem o papel de orientadores da reflexão e divulgadores, sem visar, contudo, reproduzir o rigor da formação antropológica. Hoje, multiplicam-se estudos de cunho operacional e estratégico na área da saúde, realizados por pessoas de outras profissões treinadas por antropólogos. Digamos que este é um espaço privilegiado de encontro criado pelos atores do setor saúde (sobretudo pelos da saúde coletiva) para se aproximarem das abordagens compreensivas e, dos antropólogos, para se aproximarem das temáticas específicas da área. Nesses encontros de diferentes que se complementam, existe uma profícua troca de saberes e práticas que não pode ser desdenhada, pois geralmente ela visa humanizar a saúde pública e a medicina e buscar respostas para a crise do modelo hegemônico.

Falar do sucesso da contribuição das Ciências Sociais no Brasil e, por inclusão, da antropologia não exclui reconhecer a tensão e o caráter problemático da sua integração na área da saúde coletiva. Essa situação sempre existe quando tratamos de interação entre disciplinas com lógicas, histórias, formas de produção e propostas diferenciadas. Por isso, queremos esclarecer que, ao construir essas classificações visando qualificar e diferenciar a produção da antropologia da saúde, atuamos

para positivar cada uma delas. Devemos ressaltar, porém, que não estamos nos referindo a espaços e atores estanques. A produção científica, artesanal que é, evidencia o papel dos autores na sua elaboração e na sua capacidade individual de apropriação da tradição disciplinar da antropologia.

CONCLUSÕES

Tentamos ao final resumir o que considero o espaço de contribuição da antropologia da saúde. Do ponto de vista conceitual, evidenciamos que a antropologia da saúde dá relevância às várias ordens de significações culturais sobre saúde/doença, informando sobre: (a) visão do mundo; (b) atitudes coletivas em face da infelicidade dominadora; (c) a "idéia de mal" que se personaliza na doença e significa o rompimento do ser humano com limites dados pelas regras e normas da sociedade freqüentemente traduzidas em códigos morais ou religiosos; (d) o corpo saudável, símbolo de felicidade. É sobre o corpo doente, como espaço do "horrrível" que se mostra, simbolizando o sentimento de infelicidade e de alienação, do não resolvido, do incompreensível e do precário na sociedade (Minayo, 2004).

No concerto das disciplinas, a prática e as técnicas antropológicas têm o papel de: (a) questionar as teses que consideram as enfermidades apenas como entidades biológicas ou as populações como conjuntos estruturados que funcionam com regularidades a-históricas; (b) evidenciar que as pessoas, grupos e sociedades vivem em movimento, relações e significados; (c) relativizar o absolutismo ou reducionismo das teorias e práticas clínicas oferecendo-lhes a possibilidade de compreender que o doente não é apenas um corpo disfuncional e que sua saúde não é simplesmente a ausência de enfermidades. Antes de tudo, o profissional de saúde está ante uma pessoa que pensa, sente, interpreta e "vive tanto de afetos e fantasmas como de alimentos materiais" (Raynaut, 2002, p. 43); (d) Ressaltar nos processos de atenção, prevenção e de promoção que é preciso compreender a lógica interna dos plurais e diferentes grupos sociais para "desnaturalizar" e "ressignificar" os estereótipos culturais.

Buscamos, também, evidenciar que a constituição do campo da antropologia da saúde no Brasil se realiza pela contribuição de vários influxos. Do ponto de vista histórico, pelas relações políticas, sociais e ideológicas que contextualizam seu nascimento, pelo espaço que consegue criar na dinamicidade das instituições e pelos atores que catalisa

para conformar-se. A partir de uma perspectiva teórica, observamos que esse segmento disciplinar se situa no interior da antropologia clássica bebendo conceitos estruturantes e se organiza em articulação com o desenvolvimento internacional na área. No que concerne a seu desenvolvimento nacional, tentamos argumentar que a antropologia da saúde no Brasil é dinâmica, florescente, e se constitui com várias peculiaridades, porém sempre em diálogo com o que está sendo construído no campo da saúde e no âmbito da antropologia, nacional e internacionalmente.

Finalmente, no conjunto da praxis da saúde, consideramos que demos ênfase ao fato incontestável de que a vivência tanto da saúde como da doença produz efeitos no corpo e também no imaginário: ambos são reais em seus efeitos e consequências. Essa compreensão, se aceita, ajuda os responsáveis por ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção e promoção ou de planejamento a levarem em conta valores, atitudes e crenças das pessoas, e não apenas aspectos técnicos de suas intervenções. Ao ampliar suas bases conceituais incluindo a contribuição da antropologia como um dos seus elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos científicas, pelo contrário, aproximam-se com maior abrangência e profundidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam.

REFERÊNCIAS

- Atlan, H. *L'uterus artificiel*. Paris: Seuil, 2005.
- Boltanski, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Bourdieu, P. *O poder simbólico*. São Paulo: Difel, 1989.
- Briceno-León, R. *La casa enferma*. Caracas: Capriles, 1990.
- Bulmer, M. *Research Methods in Social Policy*. Londres: Oxford University, 1987.
- Camaroff, J. Medicine and Culture: Some Anthropological Perspectives. *Social Sciences and Medicine*, 12B, pp. 247-54, 1978.
- Douglas, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1970.
- Firth, R. Social Anthropology and Medicine: a Personal Perspective. *Social Sciences and Medicine*, 12B, pp. 237-45, 1978.
- Foster, G. Comentários. In: R. Badgley (org.). *Ciencias Sociales y planeación en salud*. Milbank Memorial, vol. XLVI, parte 2, pp. 181-5, 1968.
- Medical Anthropology and International Health Planning. *Social Sciences and medicine*, 11, pp. 527-34, 1977.
- Geertz, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- *Local Knowledge*. Nova York: Basic Books, 1983.

- Gürsoy, Akile. Foreword and Acknowledgements. In: World Congress in Health Challenges of the Third Millennium, 1, 2005, Istanbul/Turkey. *Anais...* pp. 1-8. Istanbul/Turquia: IFSS11, 2005.
- Herzlich, C. *Santé et maladie*. Paris-La Haye: Mouton, 1983.
- Herzlich, C. & P. Janine. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot, 1984.
- Kleinman, A. Concepts and Models for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Sciences and Medicine*, B12, pp. 85-93, 1978.
- . *Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Borderland between Anthropology and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- Latour, B. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- Lévi-Strauss, C. Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss. In: *Marcel Mauss: sociologie et anthropologie*, pp. 1-XXX. Paris: PUF, 1950.
- . *Structural Anthropology*. Nova York: Basic Books, 1963.
- . *O pensamento selvagem*. Campinas: Papyrus, 1989.
- Malinowski, B. *Malinowski*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- Mauss, M. *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1950.
- Menéndez, E. L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: P. C. Alves & M. C. M. Rabello (org.). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*, pp. 71-93. Rio de Janeiro: Fiocruz-Relume Dumará, 1998.
- Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 8.ª ed. São Paulo: Ilucitec, 2004.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Perfil das doenças não transmissíveis no Brasil*. Apresentação em seminário de planejamento de ações em saúde. Brasília: MS/SVS, 2005.
- Nunes, E. D. *As ciências sociais e saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Washington: Opas, 1985.
- . *Ciências sociais em saúde: um panorama geral*. In: P. Goldenberg, R. C. Marsiglia & M. H. A. Gomes (org.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*, pp. 57-74. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- Radcliffe-Brown, A. R. O método comparativo em antropologia social. In: Melatti, J. C. (org.). *Radcliffe Brown: antropologia*. São Paulo: Ática, 1978.
- Raynaut, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências atri-

canas e brasileiras. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5 (supl. 1), 2002.

Sfez, L. *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*. Paris: Seuil, 1997.

Schutz, A. *Equality and the Social Meaning Structure*. Collected Papers II. The Hague: Martinus Nijhoff, 1964.

Thomas, W. I. *The Definition of the Situation*. In: *Social Theory*. 3.ª ed. Nova York: Macmillan, 1970.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA SOBRE ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Alves, P. & M. C. S. Minayo (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

Este livro se constitui numa coletânea de textos de importantes antropólogos brasileiros sobre trajetórias de pacientes na busca de cura; conceitos de cura na cultura popular; interpretações sobre enfermidades e análises sobre medicina e xamanismo. Esta foi a primeira obra que reuniu o pensamento ainda bastante difuso desse grupo de cientistas sob o título antropologia da saúde. Os textos estão escritos em linguagem clara, permitindo aos leitores não antropólogos uma aproximação compreensiva aos temas.

Alves, P. C. & M. C. Rabelo (org.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz-Relume Dumará, 1998.

O objetivo dessa obra é definir e problematizar os limites e as fronteiras da Antropologia da Saúde, num momento em que a área está buscando firmar sua identidade e dialogar com outros saberes, sobretudo os da área da saúde. Todos os capítulos apontam para peculiaridades que aproximam e diferenciam o olhar antropológico sobre a realidade da saúde e da doença. Expondo ao leitor os caminhos de construção desse campo do saber, a coletânea apresenta duas estratégias básicas: uma voltada para o exame teórico-metodológico dos fundamentos da disciplina e outra, para a análise do campo a partir de trabalhos empíricos e etnográficos. São textos essenciais para estudantes, pesquisadores e professores.

Rabelo, M. C.; P. Alves & I. M. Souza (org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

Este livro reúne trabalhos originais produzidos pelos pesquisadores da Universidade da Bahia. É um belo exemplo de pesquisas etnográficas baseadas numa enorme riqueza de dados empíricos tratados por sofisticada análise teórica em antropologia social. Divide-se em duas partes. Na pri-

meira aborda a construção social das doenças, em particular da doença mental. Na segunda, os autores focalizam o doente e a experiência do adoecer e de se tratar. A análise abrange temas como subjetividade, corporalidade e ação em direção aos cuidados, e o conceito de "experiência" constitui o fio condutor que perpassa toda a obra. Este livro pode e deve ser lido por estudantes de graduação da área da saúde que buscam articular sua experiência técnica com a compreensão da cultura brasileira no seu próprio campo de atuação.

Duarte, L. F. & O. F. Leal (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

O livro reúne contribuições de dezessete autores que trabalham com "metodologias qualitativas", muitos deles estudantes de pós-graduação. O foco do livro são abordagens que evidenciam significação subjetiva no processo de enfermar do ponto de vista histórico, etnometodológico, fenomenológico, apresentando ao leitor uma variedade grande de aproximações antropológicas. O livro combina riqueza etnográfica pormenorizada com análises de sistemas simbólicos e contextos sociais. Sua leitura abrange temas como significado do corpo, reprodução humana, transplante de órgãos, convívio com aids e tuberculose e consumo de drogas. Por sua variedade de temas e perspectivas esta é uma obra muito importante para os que querem se aproximar, entendendo, do campo da antropologia da saúde.

Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa social em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

Hoje está na nona edição e se constitui numa obra de referência para os profissionais do setor que se lançam a fazer investigação antropológica. O livro tem como escopo dotar os profissionais do setor saúde dos elementos epistemológicos, teóricos e práticos para realizar a chamada pesquisa qualitativa. Didivido em vários capítulos que abrangem conceitos e dispositivos operacionais, a grande proposta da obra é mostrar aos leitores que produzir pesquisa exige uma certa sistemática que vai da fase exploratória e construção do projeto, passa pelo trabalho de campo e termina na fase de análise. Mas, ressalta sua autora, todo esse percurso não é simples pois existem vários problemas, várias encruzilhadas, várias pedras no caminho que precisam ser conhecidas e identificadas para que o investigador realize suas escolhas.

Coleção *Antropologia da Saúde* da Editora Fiocruz que se iniciou em 1998 e continua aberta, dedica-se a publicar obras pessoais ou em colaboração de antropólogos da área da saúde ou de profissionais da saúde que incorporaram a antropologia na sua formação, produ-

zindo conhecimento antropológico. Até 2005 a coleção contava com os seguintes livros:

- ♦ *Antropologia, saúde e envelhecimento*, organizado por Maria Cecília de Souza Minayo & Carlos E. Coimbra-Junior,
- ♦ *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*, de Fabíola Rohden;
- ♦ *O corpo na história*, de José Carlos Rodrigues;
- ♦ *Doença, sofrimento e perturbação*, organizado por Luiz Fernando Duarte & Ondina Fachel Leal;
- ♦ *Experiência de doença e narrativa*, organizado por Miriam Cristina Rabelo, Paulo César Alves & Iara Maria de Souza;
- ♦ *Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a reconstrução da vida*, de Suely Ferreira Deslandes;
- ♦ *História social da tuberculose e do tuberculoso*, de Cláudio Bertolli Filho;
- ♦ *A medicalização do corpo feminino*, de Elisabeth Meloni Vieira;
- ♦ *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*, de Maria Lúcia da Silveira;
- ♦ *Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família*, de Fátima Gonçalves Cavalcante,
- ♦ *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da medicina*, de Octávio Bonet;
- ♦ *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*, organizado por Ana M. Canesqui & Rosa Wanda Dias Garcia,
- ♦ *Urgências e emergências em saúde: perspectiva de profissionais e usuários*, de Armelle Giglio-Jacquemot.

O ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES E FATOS

Amélia Cohn

O ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE na área da Saúde Coletiva ocupou sempre um lugar central, dadas as próprias características dessa área. Dentre elas, a de se constituir simultaneamente num campo de conhecimento e de práticas, envolvendo uma conjugação de perspectivas de análises que possibilite ao mesmo tempo avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas de saúde. Em consequência, elas consistem numa vertente de estudos na área da saúde sempre muito marcada pelas questões e pelos desafios no que diz respeito à saúde que a própria sociedade impõe aos especialistas do tema, acentuando assim uma característica da própria área da Saúde Coletiva, vale dizer, de conjugar, nem sempre em tempos e instâncias distintas, a teoria e a prática.

No entanto, há que se ter claro que isso não implica, em nenhuma hipótese, que os estudos realizados nessa área sejam estudos aleatórios, marcados por distintas vontades individuais e/ou de determinados grupos sobre o que deva ser a organização da sociedade para enfrentar os seus próprios problemas de saúde de que padece, nem muito menos estudos que não devam obedecer, como qualquer campo do conhecimento científico exige, rigorosos procedimentos metodológicos e científicos. Em resumo, não significa que esses estudos e análises sejam fruto da vontade dos sujeitos que os produzem de demonstrar a "sua" verdade, ou "a sua" resposta para aqueles desafios como "a resposta — e única — correta". Desde já, para o que se chama a atenção é que as políticas de saúde consistem num campo de conhecimento da área das ciências humanas, e que como tal estabelece um outro padrão de relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento que não aquele próprio das áreas das ciências biológicas e exatas; mas que, apesar disso, ao contrário do que o senso comum interpreta, não

deixa de se caracterizar como um conhecimento igualmente científico, vale dizer, como a produção de um conhecimento que busca estabelecer relações entre fenômenos criteriosamente coletados e selecionados.

Dito isto, vale uma outra advertência: não busque o(a) leitor(a) neste texto respostas conclusivas — ou soluções — para os desafios que a saúde impõe para a nossa sociedade hoje. Ao contrário, o que buscaremos fazer é exatamente apontar a complexidade que o próprio objeto — políticas de saúde — envolve, o que ele traz consigo, e os desafios que o próprio esforço de buscar explicações para os rumos que elas tomaram e vêm tomando no Brasil enfrenta.

IIa, na área da Saúde Coletiva, basicamente duas grandes vertentes de análise das políticas de saúde: uma que privilegia a organização dos serviços e do sistema de saúde nos distintos países e no Brasil em particular, e outra que enfatiza o impacto das sucessivas reformulações dos sistemas de saúde de cada país sobre o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e à satisfação de suas necessidades básicas de saúde. Neste caso, o que está no centro das preocupações dos pesquisadores e dos formuladores de políticas de saúde é se essas reformulações e/ou reformas dos sistemas de saúde estão levando a um maior grau de equidade no acesso da população aos serviços de saúde. Em outras palavras, são estudos que analisam as políticas de saúde da perspectiva de uma de suas implicações básicas, qual seja, a de ela se configurar efetivamente "como um direito de todos e um dever do Estado", tal como reza a Constituição brasileira de 1988.

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Estudar as políticas de saúde e a organização dos serviços de saúde que configuram as características do sistema de saúde dos distintos países não é uma tarefa pouco complexa. Ela envolve um conjunto de variáveis dinâmicas, com pesos relativos no conjunto do jogo de quebra-cabeça que caracteriza qualquer sociedade, que é muito mutante a depender das conjunturas econômicas, sociais, políticas e de governos, e ao mesmo tempo apresentam uma lógica intrínseca que se faz necessária descobrir qual vem a ser ela. Por exemplo, como se articulam os interesses das diferentes formas de organização e de obtenção de lucro das

diferentes instituições e complexos hospitalares, como esses interesses se articulam com a indústria de produtos farmacêuticos e hospitalares, como se articulam com o sistema público estatal de saúde, e por aí vai.

Claro que não se pode querer que em poucas páginas se esgotem esses temas, nem que sejam todos eles abordados com igual nível de detalhes. O que buscaremos fazer aqui é, num primeiro momento, apontar o que está por trás de algo aparentemente tão simples como "políticas de saúde", e que definitivamente não se reduz ao estudo das medidas de ações adotadas por distintos governos ao longo do tempo, mas sim buscar apontar exatamente "o que está por trás" disso tudo, e seus efeitos para frente. E, num segundo momento, concentrar a atenção no caso do Brasil, aí sim, mostrando as articulações das políticas de saúde com as dimensões econômicas, políticas e sociais da nossa sociedade nos grandes marcos que caracterizam sua trajetória histórica no País, e que consistem nas raízes dos principais desafios que essa área enfrenta hoje. Enfim, recuperar essa trajetória para elucidar o presente e as possibilidades do futuro do sistema de saúde brasileiro, ou melhor, de a saúde se constituir efetivamente num "direito de todos e dever do Estado".

POLÍTICAS DE SAÚDE: DO QUE SE TRATA?

Que dimensões da vida social estão envolvidas quando se trata da questão das políticas de saúde, e/ou de qualquer política da área social (educação, assistência social, de combate à pobreza, etc.)? Elas são muitas, e as principais delas serão tratadas a seguir. No entanto, há que se iniciar pelo começo: o que se entende por política, para fins de nossos estudos.

Os estudos de natureza política tratam, necessariamente, de duas dimensões fundamentais que envolvem o processo de formulação e implementação das políticas de saúde: a dimensão do exercício do poder, e a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e de escolha de prioridades ao se eleger uma dentre várias possibilidades para a área da saúde fazer frente às necessidades de saúde da população de cidadãos que está sob a autoridade e a responsabilidade do Estado.

Assim sendo, é na dimensão política de nossas sociedades que se verificam os processos de tomada de decisão e imposição para a sociedade pelo poder do Estado de determinadas diretrizes de ação e organização setorial sobre outras. No geral, as teorias sociais contemporâ-

neas distinguem três tipos principais de poder social, e o sistema social global se apresenta articulado em três subsistemas fundamentais: organização das forças produtivas, organização do consenso e a organização da coação, cabendo sempre ao Estado o monopólio do uso da força. Dessa forma, cabe ao Estado, *locus por excelência* do exercício do poder, gerir a sociedade de forma que preserve a segurança dos cidadãos, portanto a ordem, bem como as condições para que a sociedade se reproduza e se desenvolva de forma que sempre responda da maneira a mais adequada possível ao bem geral e ao interesse público. Em consequência, tem-se que, na esfera da política, o exercício sempre presente é o da disputa, dentro de determinadas regras do jogo estabelecidas, acordadas socialmente, e reconhecidas pela sociedade como legítimas, entre interesses particulares de distintos grupos sociais para que sejam estes contemplados pelas decisões políticas, e assim impostos à sociedade; e ainda, que nesse processo se configurem como interesses gerais para a sociedade como um todo, portanto não como o interesse de um determinado grupo específico, mas como um bem público, respondendo ao interesse de todos. É nessa arena da disputa política, portanto, que se dá a constante disputa entre interesses individuais e interesses de grupos, ou de determinados segmentos da sociedade, no geral pautados pela visão (correta do seu ponto de vista) de curto prazo, e os interesses gerais, no geral pautados pela visão (inerente ao Estado) de médio e longo prazos.

Neste ponto é interessante transcrever algumas linhas de Bobbio, do texto acima referido, quando afirma: "Consequência direta da monopolização da força no âmbito de um determinado território e relativa a um determinado grupo social, assim hão de ser consideradas algumas características normalmente atribuídas ao poder político e que o diferenciam de toda e qualquer outra forma de poder: a exclusividade, a universalidade e a inclusividade". Por exclusividade entendendo-se a não-permissão, pelos detentores do poder político, de formação de grupos armados independentes; por inclusividade se entendendo a possibilidade de intervir, de modo imperativo, em todas as esferas da atividade dos membros do grupo e encaminhá-la ao fim desejado, por meio de instrumentos de ordenamento jurídico; e por universalidade, entendendo-se a capacidade exclusiva dos detentores do poder político de tomar decisões legítimas e verdadeiramente eficazes para toda a coletividade no que diz respeito à distribuição e destinação dos recursos econômicos e de toda natureza, como por exemplo, de equipamentos e profissionais de saúde.

É necessário, assim, que se tenha em conta que quando se vai tratar das políticas de saúde, o que passa a ser o foco do estudo é o processo de tomada de decisões, por parte do Estado (leia-se, daqueles grupos que detêm o poder naquela conjuntura histórica que está sendo estudada, e constituindo os governos), ante uma série de possibilidades de escolhas alternativas, que representam, cada uma delas, ganhos e perdas para distintos grupos sociais, tendo-se todavia por referência que ao Estado compete, sempre, orientar suas decisões para o bem comum da sociedade.

Mas também há o outro lado da medalha: cada grupo social e/ou econômico pode, por exemplo, defender uma prioridade na área da saúde para que ela se traduza na principal política de um determinado governo; por outro lado, a maior parte da sociedade pode entender que uma outra medida seja prioritária na área da saúde, e não aquela. E ambas não encontram respaldo em estudos de caráter científico, epidemiológicos por exemplo, para que se evidencie serem uma delas ou ambas efetivamente causas de um dos principais indicadores de morbimortalidade na sociedade, ou mesmo numa dada região, ou num determinado município. Evidencia-se aí um "choque" entre a dimensão política — de representação de interesses sejam eles de caráter econômico (prioridade n.º 1), sejam eles de entendimento de determinados grupos sociais do que vem a ser "sua" necessidade de saúde (prioridade n.º 2), e a dimensão técnica (prioridade n.º 3), representada por estudos epidemiológicos, da área da Saúde Coletiva e da área biológica propriamente dita. Vale a ressalva, aqui, que a técnica no geral se configura, nos tempos contemporâneos, como um valioso instrumento no processo de tomada de decisão, mas não substitui — e nem deve fazê-lo, sob pena de sacrificar a democracia (isto é, a convivência harmônica — embora sempre tensa — de diferentes), a dimensão política propriamente dita, e que diz respeito exatamente à tomada de decisão, e portanto a escolhas entre alternativas disponíveis.

Assim, se a grande tensão de fundo, na política, é a disputa entre interesses particulares e interesses gerais, que ocorre numa arena onde os poderes dos distintos grupos são altamente diferenciados quanto à sua capacidade de impor aos demais sua vontade, por outro lado, a outra grande tensão, nos tempos atuais, reside na disputa sempre tensa entre a dimensão técnica e a dimensão política nos processos de tomada de decisão. De fato, no caso do Brasil, vem sendo apontado um crescente distanciamento entre representados e seus representantes na esfera política graças a um avanço da presença da dimensão bu-

rocrático-administrativa do Estado em detrimento da dimensão política propriamente dita nos processos de tomada de decisões e de sua implementação. De fato, no caso específico da saúde, vários estudos sobre a dinâmica e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, por exemplo, mostram como as pautas e discussões travadas nesses espaços são marcadas por questões operacionais e orçamentárias, e não por negociações efetivas entre interesses divergentes ou diferenciados, trazendo assim o que Nogueira aponta quando distingue a "política dos técnicos" da "política dos cidadãos".

POLÍTICAS DE SAÚDE: ESTADO, SOCIEDADE E MERCADO

As sociedades contemporâneas identificam como o *locus* por excelência dos processos políticos nas sociedades o Estado, com suas instituições, embora não seja este o espaço exclusivo do exercício da política. Mas é esta a instância da sociedade — em seus distintos níveis, federal, estadual e municipal, no caso brasileiro — que detém o monopólio dos instrumentos para a formulação e sobretudo a implementação das políticas de saúde, seja no que diz respeito à definição de prioridades a serem contempladas pelo Estado na área da saúde, à definição das formas de como implementá-las — de que mecanismos e de quais instrumentos lançar mão, que público alvo priorizar, a que fontes de financiamento recorrer.

De fato, o século XX, na área das políticas sociais, foi marcado pela emergência de políticas estatais que configuraram modelos de sistemas de proteção social conhecidos hoje como Estados de Bem-Estar Social (Welfare States). Sob este rótulo são identificados os modelos anglo-saxões, social-democratas, após a Segunda Guerra Mundial, e que traduziam um pacto entre empresários e trabalhadores que teve como resultado um pacto de solidariedade social segundo o qual o excedente de recursos advindo de menores taxas de lucro dos empregadores e de menores salários dos empregados assalariados seria destinado ao financiamento das políticas de aposentadoria, pensões, saúde, educação, etc. Este é um modelo conhecido como universal redistributivista, em que o Estado se configura como o principal e/ou exclusivo, a depender do país, provedor e produtor dos serviços sociais, incluindo os serviços de saúde, que nos interessa aqui diretamente. São estes os modelos que prevaleceram na Suécia, Dinamarca e Inglaterra, tidos como exemplos típicos, e que têm como características principais: o

financiamento advindo dos recursos diretos do orçamento do Estado, o que lhes atribui um caráter acentuadamente redistributivo, porque esses recursos provêm dos impostos que recaem sobre os ganhos dos indivíduos. Como nesses países o imposto é altamente progressivo (quem ganha mais paga relativamente mais do que quem ganha menos), os recursos alocados na área social adquirem uma capacidade de redistribuição maior, já que independentemente das condições socioeconômicas dos distintos indivíduos, todos eles têm o mesmo acesso ao mesmo padrão de serviços de saúde, segundo suas necessidades. Portanto, o padrão do acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, nesses países, independe da condição deles no mercado, isto é, independe de eles serem ricos ou pobres. Por outro lado, os serviços de saúde e de assistência médica são produzidos exclusivamente pelo Estado, configurando-se como serviços públicos estatais, e quando há a presença de serviços de assistência médica privados, estes são absolutamente residuais, e estão sob as regras exclusivas do mercado, sem subsídio algum dos recursos estatais.

O segundo modelo de sistema de proteção social é conhecido como meritocrático-corporativista, e o exemplo típico é o próprio caso brasileiro: a extensão dos direitos e dos serviços sociais, dentre eles a saúde, se dá a partir exatamente do oposto do modelo anterior — a partir da situação dos indivíduos no mercado de trabalho. É meritocrático porque os indivíduos só têm acesso à assistência médica, aposentadorias e pensões se contribuem para o sistema de proteção social, ao contrário do caso anterior, em que a contribuição é diretamente para o orçamento da União, que redistribuirá os recursos pelos mais distintos setores sob responsabilidade do Estado, dentre eles a saúde. O mérito neste segundo modelo constitui portanto um tributo vinculado à contribuição individual de cada um, contribuição esta que por sua vez está vinculada a uma situação dos indivíduos no mercado de trabalho: o fato de serem trabalhadores formalmente contratados, e sindicalizados, o que lhes atribui o reconhecimento, pelo Estado, de estarem sob as leis que regulam a relação entre capital e trabalho (política trabalhista, política sindical e política previdenciária).

Nesse modelo no geral o que se verifica é que ele acaba por gerar, ao contrário do modelo anterior, uma segmentação e uma diferenciação dos indivíduos no que diz respeito aos benefícios e serviços a que têm direito, e com isso interpõe barreiras para que construam uma identidade comum na busca de melhores condições de acesso aos serviços sociais básicos, como por exemplo saúde e educação. No geral nas so-

ciudades em que prevalece esse modelo o que se verifica é a presença de um sistema dual de proteção social: um subsistema de serviços sociais para quem tem acesso a renda, e um outro subsistema para quem não tem acesso a nenhum tipo de renda, os pobres. No primeiro, no geral prevalece o Estado como provedor mas não necessariamente produtor de serviços sociais, e de saúde em particular; no segundo, prevalece o Estado como provedor e produtor de serviços sociais e de saúde, contando aqui como principal parceiro os serviços e as instituições filantrópicas.

Há ainda um terceiro modelo, o residual, típico dos Estados Unidos da América. Nele o Estado se ocupa somente dos segmentos sociais mais pobres, que para terem acesso aos serviços e benefícios sociais têm de previamente comprovar sua condição de carente. O restante da sociedade vincula-se a serviços e benefícios cujo acesso é garantido pela contribuição diretamente às instituições privadas do mercado, sejam elas de seguro social, sejam elas de seguro de saúde. Os serviços sociais estão, assim, diretamente vinculados ao Estado que os produz somente para os segmentos da população comprovadamente pobre.

Como se vê, nos três modelos a presença do Estado se faz sentir, e independentemente do tamanho dessa presença e do público alvo a que ela se destina, sempre está imbuída de um caráter minimamente redistributivo; e há casos em que, concomitantemente, também assume um caráter de ação que acaba por reproduzir as desigualdades e diferenças sociais, como no caso extremo do modelo residual. Daí por que se afirmar que, embora todo sistema de proteção social envolva um pacto de solidariedade social, uma vez que envolve distribuição direta ou indireta de recursos e riquezas da sociedade entre os diferentes segmentos sociais, esse pacto de solidariedade nem sempre é virtuoso: ele pode redistribuir de forma perversa os recursos, seja pelo padrão de financiamento das distintas políticas na área social, seja pelo acesso aos serviços sociais que o Estado produz ou provê para a sociedade.

Assim é que as distintas sociedades, ao implementarem esses distintos modelos, que nelas hoje em dia não se verificam de forma pura, mas combinados e misturados, com pesos maiores ou menores dos traços que compõem cada um deles, apresentam uma específica relação entre as funções do Estado, da sociedade e do mercado na área social e da saúde. E de fato, nos dias atuais a grande discussão recai sobre quais devam ser o papel e as funções do Estado, o que cabe à sociedade e o que cabe ao mercado. E esse debate no geral se traduz numa equação "mais mercado e menos Estado", "mais Estado e menos mercado", a depender da escolha feita, mudando o papel da sociedade nessa equação.

Senão vejamos: cabe ao Estado ser provedor, isto é, responsável pelas medidas necessárias que façam com que a sociedade conte com um sistema de saúde que responda às necessidades de saúde de toda a população, regulando a prestação dos serviços públicos e privados de saúde para que a ela seja garantida a sua qualidade, independentemente de quem e para quem eles são produzidos? Ou cabe ao Estado, além de garantir a toda a população o acesso a serviços de saúde com qualidade, produzir esses serviços, e produzi-los de forma exclusiva, ou ofertá-los permitindo também a presença da produção de serviços de saúde pelos subsistemas privado lucrativo e não lucrativo de serviços de saúde? Neste caso, a responsabilidade do Estado reside não só em zelar pela qualidade na prestação desses serviços, como também pelo cumprimento das regras estabelecidas na definição de "quem tem acesso a que tipo de serviços". É nesse ponto, dentre outros, que cabe como função básica do Estado garantir que, independentemente da presença de distintos interesses privados (dos produtores privados de serviços de assistência médica, por exemplo) e da presença de interesses particulares representados pelas diferentes necessidades sentidas pelos diferentes segmentos da população sobre que tipo de serviços de saúde atenderiam melhor suas demandas (hospitais, pronto-socorro, ambulatório, unidades básicas de saúde, por exemplo) atuar (exercer seu papel de regulador, de árbitro) para que os interesses de determinado grupo não prevaleçam sobre os demais de modo que prejudique a lógica maior de atendimento às necessidades de saúde da população em geral, entendido aqui esse conjunto de oferta de serviços de saúde como um bem público.

Assim, da mesma forma que não se pode esperar do mercado que ele supra o papel do Estado, uma vez que este sempre tem, por definição, sua ação voltada para a satisfação do bem público, no sentido da necessidade geral da sociedade, enquanto é da essência do mercado a lógica da satisfação das necessidades privadas dos detentores do capital e/ou dos consumidores individualmente, e que portanto ele seja redistributivo dos bens na sociedade (ao contrário, é no mercado que se geram as diferenças e as desigualdades econômicas e sociais), à sociedade sempre é preservado um papel específico. O primeiro desses papéis, muito em voga na discussão contemporânea, consiste na auto-responsabilização dos indivíduos sobre suas condições de saúde: levar uma vida saudável, se automonitorar na prevenção de determinadas doenças, e até mesmo, nos casos mais radicais das reformas do Estado de vários países, autofinanciar determinados serviços de saúde que consuma, fazendo com isso que os indivíduos e as famílias se responsabi-

lizem, e não mais o Estado como nos modelos acima referidos, pela sua própria saúde.

O segundo deles consiste, também muito presente na discussão contemporânea, em atribuir à sociedade responsabilidades que antes eram do Estado, seja na gestão dos serviços de saúde (contratar para gestão de hospitais públicos estatais, por exemplo, organizações sociais de interesse público (Oscips) ou ONGs (organizações não-governamentais), ambas sem fins lucrativos, e entidades filantrópicas, e/ou fundações públicas, para prestação de serviços de saúde, e demais serviços na área social, introduzindo assim uma lógica no sistema de saúde que não é necessariamente pública, mas tampouco privada no sentido estrito do termo, já que esse tipo de instituições não busca diretamente o lucro.

Mas isso terá suas repercussões, no caso brasileiro, como se verá adiante. Dessa forma, a depender do tamanho, da posição e das funções que cada sociedade em cada momento dado atribui ao Estado, ao mercado e à sociedade, estes terão seus papéis, funções e magnitude de ação articulados com aquela concepção central sobre qual o papel do Estado na área da saúde que aquela sociedade num determinado momento histórico define como sendo a essencial. Daí porque, embora no caso brasileiro ao longo da nossa história se possa verificar uma certa constância na definição desse papel, o perfil de atuação do Estado na saúde mude em distintas conjunturas históricas e políticas ao longo do século XX, e início deste. Isso porque o Estado, como *locus* privilegiado da política, enquanto um conjunto de instituições que organizam as regras do jogo da representação, na esfera política, dos interesses e da capacidade do exercício de poder das distintas forças sociais que compõem a sociedade, nada mais faz do que, nas suas ações, refletir as distintas conjunturas da composição de forças sociais e políticas em cada momento histórico das sociedades, refletindo assim que tipo de pacto de solidariedade social (com maior ou menor grau de solidariedade virtuosa) foram elas capazes de estabelecer. Daí por que se falar de políticas de saúde, e elas terem que ver com três das dimensões básicas da sociedade: o Estado, a sociedade e o mercado.

POLÍTICAS DE SAÚDE: CIDADANIA E JUSTIÇA SOCIAL

Quando a constituição brasileira afirma que "a saúde é um direito de todos e um dever do Estado", ela está exatamente reconhecendo que todo indivíduo brasileiro, independentemente de raça, gênero, situação socioeconômica e credo, tem igual direito com relação a todos

os demais de acesso à satisfação de suas necessidades de saúde, entendida a responsabilidade da provisão desses serviços como exclusivamente do Estado. Isso significa duas coisas basilares: 1) que ao Estado cabe a responsabilidade por providenciar as condições e os recursos necessários que garantam a todo cidadão brasileiro o acesso à satisfação de suas necessidades de saúde; 2) que como o direito à saúde é de todos, todos os indivíduos são reconhecidos e legitimados pela sociedade na sua qualidade de cidadãos, isto é, como portadores de direitos e deveres iguais, independentemente das diferenças e desigualdades sociais que os distingam.

De fato, os Estados nacionais modernos são caracterizados pelo reconhecimento, na área social, dos direitos sociais como direitos de cidadania, e como tais, enquanto direitos universais e equânimes de todos os indivíduos que vivem sob proteção daquele Estado, em que pese o fato de serem, no geral, sociedades desiguais, sobretudo aquelas abaixo da linha do Equador. O que caracteriza portanto a cidadania é seu caráter universal, equitativo, impessoal, e tendo como contrapartida uma série de deveres, que vão desde cumprir os deveres cívicos até prestar obediência às leis maiores que regem a sociedade. Mas aqui há que se fazer um reparo no que diz respeito à sociedade brasileira. Nossa tradição é a de sempre fazer prevalecer, na esfera societária e na relação da sociedade com o Estado, a nossa condição de indivíduos não enquanto cidadãos, mas enquanto pessoas. O que isso significa? Isso se traduz exatamente no oposto da cidadania: enquanto esta é a garantia de todos ao mesmo padrão de tratamento e ao acesso aos mesmos bens sociais básicos, independentemente dos atributos de cada um, portanto a garantia dos indivíduos aos direitos estabelecidos pela sociedade como universais, nosso costume tradicional é sempre que possível fazer prevalecer nossos atributos pessoais — parentesco, amizade, compadrio, poder econômico, ocupação de posição estratégica em determinadas instituições, etc. — sobre os universais para com isso conseguir privilégios no atendimento do que se busca, seja na rapidez do acesso, seja do benefício a ser alcançado. Isso se resume, em suma, na famosa frase de que tanto gostamos e utilizamos em nossa vida cotidiana: "sabe com quem está falando?" Exatamente porque com ela estamos fazendo prevalecer a nossa condição pessoal (sempre que nos favoreça, claro) sobre a nossa condição comum a todos os demais, isto é, a de ser um cidadão com direitos iguais aos demais.

Por outro lado, nas sociedades capitalistas modernas as políticas sociais assumiram uma dupla função: a par regular a relação entre capi-

tal e trabalho, definindo os limites de ação de cada uma dessas categorias sociais fundamentais da sociedade na busca de seus ganhos e de suas conquistas, garantir à população em geral um patamar mínimo de condições de vida e de reprodução social, sempre definido esse patamar segundo convenções sociais contratadas socialmente. Nesse sentido, as políticas sociais surgem como políticas que compensem de certo modo as desigualdades sociais geradas pelo processo de acumulação capitalista, vale dizer, pelo mercado. Daí porque nos países nórdicos a implantação do Estado de Bem-Estar Social ter enfrentado resistência das classes dominantes: de um lado, porque esse sistema de proteção social fortalecia os assalariados, uma vez que nas suas reivindicações junto aos empregadores a garantia dos direitos sociais básicos lhes tornava independentes da sua situação no mercado, possibilitando-lhes reivindicar aumentos do salário direto e não benefícios indiretos, como seguro-saúde, moradia, educação, etc. Mas, de outro lado, para as classes economicamente dominantes esse sistema de proteção social significava a garantia de disponibilidade de um padrão satisfatório de qualificação da força de trabalho para ser empregada no setor produtivo, representando assim condições satisfatórias para a reprodução social das classes assalariadas num patamar necessário para a garantia do processo de acumulação do capital. Ao mesmo tempo, ao assim funcionar, fazia com que o Estado tivesse disponíveis instrumentos ágeis e eficazes de regular os conflitos sociais em limites minimamente tensos, regulando o padrão de comportamento das classes assalariadas.

Quanto a esse aspecto, Boaventura de S. Santos aponta como nas sociedades modernas o paradigma capitalista de regulação social caracterizava-se pela contradição entre os princípios da emancipação (dos direitos da cidadania), apontando assim para a igualdade e a integração social, e o da regulação, apontando exatamente para a desigualdade e a subordinação/dominação. Mas como ele assinala, ambos eram contraditórios entre si, emergindo dessa contradição exatamente a tensão necessária para que a emancipação das classes subalternas e dominadas ocorresse.

É nesse sentido que as políticas sociais, e portanto também as políticas de saúde, estão comprometidas com promover, quando geridas pelo Estado, a justiça social. Isso porque, como já visto, é por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros negociados socialmente, as riquezas da sociedade, sociedade esta composta, nas realidades capitalistas, por grupos, segmentos e classes sociais altamente desiguais entre

si. No entanto, deve-se ressaltar que o parâmetro da justiça social definido por cada sociedade (ou, seu inverso, qual o grau de desigualdade social que se pode suportar conviver, segundo cada sociedade) está em constante processo de redefinição. Redefinição esta que traduz a composição do jogo de forças políticas e sociais em distintas conjunturas econômicas — umas mais, outras menos favoráveis a gastos do Estado na área social —, e envolve sempre a disputa em tomo da origem e do volume dos recursos que serão destinados a financiar a área social, e de em quais tipos de serviços serão feitos aqueles investimentos, e quais os segmentos sociais a serem priorizados.

Mas aqui vale novamente uma observação. Num primeiro momento nos referimos aos recursos alocados na área social como "gasto na área social"; e num segundo como "investimentos na área social". Esta é outra grande polêmica que ocorre nos tempos atuais sobre o lugar e as funções das políticas sociais e da saúde, e tem que ver com o que já se discutiu anteriormente: os papéis e funções do Estado, da sociedade e do mercado. Os mais conservadores, em favor de mais mercado e mais sociedade e menos Estado na provisão e produção da saúde, entendem que os recursos destinados às políticas de saúde que não sejam para a população extremamente pobre e algumas medidas coletivas historicamente inerentes ao Estado se configuram como gastos; já os defensores da responsabilidade do Estado na garantia da provisão dos serviços de saúde que garantam o direito de todos à saúde como um dever do Estado, entendem esses recursos como investimentos na sociedade, e que como tal retornarão quando a população, tendo suas condições de saúde preservadas ou restabelecidas, volta a contribuir para a geração da riqueza social.

Eis aí um elemento a mais para se pensar a questão da promoção da justiça social por meio de políticas sociais, pois ela não é algo que possa se equiparar à justiça das leis, embora esteja nesta calcada. Se de um lado se trata de fazer cumprir as leis (no caso brasileiro, o direito de todos à saúde como um dever do Estado), de outro se trata de se fazer cumprir na sociedade, por meio das ações do Estado, um parâmetro acordado de justiça social, que em última análise se define pelo acordo sobre "quem tem direito a quê, em quais circunstâncias". O que procuramos mostrar aqui é exatamente que o direito a saúde, enquanto um direito dos cidadãos, não se presta a esse tipo de questionamento na sua dimensão mais ampla. No entanto, algo bem distinto é, garantido o direito nos preceitos constitucionais e legais, condição fundamental para que ele seja conquistado de fato, fazer com que toda a população

tenha acesso real aos serviços de saúde, e deles se aproprie de forma equitativa segundo suas necessidades. Mais uma vez, como se verá, não é esta a nossa tradição. Em termos teóricos, a promoção da justiça social por meio das políticas sociais e de saúde geridas pelo Estado implica que todos, como afirma um dos principais estudiosos do tema, van Parijs, conquistem a mesma possibilidade de desenvolverem suas capacidades individuais na sociedade, e dela possam participar, como afirma outro grande estudioso do tema, A. Sen, sem sentir vergonha.

POLÍTICAS DE SAÚDE: A RELAÇÃO PÚBLICO/PRIVADO NO SETOR

Como já visto, há duas grandes vertentes de possibilidades de se concretizar o dever do Estado em prover para a sociedade o direito à saúde: o Estado ser provedor e produtor dos serviços de saúde; ou prover esse direito sem exercer o monopólio da produção desses serviços de saúde, permitindo que instituições do setor privado da saúde participem na oferta de serviços, mas sempre vinculadas à lógica da saúde "como um direito de todos e um dever do Estado". Como se verá é esse *mix* público/privado na produção de serviços de saúde que prevalece no sistema de saúde brasileiro.

E é exatamente como ocorrem essa articulação e essa divisão de trabalho entre os subsistemas público estatal e privado de serviços de saúde que vai compor o perfil do sistema nacional de saúde de cada país. Assim, por exemplo, se num determinado país o sistema público de serviços de saúde está voltado somente para a atenção primária, e o sistema privado de serviços de saúde para a atenção hospitalar, de maior complexidade, a tendência é que o perfil do seu sistema de saúde, composto desses dois subsistemas, segmente a população entre ricos e pobres: estes com acesso somente a um sistema público que lhe oferta serviços básicos de saúde, nas unidades básicas de saúde, e outro privado, voltado predominantemente aos que a ele têm acesso pelo mercado, isto é, por meio de pagamento direto ou por meio de pagamento de seguros e planos de saúde.

Daí a importância de se distinguir entre Estado provedor e Estado produtor de serviços de saúde, pois o Estado provedor de serviços de saúde que acolhe a produção de serviços das instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, na oferta da garantia do acesso a eles para toda a população, necessariamente terá de imprimir à parte do setor privado da saúde que presta serviços para o Estado uma lógica de controle e de

regulação, para que ele cumpra tal tarefa, que difere da lógica privada do mercado, uma vez que tem de responder à lógica da satisfação das necessidades de saúde da população. Por outro lado, como este é um setor privado, que enquanto tal depende da sua lucratividade, não cabe ao Estado coibir que na produção desses serviços vinculados ao "dever do Estado" não haja a rentabilidade da produção. Daí a importância, uma vez mais, de o Estado regular as práticas desse segmento privado da produção de serviços de saúde para que naquela articulação entre o segmento público e o privado este não onere aquele, quer selecionando somente a prestação daqueles serviços lucrativos, pouco onerosos, deixando para o Estado a prestação dos serviços onerosos e que por envolverem muito uso de tecnologia geram prejuízos financeiros, quer para não selecionar a população a ser por eles coberta, desconhecendo aqueles segmentos populacionais mais onerosos por consumirem mais serviços de saúde (os mais idosos, por exemplo) ou determinadas patologias e determinados grupos de risco, pelo mesmo motivo.

Em resumo, há sistemas de saúde em que a produção de serviços de saúde é monopólio único do Estado, e atualmente representado pelo caso de Cuba, que não é uma sociedade capitalista. No mundo capitalista, mesmo sistemas de saúde estatais, como era até recentemente o caso da Inglaterra, vêm sofrendo sucessivos processos de reforma que incorporam de forma crescente a prestação de serviços privados no seu sistema de saúde. E no geral essas reformas trazem consigo não só mudanças na composição público/privado no sistema de oferta e de acesso dos diferentes segmentos da população aos serviços de saúde com distintos níveis de complexidade, como vêm acompanhadas de substanciais mudanças na forma de financiamento desse sistema, sobretudo na repartição entre o que passa a ser financiado pelo orçamento geral da sociedade, portanto com recursos públicos, e o que passa a ser financiado com recursos próprios da sociedade, por meio de pagamento direto (integral ou parcial) dos serviços, e de pagamento compulsório de seguros de saúde (públicos ou privados), dentre outros.

A consequência imediata dessas mudanças é de fundamental importância para a garantia ou não da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, portanto da saúde como um direito de cidadania. Isso porque, como já visto, a saúde como um direito implica que ela seja concebida e implementada pelo Estado mediante políticas específicas e/ou afins tendo como público-alvo toda a população, independentemente de qualquer condição social específica dos diferentes segmentos que a compõem. Se a própria política do Estado, por meio de

suas ações, passa a segmentar a população segundo "quem tem direito a que tipo de assistência, em que condições, e com que participação no financiamento", o que se verifica é que a saúde como um direito de cidadania, e portanto como um direito universal e equânime (relativo à equidade, que é distinta da igualdade, uma vez que contempla as diferenças do padrão de necessidades de cada indivíduo e/ou segmento social visando exatamente a igualdade), vê-se atingida, exatamente porque uns terão mais acesso a mais serviços que outros, seja por meio de prioridades que o Estado define, seja por meio de introdução de determinados mecanismos de financiamento pelo mercado; em poucas palavras, introdução de mecanismos denominados como de co-pagamento (o Estado, e portanto a sociedade, paga uma parte e o usuário individualmente se responsabiliza pelo pagamento do restante). E com isso, o próprio Estado passa então a diferenciar a sociedade, no que diz respeito ao acesso à saúde, segundo a capacidade de compra de serviços de saúde de seus membros, e portanto, segundo sua capacidade de consumo, transformando-se então a saúde num bem de consumo como qualquer outro.

O que vem se verificando nos países latino-americanos são reformas dos seus sistemas de saúde que aprofundam ou introduzem exatamente essa diferenciação dos diferentes segmentos da população no acesso aos serviços de saúde. Diante do processo de globalização da economia, em que as economias nacionais perdem autonomia ante a lógica global de acumulação de capital determinada por grandes conglomerados econômicos transnacionais do capital financeiro, e suas conseqüências em impacto social negativo sobre a capacidade de as economias nacionais incorporarem os indivíduos a setores produtivos ou a fontes regulares de renda para sua sobrevivência (é o que se denomina de inclusão social), e diante das restrições econômicas aos orçamentos dos Estados nacionais, o resultado na área social e da saúde é no geral que prevaleça o lema de que "já que o Estado não pode ofertar tudo para todos, ele deve se encarregar daqueles setores socialmente mais desfavorecidos, ou socialmente vulneráveis". Isso vem significando, nas reformas da saúde na América Latina, a instituição de um sistema de saúde fragmentado, que segmenta a população em dois grandes grupos: os segmentos sem renda ou de baixa renda (miseráveis e pobres) para os quais o Estado provê e produz serviços de saúde básicos (são os denominados pacotes básicos de saúde), e aqueles não pobres ou com algum poder de compra, que têm acesso aos serviços de saúde públicos estatais e/ou privados através de co-pagamentos ou de seguros de saúde.

Com isso, segmenta-se a população, fragmenta-se o sistema de saúde, e se consolidam modelos de assistência à saúde caracterizados por diferentes *mixes* de relação entre os subsistemas público e privado de saúde.

Não é pois pouco complexo classificar os sistemas de saúde de cada país, como sendo "público", "privado", "hospitalocêntrico", "focalizado", "universal", "integral", e por aí vai. Isso porque a diversidade da sociedade contemporânea é ampla, como grande é a complexidade de sua conformação, em níveis de desigualdade social e econômica, de diferenças de gênero, de raça, de distâncias geracionais, etc. Com isso, a própria configuração do perfil saúde/doença que as sociedades contemporâneas apresentam torna-se igualmente complexo, não se expressando mais, como há três ou quatro décadas atrás, como "doenças de rico vs. doenças de pobre", o que muitas vezes acabava em propostas de políticas de saúde preventivas para as áreas pobres da população, de saneamento do meio ambiente dos grandes conglomerados urbanos, sendo a atenção de nível primário a que apresentava maior impacto potencial na queda dos indicadores de doença. Atualmente não basta a expansão da cobertura da atenção primária, se não se contemplam também as demais causas de morbimortalidade que prevalecem na sociedade, e que não permitem mais serem caracterizadas como umas correlatas à pobreza e outras à não-pobreza, embora no geral todas as causas vitimem mais os pobres que os não pobres. No Brasil, por exemplo: enquanto ainda se apresenta uma estreita relação entre condições de vida precárias e maiores taxas de mortalidade infantil, a expansão da cobertura do parto hospitalar contribuiu significativamente para que elas se reduzissem, apesar da continuidade daquelas condições de vida precárias dos segmentos populacionais. Sabe-se que a violência vitima muito mais os jovens pobres que os ricos, por exemplo. No entanto, a mortalidade por causas externas é hoje uma das primeiras causas de mortalidade tanto em grandes como em pequenos centros urbanos. Dito de outra forma, não se pode mais, na atualidade, diante da complexidade da realidade social e, em consequência, da complexidade do perfil de morbimortalidade da população, pensar em políticas e programas de saúde para áreas pobres e outros para áreas ricas, pois esses perfis não diferem tão drasticamente hoje como no passado. Resta então saber, no que diz respeito à saúde, o que fica como responsabilidade do Estado, e o que fica como responsabilidade do mercado e da sociedade. Nessa equação de três elementos, é sua composição (o que estamos aqui chamando de *mix*) que vai definir se naquela sociedade

específica, naqueles países, cabe ao Estado, ao mercado ou à sociedade a maior parte da fatia da oferta e do provimento dos serviços de saúde para a população, e a que segmentos da população cada uma dessas instituições se dirige. É esse perfil desse *mix* na composição público/privado que vai definir se os sistemas de saúde nacionais são essencialmente públicos e universais; se são essencialmente privados com um subsistema público estatal voltado para os pobres; ou se são mistos de forma que componha uma articulação entre os serviços públicos estatais, os serviços privados (com ou sem fins lucrativos), e os serviços prestados pela sociedade (por meio de organizações não-governamentais, por exemplo), e que acabam por contemplar de forma diferenciada e segmentada os distintos grupos sociais.

POLÍTICAS DE SAÚDE: CIDADANIA E FOCALIZAÇÃO vs. UNIVERSALIZAÇÃO

Os países latino-americanos são conhecidos pelo grande contingente de pobres que caracteriza suas sociedades, e alguns dentre eles pela extrema desigualdade social que as marca, com especial destaque para o Brasil. Nessas sociedades, e também na nossa, não só a desigualdade atinge níveis espantosos, que se expressa numa brutal concentração de renda (no nosso caso, os 10% mais ricos se apropriam do equivalente de riqueza apropriada pelos 40% mais pobres), como a pobreza adquire uma característica particular: ela não é mais residual, mas sim uma pobreza em massa, configurando assim um desafio distinto do que vinha acontecendo anteriormente à questão da garantia pelo Estado, na área social, dos direitos de cidadania.

Até há pouco tempo o grande debate sobre as reformas das políticas sociais e dos sistemas de proteção social se dava em torno da questão da universalização vs. focalização da cobertura do Estado na garantia dos serviços sociais. Nesse período o embate ocorria entre duas grandes vertentes de compreensão do fenômeno dos direitos sociais na nova conjuntura marcada pelos ditames da globalização: uma primeira que, ao defender a universalização dos direitos sociais, se filiava à continuidade das duras conquistas desses direitos ao longo da história das sociedades capitalistas modernas, independentemente de estas não se caracterizarem mais como sociedades salariais, fazendo-se necessárias outras formas de contratos sociais que garantissem a solidariedade social. E uma segunda que, ao enfatizar que os Estados não têm condições de prover a todos de forma universal e com equidade os direitos

sociais, sua responsabilidade deve recair somente sobre os absolutamente necessitados e incapazes de por conta própria satisfazer suas necessidades sociais básicas. É esta a polêmica entre focalização e universalização. E ela nada mais é do que a retomada, numa nova versão, da clássica polêmica que prevalecia até duas décadas atrás entre políticas voltadas para os direitos sociais e as voltadas para a assistência social; aquelas respondendo a direitos e estas respondendo, por no geral apresentarem forte traço caritativo, à filantropia mesmo quando se tratava de serviços públicos estatais, e não de entidades filantrópicas.

No entanto, embora essa polêmica ainda persista, muito mais como disputa ideológica do que como fundamento, ela de certa forma deixa de fazer sentido hoje em dia. Isso por pelo menos duas razões básicas: não se trata mais tão-somente de, por meio das políticas sociais, suprir os indivíduos, cidadãos portadores de direitos, da satisfação de suas necessidades básicas, mas sim de promover formas de inclusão social desses indivíduos. Noutros termos, o desafio que qualquer política social hoje enfrenta, e as políticas de saúde inclusive, é de como contribuir para que grandes contingentes de nossa sociedade, excluídos do mercado de trabalho e do acesso a fontes regulares de renda para sua subsistência, sejam incluídos e participem da vida social.

Não se trata mais, portanto, de se pensar políticas residuais para segmentos pobres da população. Primeiro, porque estes segmentos atingem, no caso brasileiro, um terço de nossa gente; segundo, porque neste caso, felizmente, o Brasil anda na contramão da história dos demais países latino-americanos: desde 1988 a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido e reconhecido pela constituição brasileira. Daí porque, sobretudo no nosso caso, não ter sentido raciocinar como alternativas opostas e excludentes a universalização e a focalização. Bem certo que as agências financeiras internacionais multilaterais defendem os preceitos neoliberais clássicos do Estado mínimo tanto na área econômica como — e sobretudo — na área social, devendo este se responsabilizar tão-somente por pacotes básicos de serviços para a população extremamente pobre, cabendo aos restantes segmentos da sociedade co-participação no custeio dos serviços que consomem por meio de co-pagamentos.

Mas se de fato é isso que vem acontecendo nas reformas da área da saúde de muitos dos países latino-americanos — um pacote básico de serviços para os contingentes extremamente pobres da população e seguros populares para os que podem co-financiar o consumo dos serviços de saúde, no Brasil isso não vem ocorrendo, em que pese o fato

de um dos principais programas de saúde hoje em desenvolvimento ser o Programa Saúde da Família, que consiste numa proposta de extensão do acesso da população aos serviços primários de saúde, mas respeitando-se os princípios da universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde.

POLÍTICAS DE SAÚDE: O CASO DO BRASIL

As principais características do sistema de saúde brasileiro de hoje têm raízes ainda no início do século passado, e são fruto de uma política do Estado. Não de um Estado nacional, uma vez que este se constituiu no Brasil somente após os anos 1930, nem de uma política propriamente de saúde, mas da ação de um poder central, exercido pelas oligarquias regionais, que instituiu normas de regulação social da relação entre capital e trabalho, isso numa época em que a sociedade e a economia brasileira estavam passando por profundas mudanças. A origem das atuais características que hoje representam sérios desafios para o cumprimento dos preceitos constitucionais de 1988 no que diz respeito à saúde está na legislação previdenciária, que data de 1923, quando são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões. A partir de 1930 elas se transformam em Institutos, agora não mais organizados por empresas, como era o caso das Caixas, mas por segmentos dos assalariados segundo o setor econômico em que estavam inseridos.

Em ambos os casos, os benefícios a que os trabalhadores tinham direito correspondiam a prestações em dinheiro (aposentadoria e pensão) e a assistência médica; e o acesso a eles era vinculado, até 1930, somente à contribuição compulsória do empregado e do empregador, complementada com uma parte de financiamento do Estado, que para tanto criava novos impostos específicos; e a partir de 1930, acrescenta-se o vínculo com a legislação trabalhista, que significava a inserção do trabalhador no mercado formal de trabalho. A assistência médica, portanto, era uma assistência previdenciária, para os segmentos assalariados urbanos da população brasileira, cabendo ao Estado, na área da saúde, as ações tidas então como clássicas da Saúde Pública, de saneamento (no sentido amplo do termo) do ambiente: vacinação, isolamento dos portadores de doenças contagiosas ou "perigosas" para a sociedade, como por exemplo era a doença mental entendida à época. Quanto aos pobres, a estes cabiam os hospitais filantrópicos, as santas casas, ao passo que às classes dominantes estavam reservados os profissionais médicos formados no exterior, e o acesso a tratamentos no exterior.

São dessa época, portanto, várias das características do sistema de saúde brasileiro com as quais o SUS — Sistema Único de Saúde, institucionalizado na Carta Magna de 1988 — teve e ainda está tendo de se defrontar. Enumeremos algumas delas, as mais complexas:

- um sistema público de saúde dual: um, para os assalariados do mercado formal de trabalho e outro, para os não assalariados; afora o liberal, para aqueles com acesso à assistência médica pelo mercado.

- uma tradição histórica de políticas de saúde, como as demais políticas sociais, altamente centralizadas e verticalizadas, cabendo ao nível central de governo a definição das prioridades e da execução dos serviços de saúde pelos estados e municípios.

- uma tradição histórica de a saúde (entendida como assistência médica) ser um direito vinculado ao mercado de trabalho, e nessa condição à previdência social, não se constituindo, assim, na representação desses sujeitos sociais, como um direito do cidadão, mas sim como um direito do trabalhador assalariado com carteira de trabalho assinada, e que para ter esse direito contribui compulsoriamente para a previdência social.

- um sistema com um setor privado prestador de serviços de saúde que teve suas origens na década de 20 do século passado, e que se constituiu precocemente quando se compara com a história de outros países latino-americanos, como fruto da política previdenciária do Estado. Isso porque a previdência social tinha como regulamento não exceder os gastos com assistência médica para seus filiados além de um certo limite (12% da receita de cada Instituto de Aposentadoria e Pensões); em consequência, para prestar assistência médica aos seus filiados os Institutos compravam serviços do setor privado, já que seus recursos não eram suficientes para construir uma infra-estrutura própria ambulatorial, laboratorial e hospitalar. Os hospitais do sistema de previdência social, que se concentraram no Rio de Janeiro — até a década de 1960 sede do governo central — tornam-se progressivamente insuficientes para dar conta da demanda, sobretudo a partir do momento em que o Brasil se desenvolveu economicamente e se industrializou, e com isso provocou aumento acentuado da massa de assalariados urbanos (e seus dependentes) a ser coberta pela assistência médica previdenciária.

- uma herança, como é de se imaginar, de uma distribuição de equipamentos de saúde — públicos mas sobretudo privados — altamente desigual, concentrando-se nas áreas geográficas que correspondem aos núcleos mais ricos e populosos da sociedade brasileira

- uma herança de um modelo de atenção à saúde comandado pela lógica da assistência médica, vale dizer, um modelo que vem sendo denominado de hospitalocêntrico, com um complexo industrial médico hospitalar altamente sofisticado e lucrativo, invertendo com sua dinâmica de funcionamento a lógica própria de um sistema de saúde integrado, hierarquizado e regionalizado, no qual a porta de entrada do usuário seriam as unidades básicas de saúde.

- uma herança de uma divisão e consequente dualidade entre órgãos governamentais no que diz respeito à definição e implementação de políticas de saúde no País: no âmbito central e no âmbito estadual de poder, um duplo comando na área da saúde — o da previdência social relativo à prestação de serviços de assistência médica, e o do Ministério da Saúde relativo às ações coletivas de saúde pública. Em decorrência, criou-se acentuada desigualdade no que diz respeito à força política, à visibilidade para o público em geral e à força econômica entre a assistência médica previdenciária e a atenção à saúde vinculada ao Ministério da Saúde: enquanto aquela, vinculada inicialmente ao Ministério da Indústria e Comércio, e a partir de 1970 contando com um ministério somente para a previdência e assistência social, era rica em recursos, uma vez que sua origem era contributiva e não do orçamento público, a segunda, vinculada originalmente às ações de saúde de controle e prevenção contava com poucos recursos, sempre advindos do orçamento da União e dos demais entes da federação.

- criam-se então duas grandes clivagens no sistema de saúde brasileiro, e esta constitui outra herança: a primeira delas, oriunda diretamente do sistema previdenciário, que diferenciava as categorias de trabalhadores por sua inserção no mercado de trabalho. Os bancários, por exemplo, por serem uma categoria com salários diferenciados com relação aos demais, a partir de 1933 até a unificação da previdência social em 1967, contavam com uma cobertura de assistência médica sensivelmente superior à das demais categorias de trabalhadores, como os industriários e os marítimos. Já a segunda clivagem diz respeito a mudanças acentuadas na estrutura da demanda e da oferta de serviços de saúde que ocorrem no País a partir da década de 1970, criando-se com isso um sistema de saúde, em particular de assistência médica, composto de dois subsistemas de saúde: um subsistema público e outro privado, diferenciando com isso o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde segundo sua posição no mercado de trabalho e de consumo.

Isso porque a partir da década de 1970 o setor público de serviços de saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, passa a ofertar assistência

médica individual à população previdenciária e não previdenciária, para além dos tradicionais programas que ele já desenvolvia, sobretudo na área materno-infantil. É dessa época que a própria previdência social comprava serviços de assistência médica sob responsabilidade do Ministério da Saúde e/ou dos estados e dos municípios, pagando a produção dos serviços estatais para esse público previdenciário por produção, tal como fazia com o setor privado. Assim, uma das inúmeras distorções que o SUS tem de enfrentar, a partir de 1988, quando começa a ser implantado, consiste em redefinir o modelo de financiamento do governo federal para estados e municípios no interior do próprio sistema público de saúde, para que este não se limite aos moldes de convênio com pagamento por produção.

Isso porque caso persistisse aquela modalidade de pagamento como modalidade exclusiva de remuneração entre serviços públicos estatais de saúde de distintas instâncias de governo, o que aconteceria seria reproduzir o que já vinha acontecendo: reafirmar as desigualdades de acesso da população à assistência médica e à atenção à saúde, uma vez que os repasses maiores se dariam exatamente para aquelas áreas e localidades onde se concentra maior volume de equipamentos de saúde, sejam eles públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos.

• finalmente, mas não menos importante, a herança de um setor privado de produção de assistência médica que se constituiu sob as sombras do Estado, isto é, com uma clientela cativa garantida pela política de previdência social, sem com isso ter de disputá-la entre si, e muito menos com o setor público ou mesmo filantrópico. Mais que isso, que para constituir sua infra-estrutura de equipamentos contou com financiamentos estatais que adotavam parâmetros de juros distantes dos ditados pelo mercado, e promoveu uma "especialização" precoce de suas clientelas para cada modalidade de organização privada. Na fase mais acentuada de privatização da saúde, como de resto da educação também, a partir de meados da década de 1960, enquanto as empresas médicas (conhecidas aqui como medicina de grupo) se voltavam para as empresas da área econômica do setor de ponta (à época a indústria automobilística, por exemplo), as cooperativas médicas (mais conhecidas aqui como Unimeds) se voltavam para o interior do País, nas áreas de maior concentração de riqueza, e atuavam estreitamente vinculadas às santas casas.

Daí porque um dos principais desafios atuais do Estado para enfrentar as distorções próprias do mercado (imperfeito) na área da saúde consistir em regular as regras de funcionamento desse setor de modo

que não só não prejudique o consumidor (porque é um mercado imperfeito) como não prejudique os cidadãos em seu conjunto, tomando medidas que sobrecarreguem os serviços públicos do SUS por restringir a cobertura do segurado privado a determinados procedimentos médicos onerosos e que envolvem alta concentração de uso de tecnologia.

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O PERÍODO RECENTE

Os textos indicados ao final dão conta da trajetória das políticas de saúde no Brasil, e desse período mais recente. Por isso que não fizemos aqui uma reconstituição dessa história, mas ressaltamos exatamente os pontos que nos parecem cruciais para serem observados e debatidos quando analisamos as políticas de saúde. No entanto, à guisa de finalização, não podemos deixar de assinalar as principais características e desafios (segundo nossa perspectiva) da conjuntura atual no que diz respeito às políticas de saúde no País.

Na Constituição da República Federativa do Brasil, na seção II — Da Saúde, o artigo 198 reza que as ações e os serviços públicos de saúde constituem uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, que conforma um sistema único de saúde, organizado segundo três diretrizes básicas: descentralização; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Quanto à descentralização, desde meados da década de 1970 ela vinha sendo timidamente implementada num contexto de um Estado altamente centralizado. É a partir da década de 1980 que ela ganha força, sobretudo a partir de 1988, quando passa a ser respaldada pela lei maior da sociedade. No entanto, a descentralização da saúde tem várias especificidades e enfrenta várias circunstâncias institucionais nem sempre favoráveis a ela: a primeira delas, a tradição brasileira de um Estado nacional altamente centralizado, o que por sua vez se associa à tradição de políticas de saúde altamente centralizadas e verticalizadas, cabendo aos municípios a mera execução das prioridades e ações ditadas pelo nível central, e em segundo lugar pelo nível estadual. Mas a partir de 1988 os municípios são alçados à condição de entes da federação, caso singular na América Latina, e nessa condição integrando a federação brasileira. Por outro lado, os Fundos de Participação Estadual e Municipal, por meio dos quais o governo federal é obrigado a repassar um percentual dos recursos que arrecada para esses entes federados, reforçam a autonomia relativa destes ante o governo central.

Mas apesar disso, como o financiamento da saúde em grande medida ainda é de responsabilidade do governo federal, é ele que acaba determinando os parâmetros pelos quais a descentralização da saúde acaba se dando, com a definição das atribuições dos estados e municípios e seu grau de autonomia para ditar suas respectivas políticas de saúde.

Quanto à integralidade, hierarquização e regionalização do sistema de saúde, a regionalização acaba se defrontando com duas questões: o caráter de nossa federação e das formas de financiamento da saúde, que tornam os municípios e os estados competitivos entre si na arrecadação de recursos; e a distribuição altamente desigual dos equipamentos de saúde, mais acentuadamente ainda no que diz respeito aos equipamentos de maior complexidade tecnológica. Assim sendo, uma das principais características das políticas de saúde desse período mais recente (a partir de meados da década passada), e que consiste na expansão da atenção primária à saúde promovida por meio da estratégia do Programa Saúde da Família, não consegue lograr que essa expressiva expansão da cobertura da população nesse nível de atenção venha acompanhada da suficiente retaguarda de cobertura dos outros níveis de atenção (secundário e terciário), uma vez que os investimentos em saúde nesses tipos de equipamento vêm sendo muito tímidos, quase nulos.

No entanto não é de se menosprezar a implantação da estratégia Programa Saúde da Família no que diz respeito a mudanças, se não tanto no modelo de atenção à saúde, pois dados a infra-estrutura de equipamentos existente e os interesses envolvidos e já cristalizados no que diz respeito à indústria médico-hospitalar e aos operadores e provedores do subsistema privado de serviços de saúde ela não se modificará de um dia para outro, mas sim no perfil da lógica de financiamento do setor. Isso porque no caso do PSF o governo federal repassa recursos para estados e municípios a partir de um duplo cálculo: um fixo e um móvel, baseado na cobertura da população. Com isso, o Estado, por meio do mecanismo de financiamento da atenção básica, se utiliza desse instrumento para redistribuir de fato os recursos segundo necessidades de saúde da população, e não segundo produção de serviços de atendimento à população (pagamento por produção). Talvez aí resida uma das maiores relevâncias do PSF.

No que diz respeito à participação da comunidade, ou o denominado controle social, ela vem se dando de forma cada vez mais consolidada nos espaços institucionais previstos em lei, e que são os Conselhos de Saúde, existentes nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

Eles têm caráter deliberativo, isto é, por lei deveriam ditar e determinar as prioridades e as políticas de saúde nas suas respectivas esferas de atuação, e têm representação paritária do Estado e da sociedade civil. No entanto, estudos sobre a dinâmica de funcionamento desses Conselhos de Saúde demonstram que sua efetividade e sua eficácia quanto à sociedade ao exercer a representação de seus interesses e que essa representação diga respeito a conjuntos de interesses mais gerais de grupos e/ou segmentos sociais mais amplos são muito diferenciadas, impedindo que se afirme categoricamente que a existência de per se desses colegiados de fato garanta maior democratização das políticas de saúde. Sem dúvida eles constituem um instrumento valiosíssimo para o exercício da negociação entre Estado e sociedade civil no que diz respeito às diretrizes implementadas pelas políticas de saúde, mas necessariamente não se constituem em espaços efetivos de negociação de diferentes interesses em jogo.

Finalmente, dos fatos e análises aqui arrolados merecem destaque duas observações. A primeira delas, de que não se pode pensar, quando se trata de políticas setoriais, a de saúde no nosso caso específico, em dicotomias e antinomias, uma coisa *vs.* a outra, e muito menos em relações causais únicas e unilaterais. As políticas de saúde, quer na sua formulação, quer na sua implementação, se configuram como processos complexos de jogos de interesses múltiplos existentes na sociedade, de confronto de representações sobre o que vêm a ser as necessidades e as demandas de saúde da população, ou dos seus distintos segmentos socioeconômicos, e particularmente do que vem a ser a qualidade de vida compatível com a manutenção das condições de saúde da população. Nesse processo interagem redes de interesses, de demandas, de representações e de valores permanentemente em disputa, tendo por base sólidos interesses econômicos já configurados ao longo do tempo, quer no interior do próprio setor da saúde, quer no que diz respeito às necessidades de investimento em determinadas áreas sociais tidas como prioritárias em determinados momentos para se levar avante determinados projetos econômicos da sociedade, quer a velha e já conhecida dicotomia que nossa história tanto afirma (falsamente) entre investimento econômico, como aquele produtivo e prioritário, e investimento social, entendido no geral como gasto improdutivo, embora todos falem em saúde e educação como dois setores-chave para o desenvolvimento do País.

A segunda observação é que a realidade atual não permite mais que se pense, tal como a agenda neoliberal pautou o debate, as políti-

cas sociais como divididas de forma estanque entre políticas e programas para pobres e outros para ricos. O mercado da saúde e as políticas de saúde fragmentam e segmentam o sistema de saúde e a população no tocante ao acesso aos serviços de saúde; no entanto, os subsistemas público e privado de serviços de saúde apresentam uma articulação entre eles de tal forma que dividem tarefas e clientela, tornando altamente complexa a relação mútua que estabelecem na garantia da lucratividade dos serviços privados de saúde. No entanto, em sociedades como a brasileira, com um dos mais altos índices de desigualdade social do planeta, o que passa efetivamente a importar é como implantar políticas sociais e de saúde que, ao priorizarem os segmentos socialmente mais vulneráveis num primeiro momento, o façam com a lógica da universalização, da integralidade e da equidade na atenção à saúde. Mas esse não é um processo que se dê como num passe de mágica, nem depende tão-somente da vontade política dos governantes de plantão, mas depende sobretudo de uma sociedade que participe de forma cidadã e responsável para que os direitos sociais se constituam como uma realidade marcada por maior justiça social. Mas atenção: não se trata de substituir o Estado pela sociedade, ou pelo mercado. Ao contrário, como se viu, é o Estado a única instância da sociedade que detém os instrumentos legítimos e competentes para redistribuir de forma efetiva as riquezas socialmente produzidas, dentre elas "a atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Negri, B. & A. L. D'Á. Viana (org.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio — O passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.* São Paulo: Sobravime-Cealag, 2002.

Trata-se de uma coletânea de textos que reúne quarenta autores, especialistas e profissionais da área da saúde, que compõe a trajetória do Sistema Único de Saúde no Brasil do início da década de 1990 ao início da atual. Os 27 textos, organizados em sete sessões, abarcam uma gama diversificada dos temas da saúde que desafiam e nutrem o debate atual, abrangendo desde programas específicos até temas como financiamento, descentralização, a relação público-privado na saúde, saúde da família, dentre tantos outros. Os textos primam pela objetividade e pela leitura acessível. Com relação ao tema políticas de saúde, embora ele perpassasse todos os textos, recomenda-se especial atenção aos que compõem as sessões 4, 5 e 6.

Negri, R. & G. Di Giovanni (org.). *Brasil — radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp, 2001.

Trata-se de coletânea de textos que versam sobre as políticas de saúde com ênfase na dimensão econômica, sobretudo no que diz respeito ao financiamento e à gestão. Relativos ao tema das políticas de saúde, recomenda-se em particular os capítulos das partes 3 e 4.

Gerschman, S. & M. L. W. Vianna (org.). *A miragem da pós-modernidade — democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

Um livro que embora anterior aos demais contribui com seus textos para que se incorpore à explicação sobre as políticas de saúde no Brasil as dimensões da esfera propriamente política da sociedade, bem como discussões mais abrangentes sobre modelos de proteção social, a relação entre políticas sociais e políticas de saúde, e entre políticas sociais e políticas econômicas. São textos com um grau de complexidade um pouco maior do que os que compõem as coletâneas anteriores, mas de compreensão acessível.

Cohn, A. & P. E. Elias. *Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços*. 6.^a ed. São Paulo: Cortez-Cedec, 2005.

Trata-se de um livro pequeno, composto de dois capítulos, cada um de autoria de um autor, escritos de forma bastante didática e resumida. O primeiro capítulo versa sobre as políticas de saúde, sua articulação com a política de previdência social, reconstruindo os grandes marcos que redundaram nas principais características atuais do sistema de saúde brasileiro. O segundo capítulo aprofunda e descreve de forma precisa a dinâmica e os mecanismos do sistema de saúde brasileiro atual. Texto de caráter didático, trazendo informações úteis para cursos de graduação e pós-graduação lato sensu na área da saúde.

Viana, A.L. D'Á.; P. E. Elias & N. Ibañez (org.) *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Ilucitec, 2005.

Um livro composto por capítulos redigidos por diferentes autores, e que traz discussões e análises sobre a proteção social e as políticas setoriais pontuando os principais desafios que elas enfrentam na atualidade. São textos no geral de média complexidade de compreensão, mas perfeitamente acessíveis a estudantes de pós-graduação, sem no entanto com isso deixar de ser um precioso instrumento para estudiosos especialistas na área social.

**SOBRE A ECONOMIA DA SAÚDE:
CAMPOS DE AVANÇO E SUA CONTRIBUIÇÃO
PARA A GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

**Áquilas Mendes
Rosa Maria Marques**

INICIALMENTE, nossa intenção foi escrever sobre o campo da economia da saúde no Brasil. Mas é difícil apresentar reflexões sobre esse campo que apresenta uma trajetória bastante recente no País. Sua institucionalização se confunde com a própria história de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo dos últimos dezoito anos, após a vigência da Constituição cidadã de 1988. A abordagem aqui discutida oferece o propósito de adiantar algumas sistematizações do desenvolvimento da economia da saúde no Brasil, com destaque ao tema que foi mais recorrente na agenda de problemas do sistema de saúde e mais presente no "dia-a-dia" da gestão das ações e serviços públicos nos municípios: o problemático financiamento do sistema.

Com efeito, muitos outros temas dos fundamentos da economia da saúde são importantes para o conhecimento do gestor de saúde e dos alunos de graduação e pós-graduação das profissões de saúde. Por outra parte, o caráter histórico-prático desse texto não propicia o exame de temas mais específicos que, até o momento, não fizeram parte do cotidiano dos gestores e do conhecimento específico dos alunos de graduação e pós-graduação das profissões de saúde.

Este texto tem como objetivo apresentar o desenvolvimento do campo da Economia da Saúde no Brasil, visando contribuir para a identificação das suas áreas de atuação, bem como especificar, no âmbito macroeconômico, os aspectos relacionados ao problemático percurso trilhado pelo financiamento do SUS. O texto está estruturado em quatro partes. A primeira parte apresenta a trajetória da economia da saúde no País, destacando as bases da economia da saúde como uma disciplina que relaciona a economia, os serviços e ações de saúde e o papel do setor público. Em seguida, são apresentadas a evolução e perspectivas dos temas em economia da saúde no Brasil na década de 1990. A

segunda parte é dedicada à descrição do processo de institucionalização do campo da economia da saúde, e a terceira parte aborda o estado da arte nos anos 2000, identificando os temas e subtemas possíveis para integrarem uma agenda dos gestores do SUS nesse campo. A quarta parte trata, de forma específica, do financiamento do sistema — tema da economia da saúde que esteve mais presente na agenda do gestor do SUS nos de sua implementação.

DO DESENVOLVIMENTO DA ECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL¹

No Brasil, a parceria entre a Economia e a Saúde Pública tem início com o esforço realizado pela equipe do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em desenvolver uma metodologia para a apuração do gasto social federal, ao final dos anos 1980. Entre as discussões conceituais que embasaram essa metodologia, destaca-se a da abrangência do que é ação e serviço de saúde, entre outras. Outra contribuição que constitui um marco na construção da Economia da Saúde é o trabalho de Vianna et al. (1990), que avalia a aplicabilidade dos critérios do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde, suas implicações na equidade e prevê possíveis alterações no fluxo dos recursos descentralizados.

Em junho de 1989, foi realizado, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o I Seminário sobre Economia e Financiamento da Saúde. Naquele momento, formulou-se a proposta de formação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a qual foi criada cinco meses depois, quando da realização, em Brasília, do I *Workshop* Internacional sobre o campo da Economia da Saúde.

Em 1992, por ocasião do II *Workshop* sobre Economia da Saúde, realizado em São Paulo, viabiliza-se a edição de um livro luso-brasileiro sobre economia da saúde — publicado em 1995 pelo Ipea e organizado por Piola & Vianna (1995) —, cujo objetivo era servir para iniciar profissionais de saúde, economistas e administradores nos principais temas da economia da saúde. Este livro, organizado em onze capítulos, acabou norteando o debate e as discussões sobre o campo de economia da saúde na década de 1990. Os principais temas abordados nesse livro dizem respeito a: conceitos, fundamentos e relações entre a eco-

¹ Esta parte do texto apóia-se no trabalho elaborado, pelos autores, para o Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde em 2004.

nomia e a saúde; aspectos macroeconômicos divididos em: i) modelos e formas de financiamento, relacionando os gastos setoriais e níveis de saúde, ii) incentivos que afetam o comportamento dos agentes profissionais de saúde e usuários; iii) tendências contemporâneas do financiamento e da gestão dos serviços de saúde; temas sobre normativismo e incentivos na administração dos países centrais referentes aos sistemas prestadores de cuidados de saúde; conceitos da demanda global e da demanda em saúde, explicitando os conflitos entre demanda e necessidade em saúde; conceitos de equidade e características de indicadores demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos no campo da saúde em geral e no contexto português; aspectos microeconômicos da saúde, baseados em: i) instrumentos de avaliação econômica — custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade; ii) concepções sobre custos, com destaque ao custo-oportunidade, custo médio marginal e as diferenças entre custo econômico e contábil.

Ao mesmo tempo, a crescente restrição de recursos (provocada pela crise econômica dos anos 1980 e 1990) e o desafio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) determinaram a crescente importância da discussão sobre como incorporar, de maneira mais eficiente e equitativa, parcelas da população ao sistema, que no passado não tinham acesso regular. A realidade, portanto, exigia que o instrumental da economia começasse a ser cada vez mais considerado na área da saúde pública.

As bases da economia da saúde²

Embora necessária, a relação entre a economia e a saúde é difícil e não desprovida de tensões. Os motivos estão ancorados na visão que cada uma dessas áreas do conhecimento têm sobre o campo da assistência à saúde. Para os profissionais da saúde, a saúde não tem preço, o que justifica o esforço para conseguir auxiliar seres humanos a ultrapassar dificuldades e inconvenientes da vida, sendo impossível sua tradução em números. Para a economia,³ o conceito de custo-benefício é central, isto é, que seja perseguido o menor esforço (custo) para o melhor

² Esta seção apóia-se, em parte, no trabalho de del Nero (1995).

³ Para uma abordagem crítica da Economia, ou seja, uma visão que procura desmitificar o seu caráter técnico que vários lhe pretendem atribuir, e para entendê-la como um conjunto de regras e possibilidades, transformadas no tempo e no espaço, e que podem e são administradas pela política, ver Cano (1998). Ainda, nessa perspectiva, ver Lessa & Castro (1999).

resultado possível obtido. Essas diferenças de olhar e principalidade expressam, no limite, interesses de grupos diversos.

A Economia da Saúde — aplicação de instrumentos econômicos a questões estratégicas e operacionais do setor saúde — se estrutura como disciplina à parte já na década de 1970 nos países centrais. No Brasil, isso irá ocorrer somente nos anos 1990. Apesar da defasagem de duas décadas, a mesma disciplina que marcou o currículo da Economia da Saúde nos países centrais conformou o conteúdo e a preocupação no Brasil, a saber, o planejamento. É mediante o planejamento que se espera alcançar melhor alocação e distribuição de recursos, utilizando como ferramentas os diagnósticos epidemiológicos e os das necessidades de saúde. Paralelamente, considera-se que o planejamento deva agregar as ações de promoção e prevenção com as ações individuais provenientes da rede básica de atenção; e que resulte na regionalização e na hierarquização dos serviços com complexidade tecnológica. Foi mediante a disciplina de "planejamento" que os instrumentos analíticos próprios da economia fizeram parte dos temas e cursos sobre planejamento e administração de serviços de saúde nos países desenvolvidos e no Brasil.

Inicialmente, a pesquisa realizada procurou analisar as condições de vida das populações e suas consequências sobre a saúde, relacionando fatores socioeconômicos e indicadores de saúde. Nessa mesma linha, outros estudos tiveram como objeto o desenvolvimento econômico e o nível de saúde da população. Neste caso, a saúde era vista como requisito essencial ao desenvolvimento econômico. De forma mais aplicada, outros trabalhos mostraram: a distribuição geográfica dos recursos relativos à saúde; análises comparativas entre sistemas de saúde nacionais; análises sobre efeitos de programas de intervenção na população; estudos sobre financiamento e gastos globais com saúde; análises econômica de bens e serviços, incluindo o estudo sobre viabilidade econômica-financeira de novas tecnologias no setor saúde.

Em um primeiro momento, ainda, a análise das relações entre saúde e desenvolvimento utilizava-se especialmente de instrumental estatístico, o que foi posteriormente considerado limitado. Dessa forma, os estudos que lhe dão seqüência consideram a saúde como parte do processo de desenvolvimento. Nessa perspectiva, a participação do Estado assume principalidade na explicação sobre a evolução dos níveis de saúde, sendo sua presença ou omissão parte integrante da situação social de um país. Numa situação de crise fiscal e financeira do Estado na periferia do capitalismo ficam mais evidentes os problemas de acesso ao sistema, de custos e de eficácia dos serviços de saúde.

Dentre as diversas áreas de interesse da economia da saúde no âmbito do papel do Estado, destacam-se principalmente três: a função distributiva dos sistemas de saúde; a institucionalização do direito à saúde; e a provisão de serviços de saúde pelo setor público ou pelo setor privado.

No tocante à primeira função, ela está relacionada à necessidade de o Estado promover ajustamentos na distribuição de renda. Além da redistribuição de renda entre os indivíduos ativos, o Estado tem importante papel redistributivo na manutenção de grupos de indivíduos que, principalmente por motivos de idade, não integram a população economicamente ativa.

O Estado utiliza a política tributária e a política de gastos governamentais para enfrentar problemas de distribuição de renda. No que se refere à política tributária, o Estado tem como responsabilidade introduzir maior progressividade nos tributos, fazendo com que a carga tributária incida mais sobre os indivíduos que detêm a maior parcela da renda. No tocante à política de gastos, o Estado deve assegurar a ampliação das despesas de transferências, de forma que beneficie, direta ou indiretamente (serviços gratuitos de saúde, educação) as classes de baixa renda. Nesse sentido, os sistemas de saúde correspondem a bens meritórios que satisfazem o princípio da exclusão. Dito de outra maneira, a intervenção do Estado tem como objetivo produzir serviços e ações de saúde em quantidades superiores às que seriam normalmente produzidas pelo setor privado.

Em relação à função distributiva dos sistemas de saúde, os trabalhos mais frequentes tratam das desigualdades existentes nos serviços de saúde, com destaque ao papel da equidade. A equidade em saúde é geralmente analisada com base no acesso aos serviços (por classes sociais, por faixa etária ou grupo sociocultural), na distribuição geográfica da oferta; no grau de utilização dos serviços; no uso dos serviços; e nos resultados terapêuticos obtidos.

No tocante à institucionalização do direito à saúde, muitos países apresentam a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado em suas constituições, tal como o Brasil. Tendo em vista a crise econômica e a limitação dos orçamentos, o debate tem se concentrado na definição das prioridades da aplicação de recursos. São questionados, por exemplo, quais seriam os benefícios de um determinado programa de saúde que teve alocada grande parte da dotação orçamentária de um determinado órgão. Alguns outros estudos indagam, ainda, sobre qual o critério de justiça é utilizado quando um programa de assistên-

cia primária à saúde, que atinge a maioria da população carente, recebe maior volume de recursos em relação aos demais níveis de atenção à saúde. É freqüente a indagação sobre a possibilidade de que alguns têm mais direito à saúde que outros. Para atenuar essa questão, pode-se dizer que a aplicação de instrumentos econômicos permite determinar preço à vida e construir uma escala de valores monetários para diferentes estados de saúde. Contudo, não se pode esquecer que em sistemas de proteção social, inspirados sob o princípio da universalidade, tal como o brasileiro, os instrumentos econômicos devem garantir que o objetivo maior seja alcançado: a saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado.

A terceira função da Economia da Saúde no âmbito do Estado refere-se à forma de provisão dos serviços de saúde, seja pelo setor público, seja pela iniciativa privada. Para que se enfrente essa questão, muitas vezes ignora-se a maneira como essa provisão de serviços deve ser financiada. Há duas vertentes conflitantes sobre essas temáticas. A primeira defende a provisão de serviços pelo Estado com complemento do privado filantrópico e lucrativo, por meio do desenvolvimento de um sistema de saúde nacional; a segunda insiste na livre competição entre prestadores e fornecedores de bens e serviços de saúde, atribuindo às forças de mercado o poder de controlar as relações entre os agentes envolvidos. Como resultado dessas discussões, emergem distintos arranjos de recursos públicos e privados, que podem ser testados e implementados.

Segundo Campos (1989), essas duas diferentes visões levam a que se estructurem distintos modelos de gestão da política de saúde. Para esse autor, pode-se mencionar dois tipos básicos de modalidades de gestão dos sistemas de saúde no contexto brasileiro: a gestão segundo os interesses coletivos, relacionada à vertente da provisão dos serviços pelo Estado em complemento com o setor privado; e a gestão segundo as regras de mercado, relacionada à livre competição entre prestadores e fornecedores de bens e serviços de saúde. Ambas apresentam conteúdos diferenciados, principalmente quanto aos perfis dos gestores, aos critérios e mecanismos para alocação dos postos-chave, aos instrumentos técnicos para o planejamento e para a programação de unidades de saúde, etc. (Campos, 1989).

No que se refere à gestão segundo os interesses coletivos, sua prática administrativa se confunde com a organização da produção de serviços de saúde voltada para as necessidades sanitárias de uma coletividade. Essa modalidade de gestão prioriza a realização de diagnósticos

coletivos de saúde e adota uma postura de parceria constante entre o saber técnico e os interesses sociais e a consciência sanitária dos cidadãos. Nesse sentido, o critério de avaliação para o desempenho da gestão se constitui da noção de eficácia, entendendo-a como capacidade dos serviços de resolverem problemas de saúde. A produção de todas as atividades médico-sanitárias deveria ser planejada com base nesse conceito de eficácia. Como relata Campos, isto significa incluir atividades tais como: a alocação de recursos; a incorporação de tecnologias, o desenvolvimento de recursos humanos, a definição de listas básicas de medicamentos ou de materiais de consumo, enfim toda produção de atividades médico-sanitárias (Campos, op. cit.).

No que diz respeito à gestão segundo as regras de mercado, os princípios que a norteiam apoiam-se na visão da administração empresarial. Os meios de produção de serviços de saúde são organizados mediante os critérios da demanda por consumo de ações médicas, de acordo com a lógica da racionalidade econômica, inspirada pela idéia da eficiência (custo-benefício).

No Brasil, esse modelo de gestão dos serviços de saúde esteve muito presente desde os anos 1930 até o advento do que se convencionou denominar de reforma sanitária dos anos 1980, culminando com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período, o que se verificou foi a intervenção crescente do Estado — baseada no modo de produção de serviços médicos, apoiado no mercado — por meio de financiamento para instalação de hospitais, a aquisição de equipamentos e, principalmente, o custeio da própria atenção médico-hospitalar por meio da compra de serviços ao setor privado (Campos, op. cit.).

Nessa perspectiva, alguns temas comuns à economia da saúde, tais como o financiamento dos serviços, a segmentação do mercado, a demanda existente e o impacto de novos investimentos e mecanismos de regulamentação do mercado da saúde agregam os aspectos fundamentais à orientação do modelo de gestão e decisões no setor saúde. Até o momento não existe comprovação de que a promoção do setor privado de saúde provoque um ganho de eficiência em qualquer nível do sistema de saúde. Tudo indica que o maior impacto no desempenho da saúde viria de alterações estruturais, envolvendo a organização e os processos produtivos do setor.

Por todos esses motivos, cabe ressaltar o importante papel da economia para o estudo da dinâmica do mercado de serviços de saúde. De forma sintética, esse campo denominado Economia da Saúde busca

entender o significado das necessidades de serviços de saúde e as relações entre oferta e demanda. É reconhecida, também, a percepção dos processos patológicos de acordo com o comportamento dos grupos sociais em cada contexto. Nesse campo, cabe também a análise do papel dos agentes que influenciam e exercem os interesses comerciais — fabricantes de medicamentos ou equipamentos, bem como das diferentes atuações dos planos e seguros-saúde e do papel dos médicos e diversos tipos de prestadores na decisão de consumo de serviços pelos pacientes.

Del Nero (1995) define uma abordagem ampla para a economia da saúde como sendo:

o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados (del Nero, 1995, p. 19).

De forma mais específica, esse autor agrega à economia da saúde o modo de pensar que se relaciona com a consciência da escassez e, nesse sentido, procura enfatizar a necessidade da promoção de escolhas e a necessidade de elas serem precedidas por avaliações de custos e das consequências das alternativas possíveis, visando à melhora da repartição final de recursos (Campos, 1985 apud del Nero, 1995). Deste corpo de conceitos econômicos mais amplos, a Economia da Saúde passa a explorar tópicos relevantes para seu campo de aplicação. É claro que no País, esses temas vão sendo incorporados a agenda dos projetos de pesquisa e passam a fazer parte da linha de preocupação dos gestores do SUS e dos alunos de graduação e pós-graduação das profissões de saúde.

Evolução e perspectivas dos temas em economia da saúde no Brasil

Desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, a insuficiência de recursos, bem como a ineficiência e a ineficácia de sua utilização, têm estado em debate, constantemente. Contudo, é evidente que a primeira restrição, ou seja, a fragilidade do financiamento, assume principalidade, pois condiciona, muitas vezes, a eficiência esperada do sistema.

Para melhor dimensionar a importância do financiamento como principal área de interesse para o conjunto dos temas em economia da saúde nos anos 1990, destacamos o trabalho de Vianna (1998) que realiza um inventário de estudos e pesquisas sobre aspectos econômicos do setor saúde pesquisados entre 1986 e 1995. Este inventário compreende um período de dez anos, e o ano-base coincide com os trabalhos preparatórios à Constituição de 1988, nos quais a questão saúde teve tratamento privilegiado em relação às constituições anteriores. Vale dizer que o período do estudo abrange desde os antecedentes à criação do SUS (1986) até os primeiros anos de sua implementação (1995). Vianna identifica a produção intelectual no campo de economia da saúde nas seguintes áreas temáticas: economia e financiamento da saúde; custos; estudos de oferta e demanda; avaliação econômica; gestão; modelo assistencial; descentralização; produtividade, eficiência e qualidade; e, reforma setorial.

Segundo o estudo de Vianna (1998), os 185 estudos selecionados em economia da saúde no Brasil, a despeito de algumas oscilações nesses dez anos, apresentam tendência de crescimento, passando de oito trabalhos em 1986 para 28 em 1995. É certo que tal comportamento pode ser explicado pelo agravamento do financiamento do SUS, cuja temática é frequentemente abordada nas publicações técnicas e no cotidiano da mídia. Dessa forma, é possível entender por que o tema se destaca no campo de interesse da maioria dos estudos em economia da saúde.

Para além da questão da escassez dos recursos, os temas sobre a eficiência técnica e alocativa do sistema e a forma como funciona o financiamento da União, particularmente no tocante à distribuição dos recursos entre os diferentes níveis de governo, também passaram a compor a agenda de debate no campo de estudo dos *economistas* da saúde. Mais recentemente, mas com menor destaque no inventário, nota-se a presença da eficiência alocativa e do princípio constitucional da integralidade e universalidade da assistência, que começa a receber questionamentos quanto a sua viabilidade.

De maneira geral, o tema *financiamento* tem sido a área mais presente dentre as pesquisas em economia da saúde, isto é, correspondendo a 37,3% dos trabalhos relacionados no inventário. Em segundo e terceiro lugar, verifica-se a posição ocupada por *custos* (20,3%) e *avaliação econômica* (12,9%). Observa-se que o tema abrangente "outros" que reúne as áreas de oferta/demanda, equidade, regulação e setor privado, etc. correspondeu a somente 15% dos temas publicados no campo de economia da saúde (Vianna, 1998).

Interessante notar, conforme destaca Vianna, que a *medicina privada* — ainda que corresponda a 70% do atendimento hospitalar provido pelo SUS —, aparece no inventário somente em sete estudos, o que equivale a 3,9% do total. Pior desempenho relaciona-se ao tema da *regulação* — um único trabalho. É fato que o governo federal só passou a regulamentar os planos de saúde após essas modalidades de pré-pagamento atingirem uma cobertura de 25% da população, passando a ocupar uma presença marcante no rol de reclamações das agências de proteção ao consumidor. A repercussão das medidas regulatórias, criadas após a Lei 9 656 de 1997, confere ao tema da assistência suplementar prioridade na agenda governamental.

O estudo de Vianna, ao desdobrar os subtemas dos trabalhos sobre financiamento, aponta uma concentração em: *gastos, fontes e descentralização*. O primeiro subtema refere-se primordialmente ao âmbito federal, particularmente à evolução e à distribuição programática. Durante o período do inventário, quase nada foi registrado em relação à distribuição regional e à equidade da despesa. Também muito pouco foi estudado sobre os dispêndios dos governos estaduais e municipais e sobre as despesas pessoais ou familiares com saúde, conhecidas na literatura como *out of pocket*.

No tocante ao segundo subtema — *fontes* — são analisadas a regressividade das fontes atuais e o tratamento concedido à previdência no interior da Seguridade Social pelo governo federal, acirrando a competição entre esse ramo e o da saúde pelos recursos de contribuições sociais. Para lidar com esse problema, alguns estudos consideram a vinculação de recursos ao SUS por meio de: *a)* fixação de um percentual permanente da receita de impostos e contribuições sociais; *b)* criação de fontes exclusivas, como a CPMF; e *c)* definição de alíquotas específicas que incidam sobre as fontes já existentes.

A partir de 1995, quando encerra o período abordado por Vianna (1998), muitos temas que não haviam despertado o interesse dos estudiosos da Economia da Saúde passam a compor a agenda de pesquisa.⁴ Para se ter uma idéia, segundo os *Anais do V Encontro Nacional de Economia da Saúde da Abres*, realizado em 1999, em Salvador, os trabalhos apresentados abrangiam temáticas até então pouco tocadas. São elas: *i) equidade e saúde* — estudos sobre a dinâmica intermunicipal de

⁴ O que não quer dizer que os temas estudados até então perderam espaço no campo da Economia da Saúde. O tema *financiamento*, por exemplo, continuou a predominar sobre as demais matérias. Isso porque o financiamento (insuficiente) continua a ser um dos principais problemas do SUS.

oferta e demanda de serviços e sobre mensuração de desigualdades na área da saúde; ii) *saúde supletiva — mercado de regulação* — análises do mercado de planos e seguros-saúde no Brasil e do gasto das famílias com planos de saúde; iii) *descentralização, financiamento e gestão do SUS* — estudos sobre a descentralização e gestão da política de saúde em âmbito dos municípios e sobre o financiamento descentralizado;⁵ critérios de apropriação do gasto estadual e municipal com saúde nos estados de São Paulo e Minas Gerais.

Nos encontros da Abres dos anos 2000,⁶ os trabalhos apresentados seguiram as mesmas temáticas abordadas em 1999. Nota-se, porém, que a quantidade de trabalhos em cada tema amplia-se de forma significativa, com destaque aos estudos direcionados à gestão, financiamento, alocação e equidade dos recursos.

Por sua vez, merece destaque o mapeamento da produção científica (2.617 trabalhos) no campo da economia da saúde realizado por Andrade et al. (2004), para os anos de 1999 a julho de 2004. Esses autores confirmam a predominância de trabalhos (48%) que tratam da gestão, financiamento, alocação e equidade, com destaque para a temática das políticas públicas e gestão em saúde (39%). Segundo Andrade et al., esses resultados assemelham-se aos verificados por Vianna (1998) e por um outro levantamento realizado por Saes (2000). Ambos os estudos atribuem o maior interesse dos pesquisadores no campo da economia da saúde às pesquisas sobre forma de financiamento do setor saúde e a alocação de recursos. De forma geral, a justificativa para tal prioridade apóia-se no mesmo argumento já mencionado, isto é, as dificuldades vividas pelo SUS no campo do financiamento e da alocação equitativa nos anos 1990.

⁵ À medida que a municipalização do SUS foi implementada, o gasto dos governos municipais tendeu a crescer por pressão da maior vulnerabilidade desse nível de governo à pressão dos usuários. Dessa forma, a temática do gasto municipal passou a ser alvo dos trabalhos de *economistas* da saúde.

⁶ Para o conhecimento dos trabalhos apresentados nos Encontros da Abres nos anos 2000, ver <www.abres.cict.fiocruz.br>. Ao longo de sua existência, a Abres realizou nove eventos de apresentação e discussão de trabalhos no campo da Economia da Saúde. São eles: I Encontro — Rio de Janeiro (1989); II Encontro — São Paulo (1992); III Encontro — Brasília (1994); IV Encontro — Fortaleza (1996); V Encontro — Salvador (1999); VI Encontro — Nova Friburgo (2002); I Jornada — São Leopoldo (2003); I Congresso Latino-Americano e VII Encontro — Rio de Janeiro (2004); e II Jornada — Belo Horizonte (2005).

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CAMPO DA ECONOMIA DA SAÚDE

Na década de 1990, o SUS enfrentou sérios problemas de financiamento. No bojo de sua crise de financiamento, o Conselho Nacional de Saúde aprovou resolução com o objetivo de melhor acompanhar tanto o fluxo de receitas como sua aplicação. Para isso, propôs-se a gerar as informações pertinentes, especialmente no que se refere ao acompanhamento da receita e do gasto em saúde na esfera federal, mas também nos demais níveis de governo.

Tendo em vista as dificuldades na obtenção das informações, a comunidade da área da saúde logrou instaurar, em 1994, o Inquérito Civil Público n.º 01/1994, pela Procuradoria-Geral da República, com a finalidade de assegurar essas informações, as quais deveriam ser encaminhadas pelos três níveis de governo ao Datasus. Segundo Teixeira & Teixeira (2003), apesar desses esforços, dificuldades persistiram, não só porque os gestores estaduais e municipais não haviam compreendido a importância desse procedimento como instrumento de gestão, mas também porque as planilhas eram de difícil preenchimento.

Em 1999, o MS, em conjunto com a Procuradoria-Geral da República, o CNS, com o Conass e o Conasems, cria um Grupo de Trabalho no âmbito da Secretaria de Gestão de Investimentos do MS com a tarefa de aprimorar o sistema de informações já existente. A partir daí, foi estruturado o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). O Siops dispõe de informações sobre o financiamento e o gasto nas três esferas de governo, permitindo um real acompanhamento desde o ano de 1998.

O Quadro 1, da página seguinte, sintetiza os indicadores disponibilizados pelo Siops referentes aos dados municipais entre 1998 a 2005. Embora não seja objeto desse texto discutir os dados disponibilizados pelo Siops, entendemos que essa síntese pode facilitar a todos que decidam aprofundar estudos sobre o financiamento e gasto do SUS em âmbito municipal.

Nota-se, no Quadro 1, que alguns indicadores escolhidos pelo Siops como prioritários entre 1998 e 2001, não foram contemplados nos anos seguintes, isto é, entre 2002 e 2005. Por sua vez, verifica-se, ao longo dos anos, a ampliação de vários outros indicadores (novos) que contribuem para um mais amplo conhecimento da situação financeira do município em geral e do setor saúde, em particular. É importante reconhecer que o Siops constitui-se numa importante ferramenta para os gestores do SUS aprofundarem o conhecimento no campo do financiamento e gasto do sistema. Espera-se que esse instrumento possa ser mais utilizado pelos gestores do sistema e também pelas pesquisas dos alunos de graduação e pós-graduação das profissões de saúde.

Em 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, a importância do Siops fica ainda mais evidente, pois constitui instrumento-chave no acompanhamento dos termos da EC29. Suas informações, abrangendo todos os estados e a imensa maioria dos municípios brasileiros, permitem, a todo tempo, saber se os entes federados estão destinando o percentual de recursos previstos na emenda. A disponibilidade dessas informações possibilitou que, em muitos casos, a comunidade, representada de diferentes maneiras, pressionassem para que "desvios" fossem corrigidos.

Em 2001, foi criada a Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops, onde participam, inicialmente, representantes do Conass, do Conasems, do CNS, da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, do Datasus, da Procuradoria-Geral da República, de órgãos do MS, de entidades de pesquisa em saúde do País, do IBGE e do Ipea. Mais tarde, somou-se a essas representações a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (Atricon).

Nesse mesmo ano, na luta pela aplicação da EC29, o Conselho Nacional de Saúde, junto com outras entidades, elaborou o documento "Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da EC29". A partir daí, o Ministério da Saúde promoveu, entre setembro de 2001 e setembro de 2002, três seminários com os tribunais de contas da União, a Comissão de Seguridade Social da Câmara e do Senado, o Conass e o Conasems. Esses seminários tinham a finalidade de buscar uma interpretação homogênea e assegurar os objetivos que motivaram a aprovação da emenda. Esperava-se que o resultado dessa parceria, por meio de troca de conhecimento técnico e político, contribuiria para a elaboração de normas adequadas ao cumprimento da EC29, facilitando a construção de seu projeto de regulamentação mediante lei complementar.

Os temas abrangidos nesses seminários foram (a) definição conceitual e abrangência de despesas com saúde, estabelecidas de forma bem geral na emenda como "ações e serviços públicos em saúde"; (b) definição dos mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal; (c) definição das formas de suspensão de repasse de recursos e intervenção da União nos estados e destes nos municípios; (d) formas de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento das disposições da EC29; (e) definição de critérios de redução de disparidades regionais; dentre outros.

No ano seguinte, dando continuidade à luta pela regulamentação da EC29, o consenso da comunidade, apoiado no documento "Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da EC29", gerou um segundo documento, explicitado pela Portaria do Ministério da Saúde/Cabinete do Ministro de n.º 2.047, de 5 de novembro de 2002. A evolução do consenso desdobrou-se, num primeiro momento, na Resolução do CNS n.º 316, de 4 de abril de 2002 e, posteriormente, na Resolução n.º 322, de 8 de maio de 2003.

Ainda em 2001, para fomentar o envio de informações para o Siops dos estados e municípios e para incentivar o desenvolvimento de análises na área da economia da saúde em âmbito de cada estado, foram organizados Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops. Esses Núcleos trabalham junto aos governos estaduais por intermédio das Secretarias Estaduais de Saúde, mas neles participam representantes do Cosems, de algumas associações de municípios (quando assim a realidade do estado o exigir) e representantes do escritório regional do Datasus.

Em março de 2002, tem início o Projeto "Economia da Saúde Fortalecendo Sistemas de Saúde para Reduzir Desigualdades (PES)", atividade elaborada e implementada pelo MS, pelo Ipea, com suporte financeiro e técnico do *Department for International Development* (DFID). Esse projeto integra o acordo de cooperação técnica entre o Brasil e o Reino Unido, dentro do objetivo definido no documento *Millennium's Development Goals* de reduzir a pobreza mundial em 50% até 2015.

O Projeto tem como objetivo geral a redução das desigualdades e a inclusão social no sistema de saúde. Para melhor gestão dos recursos, visa a disseminação dos conhecimentos de economia em saúde e de suas aplicações, promovendo capacitação, treinamento e pesquisas entre parceiros e instituições acadêmicas.

Durante o primeiro ano de existência do projeto, muitas atividades regionais foram realizadas em parceria com os estados. No Rio de Janeiro, foi promovida oficina na Secretaria Estadual de Saúde com o

propósito de identificar as demandas e os problemas existentes; foram realizados cursos e palestras sobre os conceitos de eficiência, eficácia e alocação racional de recursos e tiveram início pesquisas sobre metodologia para uma alocação equitativa de recursos, custos e avaliação da atenção primária e justiça no financiamento da saúde.

Na Bahia, com o apoio do ISC (Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia), realizaram-se cursos para gestores do sistema estadual e municipal de saúde, técnicos em saúde e economia, professores e pesquisadores. Dentre os vários temas abordados destacam-se: conceitos básicos de Economia da Saúde, financiamento da saúde, custos e avaliação econômica. Além disso, o Projeto apoiou pesquisas nas instituições acadêmicas, especialmente voltadas para a temática da Violência e Saúde Familiar, como também incentivou que a disciplina Economia da Saúde fosse inserida nos programas de mestrado e doutorado.

No Ceará, foi criada uma célula de Economia da Saúde na Secretaria Estadual de Saúde, a qual trabalharia em parceria com as instituições acadêmicas. De forma semelhante ao ocorrido nos estados anteriormente mencionados, desenvolveram-se cursos de sensibilização junto à secretaria estadual e aos municípios, e foram incentivadas pesquisas em desigualdades em saúde, financiamento da saúde e fármaco-economia. Nesse estado, o curso de especialização em Economia da Saúde conseguiu integrar os principais gestores, isto é, a Secretaria de Estado de Saúde e os Institutos vinculados à Universidade que tratam da Economia da Saúde.

Em São Paulo, o projeto apoiou a realização do Curso de Especialização em Economia da Saúde, oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Para o ano de 2004, o Projeto de Economia da Saúde aprovou cerca de dezoito pesquisas temáticas propostas pelos parceiros estaduais. Esse projeto conta com um Comitê de Planejamento e Revisão, onde se fazem presentes a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde, o Ipea, o diretor do Programa de Cooperação Técnica DFID/Brasil, o representante da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, o representante da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o representante do Conasems e o representante das instituições acadêmicas.

A institucionalização da Economia da Saúde ganhou contornos mais definitivos em 2003, quando da reestruturação do Ministério da Saúde foi criado o Departamento de Economia da Saúde junto à Secre-

taria de Ciência, Tecnologia e de Insumos Estratégicos, sob o comando do Dr. Elias Jorge. Segundo o próprio Ministério da Saúde, são atribuições desse departamento:

- ♦ subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e de Insumos Estratégicos na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;
- ♦ analisar a viabilidade de empreendimentos públicos no setor da saúde; subsidiar as decisões da Secretaria de Ciência, Tecnologia e de Insumos Estratégicos nos aspectos econômicos dos programas e projetos formulados no seu âmbito de atribuição;
- ♦ analisar e propor políticas para redução de custos bem como para ampliar o acesso da população a medicamentos e outros insumos;
- ♦ coordenar e realizar pesquisas sobre componentes econômicos do SUS, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;
- ♦ propor e coordenar a implantação de Banco e Registros Nacionais de Preços visando a aquisição de insumos estratégicos para a saúde; e
- ♦ participar das ações de regulação de mercado, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

O ESTADO DA ARTE DA ECONOMIA DA SAÚDE NOS ANOS 2000

Neste princípio de século XXI, a investigação em Economia da Saúde continuou a se desenvolver e a se ampliar. O número de trabalhos realizados em forma de teses de doutorado ou de livre-docência, de dissertações de mestrado, artigos, livros ou publicados em anais ou em outro tipo de publicações, tem sido crescente.⁷ Sem dúvida isso é resultado da atuação dos diferentes atores da área da saúde em uma situação na qual a necessidade da construção do SUS se defronta com constrangimentos econômicos e com a instabilidade financeira. Tais problemas são marcados pela presença de um conflito macroeconômico no qual, de um lado, há quem defenda a execução de políticas fiscal e monetária contracionistas, tendo em vista a manutenção de alto superávit primário posto em prática sob orientação do Fundo Monetário Internacional e a garantia do equilíbrio das contas externas, e, de ou-

⁷ Ver Andrade et al. (2004).

tro, de um crescimento econômico sustentável, promovendo a redistribuição da renda e da riqueza.

Nessa perspectiva, a trajetória mais recente da pesquisa no campo da Economia da Saúde tem passado pela discussão da necessidade de se estabelecer relações mais precisas entre a justiça social na dimensão mais ampla e a equidade e a eficiência em saúde. Tal temário implica a consideração de temas que, reconhecidamente, se relacionam com a equidade, tais como: financiamento e gasto do setor saúde; alocação de recursos da União para os estados e dos estados para os municípios; avaliação econômica de sistemas e serviços de saúde; e, mercado e regulação da assistência de saúde suplementar. Em especial é importante a discussão do tema que trata da contenção de custos nos níveis de atenção à saúde, associado ou não à ampliação do nível de receitas. No tocante ao controle de custos, verifica-se a existência de uma polêmica quanto aos seguintes subtemas: *a*) restrição da integralidade e da universalidade da assistência à saúde asseguradas pela Constituição; *b*) introdução de um novo modelo assistencial que substitua o tradicional modelo centrado no hospital, ancorado na demanda espontânea, favorecendo ações de saúde com baixo custo-efetividade, e, *c*) mudança radical na forma de financiamento, do governo federal para os governos estaduais e municipais.

No que se refere ao tema da ampliação de receitas, a discussão tem privilegiado a busca do cumprimento, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos vinculados à saúde, tal como determinada pela Emenda Constitucional 29 (EC29). Da data de sua aprovação até os dias de hoje, não foram poucas as contestações ao texto da EC29. Do ponto de vista da área econômica do governo (Ministério da Fazenda), a divergência recai sobre qual seria o ano-base a ser considerado para efeito da participação da União no financiamento do SUS. Do ponto de vista dos estados e municípios, a polêmica concentra-se em torno dos itens que devam ser considerados no âmbito da saúde. A lógica desses entes federados tem sido conseguir um subterfúgio pelas avessas para desprestigiar a vinculação, qual seja: a inclusão de tudo na saúde. O acompanhamento dessas questões tem sido um dos itens mais frequentes na agenda da Economia da Saúde. Entre as contribuições, destaque é dado às análises/estudos realizados no âmbito do Sistema de Informação sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

É nesse contexto que, nos anos 2000, amplia-se a discussão sobre a necessidade de a agenda do SUS incluir temas da Economia da Saúde.

Ao mesmo tempo, verifica-se que, para além da problemática do financiamento, novas áreas vêm sendo inseridas no cotidiano da gestão do SUS. Como já mencionado, os trabalhos apresentados nos encontros da Abres, nesse período, evidenciam essas áreas. Com base nessas contribuições sugerimos os seguintes sete temas e seus subtemas que devem ser destacados e incorporados aos estudos e pesquisas dos envolvidos na economia da saúde, dos gestores do SUS e dos alunos de graduação e pós-graduação das profissões de saúde:

i) *economia e financiamento da saúde* — magnitude do gasto: se os recursos previstos são compatíveis com a dimensão das necessidades; natureza das fontes de financiamento: viabilidade e equidade dos recursos de impostos e transferências constitucionais; aprimoramento do Siops: estratégias de aperfeiçoamento e aprimoramento do Siops e de seus relatórios de análise; e, reforma tributária e saúde: compatibilidade entre a reforma e a área da saúde;

ii) *avaliação econômica dos serviços e ações de saúde* — análise de custos (benefício, efetividade, utilidade); sistemas de custos para cada nível de atenção à saúde: custos de absorção das Unidades de Saúde; custos dos principais procedimentos hospitalares e ambulatoriais; sistemas de formação de preços e de administração de tabelas de procedimentos;

iii) *equidade e alocação de recursos* — critérios equitativos para a distribuição do gasto federal com saúde: metodologias internacionais e nacionais; critérios equitativos para a distribuição dos recursos dos tesouros estaduais aos municípios: experiências estaduais e novas metodologias;

iv) *organização e gestão da assistência da saúde* — modalidades de pagamento aos gestores e parceiros do SUS (formas de pagamento, gestão de contratos e convênios; incentivos financeiros e política de saúde no Brasil); Instrumentos de Regulação Estatal: mapeamento e definição das áreas a serem reguladas e das atribuições dos diferentes gestores do SUS; identificação de instrumentos legais para regulação estatal; e propostas de regulação das diferentes modalidades da assistência suplementar em saúde;

v) *descentralização dos recursos* — descentralização orçamentária; novos modelos de estruturação do orçamento: compatíveis com o planejamento em saúde; e modos de funcionamento e operacionalização dos Fundos de Saúde;

vi) *eficiência no sistema de saúde* — eficiência na gestão da saúde, em geral, e na área hospitalar, em específico; eficiência nos contratos, etc.

vii) *saúde suplementar* — a regulação dos planos e seguros de saúde; os contratos do mercado de saúde suplementar; a intervenção do poder judiciário e as tuélas antecipadas, etc.

A execução dessa agenda nos próximos anos depende, pelo menos em parte, da ampliação do número de pesquisadores no campo da Economia da Saúde. Sabe-se que esses pesquisadores não podem estar restritos ao que se convencionou chamar de *economistas* da saúde. É necessário investir na capacitação dos quadros das secretarias estaduais e municipais de saúde para que a pesquisa nesse campo se amplie e seja desenvolvida de forma aplicada aos serviços de saúde do SUS. A criação de Núcleos de Economia da Saúde no Sistema poderia atrair profissionais e trabalhadores da saúde e adotar políticas de indução para que grande parte dos temas relacionados não fique a descoberto.

FINANCIAMENTO DO SUS: O TEMA DE DESTAQUE NA AGENDA DO CAMPO DA ECONOMIA DA SAÚDE

No tocante às políticas sociais, a Constituição de 1988 significou uma inflexão no tratamento até então concedido pelo Estado. Os constituintes, ao terem clareza quanto à necessidade de se construir caminhos seguros em relação ao resgate da imensa dívida social brasileira herdada do regime militar, procuraram instituir na Constituição direitos básicos e universais de cidadania, assegurando o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social. Essas conquistas foram incorporadas em capítulo específico — o da Seguridade Social, consolidando a solidariedade entre a saúde, a previdência e assistência social.

Para responder às exigências do volume de recursos necessários a esse tipo de proteção social, ampliados no conceito de Seguridade Social, e também para tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia (principalmente do emprego no mercado formal de trabalho), os constituintes definiram que os recursos teriam como base várias fontes. Delas, destacam-se: o salário (contribuições de empregados e empregadores), o faturamento (trazendo para seu interior o Fundo de Investimento Social [Finsocial]⁸ e o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público [PIS/Pasep]),

⁸ Em 1991, o Finsocial foi substituído pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins)

o lucro líquido das empresas (contribuição nova introduzida na Constituição, a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CLL)) e a receita de concursos e prognósticos (loterias). Além dessas fontes, a Seguridade Social contaria com recursos de impostos da União, estados e municípios. Ao mesmo tempo, os constituintes preocuparam-se em definir que tais recursos fossem exclusivos da proteção social, mas nenhum governo que se seguiu à Constituição de 1988 cumpriu tal determinação.

Também houve preocupação de definir que o tratamento dos recursos da Seguridade Social não poderia ser distinto de seu conceito de proteção, significando que, no seu interior, não teria sentido a vinculação de recursos. Esperava-se que a cada ano, quando da discussão do orçamento, fosse definida a distribuição do conjunto de receitas previstas para as diferentes áreas. A única vinculação prevista ficou para os recursos do PIS/Pasep, porque dizem respeito ao programa seguro-desemprego e ao pagamento do abono PIS/Pasep, e 40% de sua arrecadação é destinada a empréstimos realizados pelo BNDES às empresas.

Dezoito anos após a promulgação da Constituição de 1988, não foram poucos os embates ocorridos no âmbito da Seguridade Social. Para alguns, as tensões havidas na implementação da Seguridade Social deixaram claro a impossibilidade de sua existência administrativa — uma vez que a legislação ordinária separou as três áreas — e financeira, pois na prática ocorreu uma progressiva especialização das fontes.

Em que pesem os vários embates provocados pelos constrangimentos econômicos, o modelo de Seguridade Social criado demonstrou capacidade de resistência às conjunturas mais problemáticas. O exemplo maior dessa resistência foi dado pelo movimento pela universalização da saúde, no percurso de construção do Sistema Único de Saúde.

A questão financeira da área da saúde tem sido condicionada pelo tratamento concedido à previdência na Seguridade Social, de um lado, e, de outro, a política de austeridade fiscal implementada pelo governo federal nas políticas sociais, decorrente de seu objetivo de promover o equilíbrio orçamentário com elevados superávits primários.

Embora os constituintes tivessem definido que os recursos da Seguridade Social não poderiam ser alocados para outros fins que não os da Previdência, da Saúde e da Assistência, e que, ao mesmo tempo, não haveria vinculação das fontes aos diferentes ramos,³ entre 1989 e 2005, isso foi sistematicamente desrespeitado.

³ Com exceção do PIS/Pasep, que é destinado ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT)

O primeiro conflito ocorrera já em 1989, quando o então fínsocial contribuiu como fonte de recursos importante para a despesa de encargos previdenciários da União, a qual não integra a Seguridade Social. Esse desvio de finalidade repetiu-se em 1990. No final desse ano, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o governo federal não aplica e desconsidera no período posterior o disposto no artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição que assegurava pelo menos 30% do total dos recursos da Seguridade Social para a Saúde, com exceção da arrecadação do PIS/Pasep, de uso exclusivo do FAT. Mesmo assim, o Ministério da Saúde recebeu, em 1991, 33,1% do total das contribuições. Um ano após, essa participação foi reduzida para 20,95%.

O segundo conflito ocorreu em 1993, quando o executivo federal desrespeitou a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que determinava o repasse para a Saúde de 15,5% da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores, obrigando o Ministério da Saúde a solicitar cerca de três empréstimos consecutivos junto ao FAT. A partir então desse ano, essas contribuições tornaram-se exclusivas da área da Previdência, medida na qual se legaliza posteriormente na reforma previdenciária do governo Fernando Henrique Cardoso. Um terceiro e importante embate no financiamento do SUS e da Seguridade Social ocorreu em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (posteriormente denominado por Fundo de Estabilização Fiscal e atualmente por Desvinculação das Receitas da União — DRU), quando foi definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculados de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal.

Nesse cenário de deterioração da situação financeira da Previdência, em que a baixa arrecadação das contribuições sociais era reflexo do não-crescimento da economia, com altas taxas de desemprego e crescimento do mercado informal do trabalho, o setor da Previdência incorporou como fonte de recursos os demais recursos que integram a Seguridade Social, além de já utilizar, de forma exclusiva, as contribuições sobre a folha de salários. Dessa forma, o constrangimento financeiro assumido pela Saúde não encontrava paralelo na sua história recente.

Na tentativa de encontrar fontes alternativas de recursos, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara buscaram soluções transitórias por meio da criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Na prática, essa solução veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF).

Neste ano, a participação da CPMI, em bilhões de reais de dezembro de 2003, foi de R\$ 10,7 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 1998, essa participação passou para 37,0% e, em 1999, significou 22,6%. Nesse último ano, essa redução foi proveniente da ausência de arrecadação durante alguns meses. Nos anos seguintes, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento recuperou-se, correspondendo a 31,5%, em 2000, e passando para 29,3%, em 2005 (Tabela 1)

Tabela 1. Ministério da Saúde. Distribuição das fontes de financiamento (1993-2005), em porcentagem

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Recursos Ordinários	0,0	1,0	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7	3,2	14,3	10,3	13,1	4,6	3,4
Títulos do Tesouro Nacional	13,1	1,8	2,8	3,3	2,8	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	0,5	1,2	0,6
Operação de Crédito Interno — Moeda	2,6	0,0	7,8	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3
Operação de Crédito Externo — Moeda	0,5	1,2	1,1	0,5	0,3	1,1	1,3	2,8	2,1	1,9	1,0	0,5	0,6
Recursos Diversos Arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6	3,3	3,2	3,1	2,6	2,3	3,1	3,3
Contribuições Sociais	67,4	54,5	69,4	63,4	73,1	71,0	62,5	61,3	74,1	78,7	80,9	89,3	90,1
Cofins sobre Lucro da Pessoa Jurídica	11,7	12,9	20,3	20,8	19,3	8,0	13,1	13,3	7,1	23,3	27,4	31,5	33,3
Cofins	25,1	34,0	49,2	42,6	25,9	26,0	26,6	37,7	39,3	19,3	0,1	77,0	71,7
Contribuição de Empregadores e Trabalhadores para a Seguridade Social CPMI	31,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	—	—	0,0	0,0
Finsocial — Recuperação de Despesas Jurídicas	0,0	0,0	0,0	0,0	27,6	37,0	22,6	31,5	27,6	16,0	12,4	30,7	29,3
Fundo de Estabilização Fiscal	0,0	7,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,0	36,8	11,9	17,7	19,3	13,3	14,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Demais Fontes	4,5	2,8	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0	6,8	1,2	3,3	2,3	1,0	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

É importante lembrar que a entrada dos recursos da CPMI não significou o volume de recursos esperado, uma vez que Cofins e Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas (pessoa jurídica) foram reduzidas — especialmente em 1997 —, que passaram a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária. A Tabela 1 evidencia essa redução. Além disso, parte dos recursos da CPMI foi destinada a atividades alheias à saúde, pela desvinculação do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) — de 1998 a 1999 —, isto é, antigo Fundo Social de Emergência (FSE) — de 1994 a 1997 — e da atual Desvinculação das Receitas da União (DRU) — a partir de 2000 —, mecanismos já mencionados.

Verifica-se na Tabela 1 que, entre 1993 e 2005, as contribuições sociais de longe constituíram a principal fonte de financiamento da saúde, muito embora a presença de recursos fiscais seja significativa em alguns anos, notadamente quando dificuldades de continuidade da

CPMF se apresentavam (1999).¹⁰ De forma específica, em 2005, 90,1% dos recursos tiveram origem nas contribuições sociais. Desde a instituição da CPME, as contribuições sociais correspondem a uma participação superior a 70%.¹¹

Como mencionado anteriormente, trata-se de reconhecer o avanço da Previdência, como também o uso do mecanismo da desvinculação de parte dos recursos da Seguridade Social.

Observa-se, nos anos que se seguiram a 1995, o crescimento dos problemas financeiros da área da saúde. Três questões explicitam a fragilidade do esquema de financiamento do SUS. Em primeiro lugar nota-se que o gasto federal *per capita* — excluindo a dívida e o gasto com inativos e pensionistas — reduziu de R\$ 213,63, em 1995, para R\$ 191,34 em 2004, tudo a preços de dezembro de 2004 (IGP-DI/FGV).¹² Em segundo lugar, verifica-se um sistemático crescimento da irregularidade no fluxo de execução orçamentária do MS, especialmente a partir da segunda metade dos anos 1990. Por fim, destaca-se um aumento significativo do saldo a pagar da rubrica Restos a Pagar do Ministério da Saúde, principalmente entre 2001 e 2004, passando de R\$ 9,2 milhões para R\$ 1,8 bilhões (dados da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde relativos a julho de 2005).

Se por um lado, o País atravessa um período de retração econômica, com reflexos negativos no mercado de trabalho, por outro lado essa situação não apresenta impacto negativo nas contas da Seguridade Social ao longo dos anos 2000. Logo após o penoso quadro financeiro da década de 1990, caso fosse respeitado pelo governo federal o conceito de Seguridade Social definido na Constituição de 1988 e não fosse utilizado o mecanismo de desvinculação dos 20% do antigo Fundo de Estabilização Fiscal e atual DRU, o orçamento da Seguridade contaria com superávits de R\$26,64 bilhões (2000), R\$31,46 bilhões (2001), R\$32,96 bilhões (2002), R\$31,73 bilhões (2003) e R\$42,53 bilhões (2004), todos em valores correntes. Esses recursos excedentes, segundo a Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, foram alocados

¹⁰ A CPME, como fonte exclusiva para a saúde, vigorou até o fim de 1998. Após embates no Legislativo, foi prorrogada, sem que continuasse como uma contribuição exclusiva da saúde. Já em prorrogações subsequentes, a CPME teve sua alíquota acrescida, participando do financiamento das despesas da Previdência a partir de 1999, e do Fundo de Combate à Pobreza, a partir de 2001.

¹¹ Para uma discussão mais detalhada das fontes de financiamento do Ministério da Saúde, ver Mendes (2005).

¹² Dados extraídos do Siops/MS.

no pagamento de gastos fiscais ou contabilizados diretamente no cálculo do superávit primário (Anfip, 2005).

Para se ter idéia, a Anfip calcula que, em 2004, a desvinculação das contribuições sociais (Cofins, CSLL, CPMF) autorizaria o governo federal a gastar fora da Seguridade Social R\$24,9 bilhões. Os recursos restantes (R\$17,63 bilhões) deveriam ser aplicados no sistema. Contudo, essa situação não foi possível de ser verificada. De acordo com a Anfip, essa não foi uma peculiaridade de 2004. Entre 2000 e 2004, foram utilizados R\$165 bilhões da Seguridade Social para contribuir com o superávit primário. E o que é pior, desse montante, R\$76,84 bilhões teria excedido o limite permitido para desvinculação das contribuições. Dessa forma, a Anfip adverte que "tendo em vista o total comprometimento do Orçamento fiscal com as necessidades de financiamento da dívida pública, os superávits são alcançados através do orçamento da seguridade social" (Anfip, 2005, p. 31).

Chama, ainda, a atenção o fato de que esse resultado positivo não alterou a posição do governo federal, que durante todos esses anos, manteve acesa a idéia de defesa do déficit da Previdência, desconsiderando assim a sua vinculação ao orçamento da Seguridade Social. Interessante observar que essa atitude contribuiu para a aprovação de reformas na Previdência, seja no governo FHC como no governo Lula (Marques & Mendes, 2005).

A situação de incerteza e indefinição dos recursos financeiros para a área da saúde levou à busca de uma solução mais definitiva, qual seja: a vinculação dos recursos orçamentários das três esferas de poder. A história de construção de uma medida de consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos tramitando pelo Congresso até a aprovação da Emenda Constitucional n.º 29 (EC29), em agosto de 2000.

A primeira Proposta de Emenda Constitucional (PEC 169), dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, foi formulada em 1993, quando o Ministério da Saúde solicitou ao FAT o primeiro empréstimo. Depois disso, várias outras propostas de vinculação foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, mas nenhuma delas sustentava a idéia original de vinculação tanto no âmbito das contribuições sociais (30%) como no orçamento de cada nível de governo. A última proposta de vinculação dos recursos para a saúde restringiu-se aos recursos orçamentários da União, dos estados e municípios, materializando-se na EC-29.¹³

¹³ Para conhecimento das propostas de vinculação de recursos para o financiamento da saúde, ver Marques & Mendes (1999)

A Emenda Constitucional 29 estabeleceu que estados e municípios devem alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas, e esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15% no mínimo. Em relação à União, a EC29 determina que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Cabe ressaltar que à União, a EC29 não explicita a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos, como mencionado anteriormente.

Pode-se notar, pois, que esses conflitos por recursos, estiveram presentes antes e após o estabelecimento da EC29. Como mencionado antes, a luta do SUS por recursos já vem de longa data, podendo seu primeiro embate ser situado em 1993. Para os objetivos deste texto, no entanto, importante é destacar as situações nas quais os estrangulamentos econômicos, especialmente os derivados do esforço de realização do superávit primário, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para a saúde pública. As cinco situações a seguir descritas e analisadas referem-se, no entanto, praticamente ao âmbito federal, muito embora eventos semelhantes tenham ocorrido nas demais esferas de governo.¹⁴ Na realidade a sociedade brasileira tem presenciado uma situação em que a área social, especialmente a da saúde, ao manter-se refém das metas e orientações econômicas, sofre avanços sobre seus recursos que podem estar prejudicando seu desenvolvimento.

1. Da aplicação do disposto na Emenda Constitucional (EC) 29/2000 — A base de cálculo para os recursos da União

Na aplicação da disposição da União, os Ministérios da Fazenda e do Planejamento, responsáveis pela elaboração da proposta orçamentária da União e pela aplicação da política econômica do País, interpre-

¹⁴ De forma sintética, vários são os aspectos que evidenciam as iniciativas e medidas realizadas por diferentes governos federais, após a promulgação da Constituição de 1988, contra o financiamento da saúde pública. Dentre elas, ressaltam-se: o uso de parte dos recursos da Seguridade Social para fins alheios às áreas que a integram em 1989 e 1990, a especialização da fonte contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social, a institucionalização de mecanismos — Fundo Social de Emergência (FSE), Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e Desvinculação das Receitas da União (DRU) — que permitiram o acesso da União aos recursos da Seguridade Social e, portanto, o seu uso indevido. Para maiores detalhes dessas situações e mesmo das aqui descritas, ver Marques & Mendes (2005).

taram que o ano-base seria o de 1999. Já para o Ministério da Saúde e para todos os organismos representativos da saúde pública, o ano-base sobre o qual seria aplicado o adicional de 5% seria o de 2000. O resultado dessa diferença de interpretação resultou que o orçamento do MS de 2001 foi diminuído em R\$1,19 bilhão, o que permitira dobrar os recursos gastos no Programa Agentes Comunitários em 2000. Para a equipe econômica do governo isso significou mais uma vitória no caminho do superávit primário acordado com o Fundo Monetário Internacional.

2. O descumprir do conceito de ações e serviços de saúde nos estados e municípios

Alguns estados, para cumprirem o disposto na EC29, incluíram indevidamente como despesas em ações e serviços de saúde gastos com inativos da área da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos e hospitais de "clientela fechada" (como hospitais de servidores estaduais). Esses registros indevidos ocorreram apesar de anteriormente terem sido estabelecidos parâmetros que definiam quais ações e serviços poderiam ser considerados como gastos SUS. Esses parâmetros foram acordados entre o Ministério da Saúde, os estados e seus tribunais de contas.¹⁵

Em alguns municípios o mesmo ocorreu, sendo o gasto com inativos da área da saúde entendido como despesa com saúde e o percentual de 15%, estabelecido na EC29 como o mínimo a ser aplicado, exatamente o percentual a ser utilizado, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores.

3. Tentativas de redução do orçamento do Ministério da Saúde

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o orçamento de 2004 previa que os encargos previdenciários da União (EPU), o serviço da dívida e os recursos alocados no Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos SUS do Ministério da Saúde. Contudo, a forte reação contrária do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde determinou que o Poder Executivo enviasse mensagem ao Congresso Nacional estabelecendo que, para efeito das ações em saúde, seriam deduzidos o EPU e o serviço da dívida. Em relação ao Fundo da Pobreza a mensagem era omissa. Essa omis-

¹⁵ Resolução n.º 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de maio de 2003, homologada pelo ministro da Saúde.

são resultaria na redução de R\$3.571 milhões no orçamento SUS do Ministério da Saúde.

Apesar de diversos e intensos debates terem ocorrido entre entidades vinculadas ao SUS e o Ministério do Planejamento, nada foi modificado sobre essa questão. Somente após o parecer do Ministério Público Federal,¹⁶ contrariando a decisão presidencial e solicitando ao presidente Lula que retirasse o veto ao dispositivo que esclarecia que os recursos do Fundo de Combate à Erradicação da Pobreza não poderiam ser contabilizados como gastos em saúde, sob pena de o orçamento aprovado vir a ser considerado inconstitucional, o governo recuou. Foi assim que a Lei n.º 10.777, de 25 de novembro de 2003, contempla, no parágrafo segundo do artigo 59, que o EPU, o serviço da dívida e as despesas do MS com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não fossem considerados como ações e serviços públicos de saúde.

4. A vinculação da EC 29 é objeto da atenção da área econômica

Em fins de 2003, o governo federal encaminhou documento referente ao novo acordo com o Fundo Monetário Internacional,¹⁷ comunicando sua intenção de preparar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas sociais — saúde e educação — sobre as receitas dos orçamentos da União, dos estados ou dos municípios. A justificativa apoiava-se na idéia de que a flexibilização da alocação dos recursos públicos poderia assegurar uma trajetória de crescimento ao País (Ministério da Fazenda, 2004, p. 3).

No âmbito do SUS, a intenção do governo era tirar do MS a obrigação de gastar, em relação ao ano anterior, valor igual acrescido da variação nominal do PIB; dos estados, 12% de sua receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais; e, dos municípios, 15%, tal como define a EC29.

5. O orçamento de 2006 do Ministério da Saúde em risco

O projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o orçamento de 2006, encaminhado pelo governo federal à Câmara, previa que as despesas com assistência médica hospitalar dos militares e seus

¹⁶ A decisão do Ministério Público Federal, sob o parecer do ministro Cláudio Fontelles, foi tomada com base numa representação encaminhada pelo deputado federal Roberto Gouveia (PT-SP), pelo ex-deputado federal Eduardo Jorge (PT-SP) e pelo então vice-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, Áquilas Mendes.

¹⁷ O documento referente ao novo acordo com o FMI é dirigido ao seu diretor executivo, Köhler (Ministério da Fazenda, 2004).

dependentes (sistema fechado) fossem consideradas no cálculo de ações e serviços de saúde. Caso essa despesa fosse considerada, os recursos destinados para o Ministério da Saúde seriam diminuídos em cerca de R\$500 milhões. Diante da declaração pública do MS, repudiando essa interpretação, e ante a mobilização das entidades da saúde, o governo federal foi obrigado a recuar, reformulando sua proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto particular do Brasil, a introdução do campo da economia da saúde ocorreu no processo de institucionalização e construção do SUS, ao longo dos anos 1990. Neste caso, os temas tratados pela economia da saúde desenvolveram-se em período distinto daquele quando comparado a dos países desenvolvidos, nos anos 1970. A crise econômica dos anos 1980 e 1990 no Brasil, indicando a restrição de recursos e o desafio de sustentabilidade do SUS, determinaram a exigência de a área de saúde pública incorporar, no "dia-a-dia" da gestão, o instrumental da economia. É principalmente a partir da Constituição de 1988, com a implantação do SUS que se descontinam os horizontes que a disciplina economia da saúde vai trilhar.

Salientamos neste texto que é no campo do planejamento do Estado, na órbita de implantação de uma saúde universal e pública, que os instrumentos analíticos próprios da economia fizeram parte dos temas e cursos sobre planejamento e administração de serviços de saúde no Brasil.

Como se viu, a economia da saúde deve ser entendida como o ramo do conhecimento que otimiza as ações de saúde e a distribuição dos recursos disponíveis, garantindo à população melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde. Dessa idéia, a Economia da Saúde passa a considerar tópicos relevantes para seu campo de aplicação no País e incorporá-los na agenda dos projetos de pesquisa, fazendo parte da linha de preocupação dos gestores do SUS e dos alunos de graduação e pós-graduação das profissões de saúde.

Diante deste quadro e da problemática situação financeira do SUS, vários aspectos se consolidam no campo do financiamento do sistema, assegurando a ampliação do campo da economia da saúde no Brasil. Dentre esses principais aspectos, destacamos: a institucionalização do Siops e de sua Câmara Técnica; o estabelecimento da EC29 que vincula recursos para a saúde; a criação do Projeto Economia da Saúde, no âmbito do Projeto do Dfid e de sua supervisão pelo Ipea.

Ainda, importantes medidas para a estruturação e desenvolvimento da Economia da Saúde merecem destaque. A criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) com a realização de seus nove encontros para discussão de trabalhos ao longo dos anos 1990 e 2000 e a institucionalização do Departamento de Economia da Saúde no Ministério da Saúde, a partir de 2003, devem ser considerados como "pontos de inflexão" importantes na história de construção do campo de Economia da Saúde. A produção científica — teórica e aplicada — desenvolvida nos encontros da Abres, bem como as decisões institucionalizadas do Departamento do MS vêm contribuindo para viabilizar a formulação e implementação do campo da economia da saúde e seus atributos para a gestão das ações e serviços de saúde pública no País.

Como vimos nesse texto, o percurso do financiamento da Seguridade Social em geral e do SUS, em particular, tem sido consideravelmente complicado. Não foi à toa que a temática do financiamento foi a mais discutida e trabalhada no âmbito dos temas investigados pelo campo da economia da saúde. Pode-se observar que, ao mesmo tempo que se implanta o SUS, com base nos princípios de um sistema público e universal, agrava-se a crise fiscal e financeira do Estado, levando a que os governos federal e estadual limitassem o aporte de recursos para a Seguridade Social e para a saúde.

O grande problema do financiamento da saúde é que mesmo com a vigência da Emenda Constitucional 29 assiste-se ao descumprimento da aplicação dos recursos da União e de grande parte dos estados, aprofundando o seu frágil esquema. Tanto as manobras do governos federais "de plantão", desde a vigência do SUS, em incluir itens que não se associam ao conceito de saúde universal como atividades do Ministério da Saúde, bem como a recorrente tentativa de propor a desvinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, indicam que a instância federal de poder não tem muita disposição em aumentar sua participação no gasto com saúde e tampouco em definir fontes exclusivas para seus custeios.

Deve-se, por fim, identificar que as possibilidades de valorização do financiamento do SUS podem ser alcançadas por outros percursos. Mas condicionadas por novos compromissos em torno da recuperação e do crescimento econômico, o que implicaria a ruptura da já antiga (anos 1990) e atual lógica da política econômica. Porém, não se deve apenas reduzi-las a este fator. Uma possibilidade concreta seria buscar a construção de consensos em relação às políticas e instituições responsáveis pelas políticas universalistas.

Assim, espera-se que a divulgação dos temas abordados neste texto possa contribuir para melhor entendimento do campo da economia da saúde no País e para sua melhor utilização na órbita da gestão das ações e serviços do SUS, bem como motivar a implantação da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anfip. *Análise da Seguridade Social em 2004*. Brasília: Associação Nacional dos Fiscais da Previdência, abril de 2005. Disponível em <www.anfip.org.br. Acesso em 6/8/2005>.
- Andrade, Eli I. G. et al. *Análise de situação da Economia da Saúde no Brasil: perspectivas para a estruturação de um Centro Nacional de Informações*. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.
- Cano, Wilson. *Introdução à economia: uma abordagem crítica*. São Paulo: Fundação Editora da Unesp, 1998.
- Campos, G. W. S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Del Nero, C. R. O que é Economia da Saúde. In: S. Piola & S. Vianna (org.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Ipea, 1995.
- Lessa, Carlos & Antonio B. Castro. *Introdução à Economia: uma abordagem estruturalista*. 36.ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.
- Marques, Rosa & Aquilas Mendes. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. In: M. Ugá et al. (org.). *Anais do V Encontro Nacional de Economia da Saúde*. Salvador: Abres, pp. 213-37, 1999.
- . "As limitações da política de combate à pobreza no Governo Lula". Texto aprovado pela comissão científica do V Encontro Latino-Americano de Economistas Políticos, Cidade do México, outubro de 2005.
- . Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*, Campinas, 14(1,24), pp. 159-75, jan.-jun. 2005.
- Mendes, Áquilas. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)*. Doutorado. Campinas: Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas, 2005, 422 pp.

- Ministério da Fazenda. Carta de intenção, 2003. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br>>. Acesso em dez. 2004.
- Piola, S. & S. M. Vianna. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Ipea, 1995.
- Ribeiro, José A. C.; Sergio Piola & Luciana M. Servo. *Financiamento da saúde*. Texto da Diretoria de Estudos Sociais. Brasília: Ipea, 2005. Mimeografado.
- Saes, S. G. *Estudo bibliométrico das publicações em Economia da Saúde, no Brasil, 1989-1998*. Dissertação (mestrado em Administração de Serviços de Saúde). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000, 103 pp.
- Vianna, S. B. *Evolução e perspectivas da pesquisa em Economia da Saúde no Brasil*. Brasília: Ipea, novembro de 1998
- Vianna S. M. et al. *O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios*. Série Economia e Financiamento, 1. Brasília: Opas, 1990.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS BÁSICAS COMENTADAS

- Andrade, Eli J. G. et al. *Análise de situação da Economia da Saúde no Brasil: perspectivas para a estruturação de um Centro Nacional de Informações*. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.
- Este livro levanta a produção de artigos, livros e teses na área de economia da saúde. É um trabalho que não somente dimensiona a produção científica, como também os grupos de pesquisa. Além disso, apresenta o discurso coletivo dos profissionais de instituições de ensino e pesquisa, de instituições de fomento, de agências reguladoras e gestores do SUS a respeito das questões sobre a sustentabilidade financeira da área da saúde.*
- Medici, André C. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994.
- Este livro, publicado sob a iniciativa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, na série temática AdSAÚDE, é um dos pioneiros no campo do financiamento da saúde no Brasil. Abrange temas sobre aspectos conceituais do financiamento das políticas de saúde; gastos com saúde e níveis de saúde em alguns países centrais e, particularmente no Brasil; descentralização e financiamento da saúde nos anos anteriores e posteriores à Constituição de 1988. Discute também as propostas para o financiamento da saúde no período anterior à Emenda Constitucional 29/2000, que vinculou recursos para a saúde.*

- Mendes, Áquilas. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no estado de São Paulo (1995-2001)*. Doutorado. Campinas Instituto de Economia Universidade Estadual de Campinas, 2005, 422 pp. Esta tese aborda o financiamento e gasto do processo de descentralização da saúde em que os municípios foram levados à condição de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), executando todas as ações e os serviços de saúde em seu território. Avalia esse tipo de gestão do SUS no estado de São Paulo com o objetivo de verificar se ocorreu melhoria da capacidade de gasto e maior eficiência, eficácia e gestão dos recursos financeiros para adensamento do sistema municipal de saúde. Analisa-se, de forma geral, a problemática trajetória do financiamento do SUS, a partir da Constituição de 1988 até a primeira metade dos anos 2000. Para a avaliação dos municípios, são utilizados indicadores associados à eficiência técnica e social e dois índices, criados especificamente para este trabalho: o Índice de Eficiência Técnica em Saúde (Iets) e o Índice de Eficiência Social em Saúde (IES).
- Piola, S. & E. A. Jorge (org.). *Economia da Saúde*. 1.º Prêmio Nacional, 2004: coletânea premiada. Brasília: Ipea-Dfid, 2005. O livro apresenta, de forma completa, os doze trabalhos premiados no concurso promovido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e pelo Ministério da Saúde, com o apoio da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) e com o patrocínio do Department for International Development (Dfid). O conteúdo dos trabalhos premiados diz respeito principalmente a: custo-efetividade relativo a procedimentos no campo da saúde; regulação do setor saúde, avaliação de impacto do Programa de Saúde da Família; eficiência dos serviços de saúde e da produção de hospitais públicos e privados no SUS a partir do uso da econometria; sistema de custos na área ambulatorial; financiamento e gasto em vigilância sanitária; consórcios intermunicipais de saúde; planos privados de saúde: caracterização e reformas institucionais.
- Piola, S. & S. M. Vianna. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Ipea, 1995. Este livro luso-brasileiro constitui-se em referência "clássica" para a disciplina de economia da saúde no País. Aborda conceitos, fundamentos e relações entre a economia e a saúde, destacando aspectos macroeconômicos e microeconômicos. Os principais temas tratados dizem respeito a: modelos e formas de financiamento, incentivos econômicos que agem sobre o comportamento dos agentes profissionais de saúde e usuários; tendências contemporâneas do financiamento e da gestão da saúde; aspectos so-

bre normativismo e incentivos na administração dos sistemas de saúde dos países centrais; bases conceituais sobre demandas global e de saúde, equidade e indicadores demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos no campo da saúde em geral e no contexto português; instrumentos de avaliação econômica (custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade).

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS DE SITES E BANCO DE DADOS NO CAMPO DA ECONOMIA DA SAÚDE

Associação Brasileira de Economia da Saúde — Abres (o mais completo site de informações sobre os trabalhos apresentados em encontros de economia da saúde no Brasil e em outros países): www.abres.cict.fiocruz.br

Associação de Economia da Saúde da Argentina — AES: www.aes.org.ar

Associação de Economia da Saúde da Espanha: www.aes.es

Associação Internacional de Economia da Saúde (International Health Economics Association — IHEA): www.healtheconomics.org

Associação Portuguesa de Economia da Saúde: <http://planeta.clix.pt/economiadasaude>

Bancos de trabalhos por temas, projetos, eventos no campo da economia da saúde do Ipea, DFID e do Ministério da Saúde e rede de economia da saúde: www.ipea.gov.br/economiadasaude/

Conselho Nacional de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br> (acesso aos relatórios finais e mensais da Comissão de Orçamento e Financiamento — Cofin) ver, especificamente, <comissões> <Orçamento e Financiamento>.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde — Conasems: www.conasems.org.br <núcleo Economia da Saúde>.

Temas e trabalhos voltados ao campo da economia da saúde nos municípios

Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/saude/> ver <ciência e tecnologia>; <economia da saúde>.

Informações sobre o Siops; Banco de Preços em Saúde;

Legislação específica e publicações

Portal Nacional de Informação em Economia da Saúde. BVS-ECOS — iniciativa do Ministério da Saúde, Bireme, Opas e OMS: <<http://economia.saude.bvs.br/php/index.php?lang=pt>>

Base de Dados, Projetos Específicos no campo da economia da saúde, Estatísticas, Revistas de Economia da Saúde, Glossário Temático
Rede de Economia da Saúde do Ministério da Saúde: http://dir2001.saude.gov.br/sctie/portal_des/rede_economia_saude.htm#cadastro

Canal para divulgação e troca de informações e conhecimentos referentes à área de Economia da Saúde. Constitui-se em espaço de integração entre gestores/coordenadores/técnicos do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como de outras entidades interessadas sobre informações no campo da economia da saúde (rede.ecos@saude.gov.br).
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (uma das fontes principais e mais completas de informações sobre receitas e despesas da saúde): <http://siops.datasus.gov.br>

SOCIOLOGIA DA SAÚDE: HISTÓRIA E TEMAS

Everardo Duarte Nunes

TRATAMOS, neste texto, da sociologia da saúde, campo da sociologia que se institucionalizou nos anos 50 do século XX, e que, tendo origem nos Estados Unidos, espalhou-se pelo mundo, sendo hoje um dos mais importantes no quadro geral da sociologia. Serão analisadas suas origens e evolução, precedidas de algumas observações gerais sobre a sociologia. Além disso, destacaremos aspectos específicos da temática da área da sociologia da saúde, bem como dos seus principais marcos teóricos.

A SOCIOLOGIA E SUAS ORIGENS

A palavra *sociologia* apareceu em 1838, criação de Augusto Comte (1798-1857), em substituição à expressão *Física Social*, até então usada por ele para designar a ciência que tem por objeto o estudo dos fenômenos sociais, que deveriam ser considerados da mesma forma com que se consideram os fenômenos astronômicos, físicos, químicos ou fisiológicos. Para Comte, o método que se aplica à física e à biologia deve ser estendido à realidade social. Relata-se que Comte substituiu a designação *física social* por *sociologia* para designar a nova ciência, que seria a mais complexa de todas, porque a antiga denominação havia sido usurpada por L. A. J. Quételet (1796-1874) para intitular uma obra sobre a estatística. Entendia o filósofo francês que a sociologia teria como objeto não a consciência individual, mas a totalidade da espécie humana; ciência que se dividia em dois grandes ramos: a estática social e a dinâmica social. Ambas estão ligadas, pois se a estática social tem por objeto a ordem social, e a dinâmica o progresso social, não pode haver progresso duradouro se este não for consolidado por meio da ordem. Para Comte, tanto o conhecimento como a sociedade passam por três fases: teológica, metafísica e positiva.

Comte será o expoente mais destacado de uma corrente filosófica — o positivismo — que instaura a ciência como fundante do conhecer. O positivismo espalhou-se pelo mundo e as suas influências no Brasil são conhecidas, especialmente no estímulo dos ideais abolicionistas, republicanos, trabalhistas, revolucionários e ditatoriais. A sua marca permanente está no lema da nossa bandeira — Ordem e Progresso.

Embora a sociologia traga as marcas do século XIX, as suas origens são anteriores, produto de duas revoluções fundamentais para a história do Ocidente: a Revolução Industrial e a Revolução Francesa. Com elas, instalava-se uma nova forma de organização econômica e política construtora da sociedade capitalista. Alie-se a esses dois processos a revolução científica que desde o século XVII impregnava a busca do conhecimento na física, depois na química, no século XVIII, a partir do século XIX na biologia e na segunda metade do século XIX nas ciências humanas.

Lembramos que desde o século XVIII manifesta-se a preocupação por conhecer de forma sistemática e objetiva a sociedade. Nas palavras de Giddens (2005, p. 28), "A ruptura com os modos de vida tradicionais desafiou os pensadores a desenvolverem uma nova compreensão tanto do mundo social, como natural. Os pioneiros da sociologia foram apinhados pelos acontecimentos que cercaram essas revoluções e tentaram compreender sua emergência e conseqüências potenciais". Giddens, traduzindo o que, em verdade, as questões básicas desses pensadores constituem, assinala que elas são as mesmas que até hoje preocupam os sociólogos: "O que é a natureza humana? Por que a sociedade é estruturada da forma que é? Como e por que as sociedades mudam?"

Essas questões presentes em Comte também o estarão em Karl Marx (1818-1863), Émile Durkheim (1858-1917), Max Weber (1864-1920) que, na história do pensamento social, são os pioneiros; essas questões se repetirão ao longo da história da sociologia, com uma quantidade notável de estudiosos que, de diferentes posições teóricas, abordarão a realidade social.

Reduzir a complexa obra desses autores em algumas poucas proposições é tarefa difícil e certamente empobrecedora da enorme contribuição que trouxeram ao pensamento ocidental. Mesmo assim, não podemos deixar de assinalar alguns pontos que servirão como encaminhamento para futuras leituras.

O sociólogo francês Raymond Aron (1987, p. 135), analisando o pensamento de Marx, escreve: "Augusto Comte tinha desenvolvido uma teoria daquilo que ele chamava de sociedade industrial, isto é, das prin-

cipais características de todas as sociedades modernas. No pensamento de Comte havia uma oposição essencial entre as sociedades do passado, feudais, militares e teológicas, e as sociedades modernas, industriais e científicas. Incontestavelmente Marx também considera que as sociedades modernas são industriais e científicas, em oposição às sociedades militares e teológicas. Porém, em vez de pôr no centro da sua interpretação a antinomia entre as sociedades do passado e a sociedade de presente, Marx focaliza a contradição que lhe parece inerente à sociedade moderna, que ele chama capitalismo” Para Marx, os conflitos entre o proletariado e os capitalistas são centrais para o entendimento da sociedade capitalista e a luta de classes é uma “idéia decisiva” (Aron, p. 136) do pensamento de Marx. Para ele, em toda sociedade podemos distinguir a base econômica (infra-estrutura), constituída pelas forças e pelas relações de produção e as instituições jurídicas, políticas, modos de pensar, as ideologias (superestrutura) — concepção materialista da história. A sua interpretação histórica distingue, além da infra e superestrutura, a realidade social e a consciência — não é a consciência dos homens que determina a realidade, mas, ao contrário, é a realidade social que determina a sua consciência. Suas idéias permearão as ciências humanas e sociais, e muitas categorias teóricas desenvolvidas por Marx e pelos marxistas impregnarão de forma indelével a sociologia, tais como a de classe social associada à divisão do trabalho, as teorias da alienação, da mais-valia, do salário, da ideologia e muitos outros conceitos.

Se Marx contestou Comte, houve um outro pensador francês que, mesmo criticando a sua obra pelas suas “idéias demasiadamente especulativas”, como analisa Giddens (2005, p. 29), seguiu as suas pegadas no sentido de garantir a constituição de uma ciência que estudasse a vida social de maneira objetiva. Esse pensador foi Durkheim. Para ele, a sociologia tem como núcleo o estudo dos fatos sociais porque neles encontraríamos a possibilidade de entender as ações individuais. Para ele, os fatos sociais devem ser considerados como coisas, são externos aos indivíduos e exercem um poder coercitivo sobre os indivíduos; em sua própria definição: “É um fato social toda a maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coação exterior; ou ainda, que é geral no conjunto de uma dada sociedade tendo, ao mesmo tempo, uma existência própria, independente das suas manifestações individuais” e exemplificados pelo direito, pelas instituições, pelas crenças. As suas preocupações estenderam-se por diversos temas: a educação, a religião, o suicídio, a divisão social do trabalho, as distin-

ções entre o normal e o patológico, o sagrado e o profano. De um modo geral, os problemas da sua época e as mudanças que estavam ocorrendo nas duas últimas décadas do século XIX até a Primeira Guerra Mundial estiveram presentes em seus trabalhos, tentando encontrar uma resposta para: o que mantém a sociedade coesa e o que a fragiliza e a leva a perder seus objetivos? Nesse sentido, trabalha com algumas noções que se tomam chaves em sua obra: solidariedade social (orgânica e mecânica), anomia, consciência coletiva, representações coletivas.

Outro personagem fundamental na história da sociologia é Weber. Em sua definição de sociologia está a chave da sua excepcional construção teórica; para Weber, a sociologia é uma ciência que procurava compreender a ação social; considerava o indivíduo e suas ações como ponto-chave da investigação, evidenciando o que para ele era o ponto de partida da sociologia, ou seja, a compreensão e a percepção do sentido que o ator atribui à sua conduta. Ponto fundamental da sua construção teórica é o estabelecimento de que tipos ideais puros dos fenômenos sociais, inferidos das ações históricas são abstratos, construídos pela ciência, nesse processo que é a marca da sociedade e da ciência moderna — a racionalização (Aron, 1987, p. 482). A influência de Weber e de seus conceitos, além de racionalização e racionalidade são o de dominação e carisma. Três são as formas assumidas pela dominação: carismática, tradicional e racional-legal. Seus estudos sobre religião marcaram definitivamente este tema para a sociologia; quando ele estabeleceu as relações entre o capitalismo e a ética protestante, inscreveu-se como um dos clássicos das ciências sociais.

A sociologia iria trilhar um longo caminho a partir do século XIX e adentraria o século XX trazendo as marcas dos pioneiros, mas diversificando seu corpo teórico em distintas direções. Uma forma de simplificar a enorme quantidade de autores e idéias é sintetizá-los em suas principais direções. Adotando o esquema proposto por Giddens (2005, pp. 34-6) três das formulações que têm conexões com Durkheim, Marx e Weber são, respectivamente, o funcionalismo, a abordagem do conflito e o interacionismo simbólico.

O **funcionalismo** tem em Talcott Parsons (1902-1979) e Robert K. Merton (1910-2003) seus principais representantes. De um modo geral, independente das modulações assumidas, o "funcionalismo sustenta que a sociedade é um sistema complexo cujas partes trabalham conjuntamente para produzir estabilidade e solidariedade"; para esta corrente de pensamento, "a sociologia deveria investigar a relação das partes da sociedade umas com as outras e com a sociedade como um

todo" (Giddens, 2005, pp. 34, 35). Exemplos das possibilidades desta análise podem ser encontradas quando se analisam as funções que as instituições e as práticas desempenham para dar sustentação à sociedade, ou quando se procura entender os papéis sociais e suas funções para a continuidade da vida grupal. Verificar a integração, a interconexão dos componentes da sociedade também constitui um objetivo das análises funcionalistas; em sua visão, as sociedades devem buscar a manutenção da estabilidade e do equilíbrio. A minimização do conflito e a ênfase na coesão social são pontos críticos às teorias funcionalistas.

As **perspectivas de conflito**, ao contrário do funcionalismo, irão enfatizar as divisões na sociedade. Na oportuna síntese de Giddens (2005, p. 35), "Eles [os teóricos] tendem a ver a sociedade como sendo composta de grupos distintos que perseguem seus próprios interesses. A existência de interesses separados significa que o potencial para conflito está sempre presente e que certos grupos se beneficiarão mais dos que outros". Além disso, esses teóricos "examinam as tensões entre grupos dominantes e desfavorecidos dentro da sociedade e buscam compreender como as relações de controle são estabelecidas e perpetuadas".

A terceira perspectiva sociológica que se destaca é a que procede de Weber e sua teoria da ação social, segundo ele, as estruturas sociais são criadas pelas ações sociais dos indivíduos. A influência de Weber foi poderosa e indiretamente marcaria uma corrente de pensamento que se tornaria da maior importância para as análises sociológicas — o **interacionismo simbólico**. Esta corrente desenvolveu-se nos Estados Unidos e tem suas origens em John Dewey (1859-1952), filósofo e pedagogo e George Herbert Mead (1863-1931), filósofo, sociólogo e psicólogo. Herdeira do pragmatismo norte-americano esta tradição concebe o social como uma trama constituída por interações, ações e comunicações baseadas na linguagem e nos significados. Lembramos que a criação da expressão é devida a Herbert Blumer (1900-1987), que a usou em 1937.

A recuperação das principais perspectivas sociológicas é fundamental para se entender o processo de construção de um campo específico da sociologia — o da saúde — que não esteve inscrito nos primórdios da constituição da sociologia. Os clássicos da sociologia, embora se dedicassem aos problemas sociais, incluindo os que afetavam a vida das pessoas, famílias, grupos e populações, não privilegiaram a doença e a medicina como temas centrais em suas análises. Como veremos, a sistematização destas preocupações rumo a uma disciplina específica

aparece nas primeiras décadas do século XX, mas se efetivam após a segunda grande guerra (1939-1945), em especial nos Estados Unidos.

DA SOCIOLOGIA MÉDICA À SOCIOLOGIA DA SAÚDE

As origens: fim do século XIX e início do século XX

A sociologia médica foi definida pela primeira vez em 1894, por CHARLES MCINTIRE, em artigo sobre a importância dos fatores sociais na saúde; anos antes, em 1879, JOHN SHAW BILLINGS (1838-1913) havia associado o estudo da higiene com a sociologia. Em 1902, ELIZABETH BLACKWELL (1821-1910), a primeira mulher a graduar-se em medicina nos Estados Unidos, publicou um livro de ensaios sobre as relações medicina-sociedade e, em 1909, foi publicado o livro de JAMES P. WARASSE (1866-1957), *Medical Sociology*. HENRY E. SIGERIST (1891-1957) seria, também, pioneiro, ao publicar em 1929, o ensaio histórico-teórico "The Special Position of the Sick". Em realidade, o primeiro texto de caráter sociológico apareceu em 1927, de autoria de BERNARD J. STERN (1894-1956), intitulado *Social Factors in Medical Progress*, seguido do artigo de LAWRENCE J. HENDERSON (1878-1942), em 1935, tratando do relacionamento médico-paciente como um sistema social, e a partir de 1939, as pesquisas sobre doença mental da primeira Escola de Chicago, criada por William I. Thomas (1863-1944) e Robert E. Park (1864-1944).

O desenvolvimento

Os anos 1950

A partir do final da Segunda Guerra, a sociologia médica começou a transformar-se em atividade regular com participação das fundações privadas (Russell Sage Foundation, John Macys, Ford Foundation, Milbank Memorial Fund, Rockefeller Foundation) e governamentais (National Institute of Mental Health), que aplicaram recursos em inúmeros projetos de pesquisas.

Nesse período, o fato que se destaca é a reorientação da sociologia médica em direção à construção teórica, com a presença de Talcott Parsons (1902-1979) e o seu conceito de "papel de doente", enfatizando a representação ideal de como as pessoas na sociedade ocidental devem agir quando doentes (normas e valores) e do papel do médico (deveres e responsabilidades), sendo a doença uma forma de desvio

social e o cuidado médico um mecanismo apropriado de controle social para restaurar o equilíbrio social, em trabalho de 1951. Outros temas abordados: ROBERT K. MERTON (1910-2003), GEORGE G. READER (1919-2005) e PATRICIA KENDALL (1922-1990), sobre o estudante de medicina, em 1957; ROBERT STRAUS, sugerindo a distinção entre sociologia na medicina e sociologia da medicina, em 1957; AUGUST HOLLINGSHEAD e FREDRICK REDLICH, correlacionando diversos tipos de doenças mentais e classes sociais e formas de cuidados psiquiátricos, em 1958, e outras pesquisas em saúde mental que exerceram intensa influência no cuidado dos doentes mentais; RENÉE C. FOX (1928), sobre as relações pacientes crônicos e equipe médica, em 1959.

Em 1959, é formalmente criada a Seção de Sociologia Médica da American Sociological Association (ASA), cujas origens estão no Committee on Medical Sociology, de 1955. Data desse período a publicação dos primeiros compêndios: L. SIMMONS & H. WOLFF — *Social Science in Medicine*, 1955 e E. G. JACO — *Patients, Physicians and Illness*, 1958.

Os anos 1960 — a segunda Escola de Chicago

Os anos 1960 serão marcados pelas concepções de sociólogos que se voltam para o interacionismo simbólico, sob a influência de E. HUGHES (1897-1983), H. BLUMER (1900-1987), L. WARNER (1898-1970). Destacam-se estudos sociológicos com temas da medicina e saúde: ERWING GOFFMAN (1922-1982); HOWARD BECKER (1928), sobre uso de drogas; ANSELM STRAUSS (1916-1996). DAVID MECHANIC, dentro de uma outra perspectiva, inicia a sua produção nos anos 1960, quando apresenta, em 1962, seu conceito de "illness behavior" (comportamento na doença), SAMUEL W. BLOOM (1921) escreve o primeiro texto que se volta para o ensino de sociologia para estudantes de medicina, em 1963. Até o final dos anos 1960, os autores estudam o comportamento na doença enfatizando as diferenças culturais na interpretação dos sintomas, atribuições de causas e busca de ajuda, muitas vezes sintetizados em modelos, como é o caso do "health belief model".

Lembramos, que para os Estados Unidos, os anos 1960 e a década seguinte marcam um período de ênfase dos programas governamentais para a melhoria da saúde da população pobre, como o Medicaid e o estabelecimento de centros de saúde comunitários.

O *Journal of Health and Social Behavior*, antigo *Journal of Health and Human Behavior*, torna-se, em 1964, o órgão oficial da American Sociological Association (ASA) para a área de Sociologia Médica.

As mudanças de perspectivas dos anos 1960 para a década de 1970

Bloom (2002, p. 278) assinala que no final dos anos 1960 ocorrem mudanças nas abordagens da sociologia médica. Os cinco núcleos principais dessas perspectivas são tipológicos, ou seja, não pressupõem que ao adotar uma nova perspectiva, a anterior tenha sido completamente eliminada. O quadro abaixo sintetiza essas passagens:

DE	PARA
Um esquema de referência socio-psicológico	Análise institucional
Pesquisa de temas sobre as relações sociais de pequena escala	Sistemas sociais amplos
Análise de papéis em estabelecimentos limitados	Análise de organizações complexas
Interesses teóricos básicos com análises clássicas de comportamento	Ciência política dirigida à sistemática tradução do conhecimento básico em processo de tomada de decisões
Uma perspectiva de relações humanas	Análise de estrutura de poder

Embora a expressão *sociologia médica* seja usada, verificamos que a ênfase deixa de ser exclusivamente sobre a medicina e profissão médica para deslocar-se em direção à saúde e a outras profissões dessa área

A década de 1970

Na década de 1970, as novas tendências acima apontadas, frutos das críticas feitas à organização dos serviços, e ao desafio dos problemas com as doenças crônicas e do acesso aos serviços de saúde, apresentam novos debates e autores. Muitos autores já vinham produzindo

do desde os anos anteriores, mas firmam nesse momento uma expressiva contribuição ao campo. Duas correntes elaboraram expressivos trabalhos: interacionistas e marxistas.

Interacionistas

Os pesquisadores da escola interacionista prosseguem em suas pesquisas iniciadas nos anos 1960; E. Goffman com seu estudo sobre a vida em um hospital de doentes mentais — *Asylums*, 1961, quando elabora o conceito de “instituição total”; E. FREIDSON (1923-2005), sobre a experiência subjetiva da doença e os conflitos entre pacientes, profissionais e instituições médicas e uma vigorosa crítica à abordagem parsoniana — médicos e pacientes têm perspectivas divergentes, baseadas em suas posições na sociedade, em seu texto de 1970, que se tornaria um clássico sobre a profissão médica.

Marxistas

Os anos 1970 trazem para o interior da sociologia médica as perspectivas da economia política, associando o tema da desigualdade em saúde e os fatores de risco em saúde às características estruturais da sociedade; VICENTE NAVARRO (1976); HOWARD WAITZKIN (1983, 1998) põem em evidência que fatores estruturais e políticos são determinantes das doenças que ocorrem na sociedade e que o papel funcional da organização das instituições de saúde na manutenção do capitalismo põe em discussão as ambigüidades do processo da *managerial decision* e sua construção ideológica. Nessa linha de pensamento, Navarro (1976) assinala que “o conhecimento e a tecnologia médica não têm uma existência separada do capitalismo, ou melhor, eles são os produtos dele”

Somente nos anos 1970 ocorreu o avanço da sociologia médica na Inglaterra e na França, apresentando desenvolvimentos diferentes dos ocorridos nos Estados Unidos. Na Grã-Bretanha, o desenvolvimento é marcado pela criação, em 1969, do Medical Sociology Group, junto à British Sociological Association, e a publicação da primeira edição do *Medical Sociology Register in Britain: a Register of Research and Teaching*, em 1970. Como assinalam Annandale & Field (2001, pp. 248, 249), foi nessa década que se desenvolveram os esforços a fim de que a disciplina estabelecesse suas fronteiras disciplinares e uma agenda de pesquisa além da tendência centrada na medicina, ampliando e diversificando o seu escopo. Na atualidade, as áreas temáticas que têm definido o cam-

po "refletem muito claramente as relações da sociologia médica com a sociologia acadêmica, com a medicina e com a política de saúde" (p. 249). Dentre os pioneiros do campo, destacam-se MARGOT JEFFERYS (1916-1999) e GEORGE BROWN.

Em relação à França, os autores apontam que, paradoxalmente, o país que viu o simultâneo nascimento tanto da sociologia (Durkheim) como da clínica (Bichat, Laennec, Corvisart), teve um tardio desenvolvimento no campo da sociologia e da saúde pública. Orfali (2001, p. 279) situa esta questão, lembrando que pode estar associada "às amplas reservas em estudar o determinismo social em um campo aparentemente governado exclusivamente por mecanismos biológicos", como, também, à "aversão dos fundadores da sociologia às explicações biológicas, ou a qualquer espécie de darwinismo social". Prossegue a autora dizendo que a emergência da sociologia médica nos anos 1970 ocorre "em conjunção com as primeiras controvérsias sobre o poder médico e os primeiros estudos sobre o hospital e reformas médicas" (Orfali, 2001, p. 280). Na atualidade, há uma diversidade de estudos adotando formulações teóricas diversificadas, como as procedentes do interacionismo, da etnometodologia, etc. A primeira coletânea de textos é publicada por CLAUDINE HERZLICH, em 1970, que havia realizado um dos mais importantes estudos sobre as representações sociais na saúde, entrevistando pessoas que viviam em Paris e na zona rural da Normandia, publicado em 1969, e, ainda, organizou junto com Phillipe Adam, em 1994, o primeiro compêndio de sociologia da medicina e da doença, publicado na França.

Os anos 1980 e 1990

Nos anos 1980, profissionalmente, a sociologia médica parecia estar no ápice do seu desenvolvimento: oito por cento dos membros da American Sociological Association pertenciam à Section on Medical Sociology, dos 228 departamentos de sociologia, 226 ofereciam especialização em sociologia médica, período em que começam a ocorrer algumas mudanças nos financiamentos e na ênfase na "behavioral science". Independente do enorme crescimento da área, muitos autores retomam a análise do próprio campo da sociologia da saúde, refletindo sobre a situação da área e de suas temáticas (Fox, 1989; Perlin, 1992; Levine, 1995; Bloom, 1986, 1990, 2002). Relatam que o crescimento é evidente, mas fez-se acompanhar de fragmentação e falta de perspectivas teóricas para abordar os problemas organizacionais da saúde. Apon-

tam que o campo apresenta um caráter paradoxal em seu desenvolvimento — sua esfera é potencialmente vasta, o número de cientistas sociais que têm sido atraídos para a sua órbita é impressionantemente amplo, a literatura extensa, mas os temas são relativamente restritos e seletivos. Se, de um lado, é positiva a existência de um pluralismo intelectual, de outro há dificuldade de se alcançar um nível maior de integração teórica e metodológica. Tendo em grande parte a sua origem nos departamentos de sociologia, as questões de saúde deslocam-se, nos anos 1980, para os departamentos das escolas de saúde pública, administração e medicina preventiva. Dentre os novos campos de estudos, os anos 1980/1990 assistem à ênfase na análise dos aspectos sociais da aplicação das tecnologias de alto custo, estudos sobre a qualidade dos cuidados, bioética como tema sociológico, assim como à construção social da investigação em saúde.

A SOCIOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL

Assinalamos, nas partes anteriores, como a sociologia da saúde estruturou-se nos Estados Unidos, líder nesta área, e como, paulatinamente, foi se estabelecendo em dois países europeus. Há importantes desdobramentos dessa área em outros países, como no Canadá e países da Europa, e algumas experiências latino-americanas. Sendo a nossa intenção oferecer um amplo panorama e situar as suas principais conquistas, deixamos, até mesmo por questão de espaço, de relatar os vários desenvolvimentos alcançados. Voltaremos a atenção para o Brasil, onde as ciências sociais em saúde, incluindo a sociologia, a antropologia, a ciência política e a história, conseguiram, em tempo relativamente curto — cerca de três décadas —, estabelecer-se como área de pesquisa e de docência. Trabalharemos, como estamos fazendo ao longo deste texto, com a sociologia, embora muitos autores no Brasil realizem suas investigações na interface da sociologia, da antropologia e da história. Antes, devemos situar, de forma extremamente simplificada, alguns aspectos da sociologia brasileira e dos primórdios da sociologia da saúde.

Miceli (1989, pp. 72, 73), ao elaborar detalhada análise sobre os "Condicionantes do Desenvolvimento das Ciências Sociais", expõe que "Entre 1930 e 1964, o desenvolvimento institucional e intelectual das Ciências Sociais no Brasil esteve estreitamente associado, de um lado, ao impulso alcançado pela organização universitária e, de outro, à concessão de recursos governamentais para a montagem de centros de de-

bate e investigação que não estavam sujeitos à chancela do ensino superior". Outro ponto levantado pelo sociólogo: "No eixo Rio de Janeiro-São Paulo, os principais marcos da história política dos anos 30, 40 e 50 estão na raiz dos empreendimentos decisivos para a institucionalização das Ciências Sociais no país, firmando-se um paralelismo estreito entre as demandas do sistema político e os contornos do campo institucional em que se movem os praticantes das novas disciplinas". Lembramos algumas datas que se destacam nos anos 1930: a criação da Escola de Sociologia e Política, em 1933, e da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, em 1934, e da Universidade do Distrito Federal, em 1935, mas que não assumiram durante muito tempo a questão da saúde como tema. Esta preocupação será tarefa dos anos 1970.

Na história brasileira das ciências sociais em saúde há também precursores e dentre eles os folcloristas sempre citados pelos trabalhos sobre medicina tradicional, medicina folclórica e que aportaram preciosas informações sobre as chamadas práticas populares em medicina. Ao lado dessa corrente, cumpre mencionar a que se projeta a partir de "médicos-cientistas sociais", como NINA RODRIGUES (1862-1906), ARTUR RAMOS (1903-1949) e AFRÂNIO PEIXOTO (1876-1947), o chamado pensamento higienista (Novaes, 2003).

Em realidade, o primeiro trabalho sociológico sobre a doença, no caso a tuberculose, foi publicado em 1950, por ORACY NOGUEIRA (1917-1996), resultado de suas pesquisas para a dissertação de mestrado. Nogueira, após o mestrado, em 1945, seguiu para os Estados Unidos, tendo sido aluno de Everett Hughes, W. L. Warner, Robert Redfield, Louis Wirth, alguns deles já citados neste texto. Dos estrangeiros que permaneceram no Brasil por longo tempo, destaca-se o sociólogo francês ROGER BASTIDE (1898-1974), cujo livro sobre a sociologia das doenças mentais é de consulta obrigatória para os estudiosos da área da saúde. Outros pioneiros são os antropólogos CHARLES WAGLEY (1913-1991) e KALERVO OBERG (1901-1973); eles estiveram no Brasil a partir do final dos anos 1930, e nos anos 1950 associaram-se a projetos na área da saúde; Wagley, a convite do Museu Nacional, chegou em 1939 e assumiu, também, a Divisão de Educação Sanitária do Sesp. Somente na década de 1960, GILBERTO FREIRE (1900-1987) iria tratar da sociologia da medicina (Freire, 1965), não sendo estranha à sua obra a discussão biocultural, como analisa Bertolli Filho (2003), e, antes dele, o médico JOSUÉ DE CASTRO (1908-1973), em 1933, realizou o "Inquérito sobre as Condições de Vida das Classes Operárias do Recife", primei-

ro estudo desta natureza no Brasil, mas, como aconteceu com os clássicos da sociologia, os nossos clássicos não tomaram a medicina e a saúde como temas específicos de pesquisa.

Assim, há contribuições esparsas que aparecem ao longo dos anos 1950 e 1960, e na metade dos anos 1960 as ciências sociais vão encontrar um terreno propício para início de um desenvolvimento mais sistemático, tanto a partir da vertente pedagógica, como mediante a atuação dos primeiros cientistas sociais em atividades de pesquisa, assim como das primeiras publicações nessa área.

Podemos dizer que o interesse maior pelas ciências sociais no final dos anos 1960 e início dos 1970 deve-se a uma série de fatores, dentre os quais a crítica aos modelos explicativos que informavam a educação médica na América Latina e que em outros países já havia produzido tentativas de reforma do ensino, visando a atenção integral ao paciente, assim como a integração dos conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais na compreensão do processo da doença. Data desse momento a percepção de que a teoria unicausal não podia explicar as complexas relações entre as condições de vida da população e suas doenças, e explicações multicausais são buscadas. Somente na segunda metade dos anos 1970, os estudos iriam avançar no sentido de entender a determinação social do processo saúde-doença com a utilização de um marco de referência que ultrapassa a explicação multicausal — a determinação social da doença.

Alie-se a essa preocupação a presença de inquietantes indicadores de saúde que mostravam a alta mortalidade infantil e o desamparo oficial de extensas camadas da população sem atenção médica básica. A necessidade de quadros de referência teórica que privilegiassem a mudança social e o conhecimento de aspectos macroestruturais torna-se essencial. Como é assinalado por Carvalho (1997, p. 60), "É, enfim, nos anos 70, que as variáveis sociais e as abordagens macroestruturais tomam de assalto as análises sobre o processo saúde-doença, exigindo uma reconfiguração da agenda técnico-científica dos profissionais de saúde". Um dos caminhos encontrados foi incrementar estudos que dessem conta dos aspectos sociais e coletivos da saúde e a formação de pessoal especializado, quer seja na especialização em saúde pública *stricto sensu*, quer seja nos cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado). Acrescente-se o apoio financeiro da Finep (Financiadora de Estudos e Pesquisas), que nos anos 1980 será uma grande fomentadora de projetos na área de saúde coletiva. Outras agências importantes que se destacam no fomento à pesquisa são o CNPq (Conselho Nacio-

nal de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), a Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e, no estado de São Paulo, a Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

Trabalhos marcantes dos anos 1970

Sem dúvida, a produção com perspectivas sociológicas em saúde, seria em sua grande maioria, resultado dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva, congregando a procedente das escolas de saúde pública, departamentos de medicina preventiva e social e dos institutos de medicina social e torna-se expressiva a partir do final dos anos 1970. Recordamos que, em 1970, DOMINGOS DA SILVA GANDRA JR. defende, na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal de Minas Gerais, a tese de doutorado que, de forma pioneira, trabalhou entre nós o processo social da estigmatização, tomando a lepra como objeto de estudo.

A partir da metade dos anos 1970, destacam-se alguns trabalhos que se tornariam a marca das preocupações com os aspectos sociais da doença e da prática médica e que são anteriores aos cursos de saúde coletiva.

A referência é aos dois livros elaborados por CECÍLIA DONNANGELO (1940-1983) a partir de suas teses de doutorado e livre-docência, defendidas, respectivamente em 1973 (Donnangelo, 1975) e 1976 (Donnangelo & Pereira, 1976), num momento em que a teoria marxista assumia papel de relevância nas explicações sociológicas do processo saúde-doença e das práticas em saúde. Em seu primeiro trabalho, a autora analisa o trabalho médico e sua inserção na estrutura da sociedade, em uma investigação que abrangeu 905 profissionais médicos em atividade na região da Grande São Paulo, realizada em 1971. O trabalho, como assinala a autora, "incide, sobretudo, em aspectos diretamente referentes às modalidades do trabalho médico, entendidas aqui como as formas pelas quais o médico, enquanto trabalhador especializado, participa do mercado e se relaciona com o conjunto dos meios de produção dos serviços de saúde" (Donnangelo, 1975, p. X). Dividido em três partes, analisa as relações Estado e assistência médica, o médico no mercado de trabalho, a profissão médica e seus valores tradicionais e as ideologias (liberalismo, ideologia empresarial e estatização) na construção das ideologias ocupacionais. Ressaltamos, dentre as conclusões, um ponto que evidencia as formas assumidas pela prática médica, ao

lermos que "o aumento da divisão técnica do trabalho, consistente na diferenciação das especialidades, e o assalariamento como modalidade predominante de integração no mercado de trabalho, correspondendo a alterações nas técnicas de produção e nas relações sociais do trabalho, evidenciam os sentido mais geral das mudanças no setor: a passagem do padrão «artesanal» para novas modalidades de organização da produção" (Donnangelo, 1975, p. 171).

O segundo trabalho de Donnangelo, originalmente denominado "Medicina e Estrutura Social: o Campo de Emergência da Medicina Comunitária", seria publicado como *Saúde e Sociedade* englobando em seu apêndice os comentários do sociólogo Luiz Pereira (Donnangelo & Pereira, 1976). Como é sintetizado pela autora, a ideia básica que se procurará investigar, "a de que a especificidade das relações da medicina com a estrutura econômica e a estrutura político-ideológica das sociedades em que domina a produção capitalista se expressa na forma pela qual a prática médica participa da reprodução dessas estruturas através da manutenção da força de trabalho e da participação no controle das tensões e antagonismos sociais" (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 14).

Ainda nos anos 1970, destacamos o trabalho elaborado pelo médico-sanitarista SÉRGIO AROUCA. Nele, o autor traça uma análise crítica da medicina preventiva e social apoiada no materialismo histórico de Louis Althusser e na metodologia da "história arqueológica" de Michel Foucault, produto da sua tese de doutorado defendida em 1976 (Arouca, 2003). A tese aborda a trajetória da medicina preventiva como prática discursiva, desde sua emergência como higiene no século XIX, ligada ao desenvolvimento capitalista e à ideologia liberal, a crise da atenção médica nos EUA, nas décadas de 1930 e 1940, a ameaça de intervenção estatal, as reações da corporação médica, a redefinição de responsabilidades médicas no pós-guerra e as demandas do cuidado como direito social. Analisa a apreensão do discurso pelas organizações internacionais e sua projeção no campo da educação médica, como um projeto de mudança na formação profissional. Dentre as conclusões, salienta, em relação ao movimento preventivista, "a baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica os constituir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações" (Arouca, 2003, p. 252).

Não foram somente as tradições do materialismo histórico que marcaram os estudos dos anos 1970. Dentre os que utilizaram a perspectiva do funcionalismo, sobressai, pela correta utilização metodológica

da abordagem mertoniana, a pesquisa de CÉLIA ALMEIDA FERREIRA-SANTOS (1973). Nesse estudo, a socióloga analisa o comportamento das enfermeiras de nível superior em suas relações com outros atores, no caso médicos, elementos da administração, professores de enfermagem, outras enfermeiras, auxiliares de enfermagem, pacientes e a sociedade onde vivem. Ao analisar a posição social das enfermeiras, mostrou que seu papel tinha inconsistências e que não se integrava completamente no sistema hospitalar e na sociedade global. Interessante lembrarmos que a própria enfermagem seria posteriormente analisada nos moldes do materialismo histórico, deixando de lado o enfoque funcionalista, o mesmo se tendo passado com o serviço social. Mais recentemente, a enfermagem iria incorporar em suas pesquisas sobre os profissionais, além da revisão histórica da profissão, os marcos da fenomenologia e do interacionismo simbólico.

A década ainda não havia se encerrado, quando um grupo de estudiosos coordenados por ROBERTO MACHADO realiza a mais completa recuperação das origens da história da medicina social brasileira e da psiquiatria, utilizando o referencial da "história arqueológica" de Foucault. Nesse texto, Machado e colaboradores (1978, p. 12) ressaltam que "a ida ao passado, o projeto de pesquisar as origens da psiquiatria e mais globalmente da medicina como discurso e como prática política, é, ele próprio, esclarecido pelo presente, determinado pela exigência de aprofundar sua crítica e fornecer elementos para a transformação das condições atuais de seu modo de intervenção".

No mesmo ano da publicação desse trabalho é defendida uma dissertação de mestrado, no Departamento de Economia da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas), que se tornaria referência para os estudos sobre a saúde. Trata-se do estudo de JOSÉ CARLOS DE SOUZA BRAGA, posteriormente publicado junto com o de SÉRGIO GÓES DE PAULA, que também havia apresentado sua dissertação, na USP (Universidade de São Paulo, em 1977 (Braga & Paula, 1981). Tomando a publicação conjunta como referência, ressaltamos a sua importância ao tratar a saúde como "questão social", que emerge no Brasil no contexto da economia exportadora capitalista. Trata-se, na análise de Novaes (2003, p. 71), de "Uma obra irretocável devotada ao estudo do início do pensamento dos economistas em saúde ao mesmo tempo em que referência obrigatória aos interessados na história do pensamento e ação dos Serviços de Saúde Pública no Brasil".

Ainda nesta década, é publicado o expressivo trabalho de MADEL T. LUZ (1979). Esse conjunto de estudos sobre as instituições de saú-

de no Brasil recebeu de Donnangelo a seguinte apreciação: "As instituições constituem aqui o ângulo privilegiado a partir do qual a autora busca compreender as ambigüidades do processo de implantação do poder como poder hegemônico de classe. Tal perspectiva não se reduz, em absoluto, a uma estratégia de análise. Corresponde, antes, a um original esforço teórico de interpretação da relação entre macropoder e micropoderes sociais no qual as instituições aparecem como «modos de poder de um modo de produção social», como lócus no qual, através de saberes e práticas específicos, se exercem a dominação mas também as resistências à dominação de classe".

Seguindo os passos de sua orientadora, Cecília Donnangelo, o médico RICARDO BRUNO MENDES GONÇALVES, defende, em 1979, o mestrado analisando o trabalho médico na perspectiva do materialismo histórico.

Ao fazermos referência a esses trabalhos, devemos lembrar que eles exemplificam o campo que estava se constituindo e que apresentou notável incremento nos anos 1970. Impossível a citação nominal, mas ao lado desses estudos alinham-se muitos outros que procuraram acerrar-se dos problemas sanitários na perspectiva da epidemiologia, visando estabelecer relações da doença, da desnutrição, com a estrutura social, ou com categorias analíticas procedentes do campo sociológico. Sem dúvida, os estudos que mais se aproximam das ciências sociais são os que se dedicam às práticas de saúde (Donnangelo, 1983, pp. 31, 32).

Alguns exemplares dos anos 1980 e 1990

As principais linhas de investigação que vinham da década anterior encontrarão forte desenvolvimento nas décadas de 1980 e 1990, marcadas por importantes eventos, como a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986. Esta conferência será um marco da segunda metade dos anos 1980, não somente pelo seu significado político, mas pelos desdobramentos em direção a muitos temas de relevância como a saúde do trabalhador, a saúde da mulher e os direitos reprodutivos, mas também pelo fato de ter descortinado a possibilidade de estudos balizados pelas ciências sociais.

Além disso, é o período de estruturação da Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), criada em 1979 e que será a grande incentivadora do ensino e da pesquisa em diversas áreas da saúde coletiva, incluindo as ciências sociais.

Ocorre, também, um aumento na oferta de serviços públicos de saúde (por exemplo, o número de hospitais públicos cresceu de 1.217 para 1.966, de 1980 a 1989); de outro lado, observamos queda na mortalidade infantil (em 1980 era de 82,8/1.000NV e em 1990, era de 48,3/1.000NV), mas a presença terrível da violência, que segundo Minayo (2005) cresceu, a partir dos anos 1980, mais de cem por cento, será marcante dessas duas décadas.

As palavras de Minayo (2005) sintetizam de forma clara a situação, ao escrever que "O perfil da morbimortalidade está muito mais relacionado ao estilo de vida do que aos problemas biológicos propriamente ditos. A primeira causa de morte são as doenças cardiovasculares, a segunda, a violência, e a terceira, os cânceres. E uma mudança que começou nos anos 60: o estilo de vida determinando as condições de saúde da população, e do qual a violência é componente fundamental. Não é um problema solto, não caiu de pára-quadras. Faz parte da sociedade e da forma como a sociedade estabelece suas relações, sua comunicação e sua vida". Assim, esses problemas, junto com os das doenças epidêmicas antigas e os trazidos com as novas patologias, como DSTs/aids, constituíram um amplo panorama que não ficou alheio aos estudiosos que a eles aplicaram os instrumentos das metodologias qualitativas e quantitativas.

Problemas de outras naturezas, como os educacionais e os relacionados às práticas de saúde, também irão figurar na agenda dos médicos e cientistas sociais.

No início dos anos 1980, dois estudos se tornariam referência: o primeiro elaborado pela médica LILIA BLIMA SCHRAIBER, como dissertação de mestrado defendida em 1980 e publicada em 1989, abordaria a educação médica como prática técnica e social inserida na ordem capitalista, e o segundo da socióloga AMÉLIA COHN (1980), tese de doutorado que aborda de forma pioneira a questão da previdência no Brasil sob a ótica do processo político. Ambas continuariam seu percurso no campo da saúde com uma produção que iria se destacar, dentre outros motivos, pela abordagem de temas relevantes à saúde pública e às ciências sociais, respectivamente, sobre o trabalho médico e sobre as questões políticas das reformas sanitárias brasileiras.

Outra fonte de enriquecimento das ciências sociais, em especial da sociologia, foi a elaboração de coletâneas com distintas contribuições, abordando uma grande variedade de temas. Esta forma de divulgação, que, como vimos, faz parte da história da sociologia da saúde nos Estados Unidos, seria também aqui adotada, à medida que cresceu

a produção científica. Os dois primeiros foram organizados por EVERARDO DUARTE NUNES (1983, 1985), reunindo textos do campo da medicina social e, na metade dos anos 1980, trazendo os resultados da II Reunião de Ciências Sociais em Saúde, realizada em Cuenca (Equador), em 1983. Neste segundo trabalho, há uma ampla revisão das ciências sociais na América Latina, um estudo sobre as principais disciplinas do campo (sociologia, antropologia, economia, psicologia social) e estudos sobre temas relevantes na área. Outras coletâneas seriam organizadas, fruto das diversas reuniões de cientistas sociais, como é o caso de ANA MARIA CANESQUI (1995, 1997), PAULETE COLDENBERG, REGINA MARIA GIFFONI MARSIGLIA e MARA HELENA DE ANDREA GOMES (2003) e a partir dos Congressos Latino-Americanos de Ciências Sociais e Saúde, realizados bianualmente, o último tendo ocorrido em 2003, no Brasil. Este último abordou questões históricas, sociológicas, antropológicas, filosóficas e éticas e destacou abordagens disciplinares tratando de temas específicos (Minayo & Coimbra Jr., 2005).

Uma questão a se destacar no campo da sociologia da saúde no Brasil foi a preocupação com as questões teóricas e metodológicas. Nesse sentido, não podemos deixar de mencionar alguns autores que a elas se dedicaram. Em 1983, JOSE CARLOS PEREIRA elaborou uma análise da medicina social a partir de pesquisas realizadas no campo das ciências sociais e que haviam utilizado as ferramentas teóricas do funcionalismo, materialismo histórico e sociologia compreensiva (Pereira, 1983). Citamos dentro desta linha de preocupações, o estudo de Madel T. Luz (1988) que aborda as relações natureza, razão e sociedade, tematizando as raízes sociais da racionalidade científica moderna, para isso, serve-se de campos paradigmáticos: a medicina e a sociologia.

Somente em 1993 é publicado o livro de MARIA CECILIA DE SOUZA MINAYO cujo título aponta para os seus objetivos: "O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde" torna-se referência obrigatória para os profissionais da área da saúde. Minayo (1992) não somente oferece uma clara e objetiva epistemologia da pesquisa social, mas a ela acrescenta a sua prática de pesquisadora, trazendo ao leitor a sua rica experiência na área da saúde. Alguns anos depois, a cientista social traz uma excepcional complementação a este trabalho. Cecília, juntamente com SUELY FERREIRA DESLANDES, organizam uma coletânea de trabalhos que tomam as mulheres e as crianças como protagonistas. Não se trata exclusivamente da abordagem sociológica, mas inclui estudos antropológicos e históricos que analisam o processo saúde-doença. Sendo um livro de metodologia, a sua contribuição esten-

de-se pelos meandros da complexidade, aprofunda a reflexão sobre a compreensão e a crítica em um erudito diálogo com a hermenêutica e a dialética, para situar temáticas profundamente vinculadas às ciências sociais, como a representação e a experiência da doença, sem se esquecer dos debates sobre a epidemiologia e a ciência da informação. Ao destacarmos estes estudos, gostaríamos de salientar que esses autores não se dedicaram somente a teorizar sobre o campo, mas trouxeram destacada contribuição às pesquisas empíricas. Nesse sentido, Cecília Minayo alicerça as suas idéias sobre a violência em investigações que procuram integrar a sociologia, a antropologia e a epidemiologia. De outro lado, sua mais recente obra, que revisita e amplia o estudo de ambientes e pessoas pesquisados há vinte anos, realiza uma excepcional tarefa de integrar pesquisa de campo, documentos e análises históricas, sociológicas e antropológicas centradas na força de trabalho dos mineradores da Companhia Vale do Rio Doce (Minayo, 2004).

Ainda, revisitando o campo da sociologia da saúde numa perspectiva de traçar a sua história e seus principais componentes teóricos conceituais, Everardo Duarte Nunes (1999) publica o livro *Sobre a Sociologia da Saúde*.

Ao adentrarmos a última década, percebemos que a estrada da sociologia da saúde não somente estava aberta, mas frutificara em inúmeros caminhos. Estes caminhos não se dissociaram da sua origem maior — a sociologia e seguidamente retornaram aos clássicos e àqueles que ao lerem os fundadores também contribuíram com suas idéias, como Pierre Bourdieu, Anthony Giddens, Cornelius Castoriadis, Edgar Morin, e muitos outros.

Sendo área de convergência a sociologia da saúde, muitas vezes não estabelece claramente seus limites com a antropologia, a ciência política e a história. Há claros exemplos de excelentes trabalhos que se situam nessa interseção, como o caso dos estudos de MARIA ANDRÉA LOYOLA. Loyola (1984) pesquisou as práticas de saúde de residentes na Baixada Fluminense, seguindo metodologias da antropologia (entrevistas e observação), mas situou as práticas populares relacionado-as aos serviços de cura. Posteriormente, sua linha de pesquisa sobre sexualidade e reprodução assenta-se em uma ampla configuração na qual o biopoder é um dos espaços da construção desse discurso na modernidade. Da mesma forma, Madel T. Luz irá abordar as racionalidades médicas não somente como participantes de diferentes cosmologias, mas historicizando esses processos, e, para tal, utilizando a confluência interdisciplinar como caminho. Cite-se, ainda, LUIZ FERNANDO DIAS

DIARTE, com formação em antropologia social, cujas pesquisas no campo da antropologia da pessoa e da sexualidade, apresentam claramente a necessidade de pesquisas que busquem "interligar as dimensões mais ideológicas, simbólicas, dos fenômenos estudados com suas dimensões práticas, institucionais, políticas". Há muitos outros pesquisadores cujas pesquisas são exemplos de estudos interdisciplinares, nos quais estão presentes a sociologia e a psicanálise (por exemplo, JOEL BIRMAN JURANDIR FREIRE COSTA, JANE ARAUJO RUSSO) ou a história e a sociologia (por exemplo, NÍSIA TRINDADE, LUIZ ANTONIO CASTRO-SANTOS, GILBERTO HOCHMAN, PAULO CADELHA), sociologia e educação (VINCENT VALLA, EDUARDO NAVARRO STOTZ), ciência política (REGINA BODSTEIN), pesquisas qualitativas (MARIA AUGUSTA ALVARENGA), sociologia e espaço urbano (RUBENS ADORNO), sociologia das profissões (MARIA HELENA MACHADO), sociologia política (ELIZABETH BARROS), sociologia do trabalho (CARLOS MINAYO), sociologia e ambiente (CARLOS MACHADO DE FREITAS), políticas públicas (NILSON DO ROSARIO COSTA), sociologia e antropologia (PAULO CÉSAR ALVES).¹

Não apenas pela interdisciplinaridade presente nos estudos na sociologia da saúde, mas pelo fato de apresentar um número crescente de autores em diversos cursos de pós-graduação, como é o caso da Escola Nacional de Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo), Faculdade de Saúde Pública da USP, do Instituto de Medicina Social/Uerj (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), e dos diversos grupos de Saúde Coletiva, na Bahia, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Ceará, Paraná, Minas Gerais, São Paulo e em outros locais, situamos nesta parte do trabalho as principais temáticas que têm sido abordadas pelas ciências sociais em saúde.

As principais temáticas

Como afirmamos acima, neste momento o objetivo é sintetizar a produção científica do campo, apresentando as grandes linhas de pesquisa e temas investigados. Nesse sentido, deixamos de considerar a especificidade da sociologia para abranger o campo mais amplo das ciências sociais.

¹ Reconhecemos ser esta uma relação incompleta de pesquisadores, mas os limites do trabalho impedem um detalhamento maior. O projeto de pesquisa da doutoranda Juliana Luporini do Nascimento, sob a orientação do Prof. Everardo Duarte Nunes, tem como proposta um estudo detalhado dos profissionais em ciências sociais e saúde, com base na plataforma Lattes e entrevistas

Reverendo a produção científica dos anos 1990, quando da realização do I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, em 1993, na oficina que teve como tema "A Contribuição dos Cientistas Sociais na Construção do Campo da Saúde", em um grupo de quinze participantes, doze apresentaram trabalhos, podendo-se constatar que, nesse momento, havia uma grande preocupação de "pensar a área" (Nunes, 1995, p. 36). Estabelece-se uma análise reflexiva que pôs em evidência as amplas possibilidades das análises sociológicas, nos mais diversos temas, "desde os que se voltaram para analisar a contribuição das ciências sociais na avaliação de riscos químicos; ou sobre os movimentos sociais e saúde; ou sobre a análise das profissões de saúde; ou sobre estudos de gênero, incluindo as análises das políticas de saúde e dos sistemas de saúde; assim como os trabalhos de caráter epistêmico, em que as questões teóricas estão presentes de forma detalhada, embora nenhum dos trabalhos tenha se afastado de trazer para o interior da discussão as questões de caráter conceitual".

Desta pequena amostra de estudos, podemos destacar que a área, ao longo dos anos, foi se estruturando em vertentes teóricas que a enriqueceram de maneira que a situe no mesmo nível de outros campos de interesse da sociologia, antropologia e ciência política. Nesse sentido, trava-se um debate diante da crise dos modelos das grandes explicações, totalizantes, o que conduz à percepção da necessidade de se trabalhar os microaspectos sociais, a subjetividade, a questão da construção das identidades coletivas, com a utilização de conceitos que permitam a mediação entre estrutura e ação social. Também o caráter restritivo que ocorreu na análise das relações do Estado com as políticas de saúde quando da utilização de uma perspectiva estrutural. Novamente, volta-se a comentar a necessidade de se articular as dimensões macro e micro, associadas ao resgate dos atores coletivos. De outro lado, a doença passa a ser estudada em seus aspectos simbólicos, por meio das próprias narrativas dos sujeitos adoecidos. As trajetórias profissionais irão acrescentar ao campo dos estudos das profissões de saúde, especialmente a médica, uma nova perspectiva, completando os aspectos histórico-sociais que já vinham sendo objeto de investigação, numa vertente de pesquisas qualitativas extremamente originais (Nunes, 1995).

Um outro trabalho que procurou situar as áreas temáticas foi realizado por Canesqui (1998), que tomou como base a informação de 158 profissionais que apontaram os seus temas e disciplinas de interesse, totalizando 196 respostas. Como temas que se destacam, aparecem: política e instituições de saúde (29,05%), saúde e sociedade (11,5%),

recursos humanos (8,0%), planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde (6,6%), movimentos sociais e saúde (5,6%); respectivamente, com 4,0%, educação e comunicação em saúde e saúde reprodutiva, sexualidade e gênero; com 3,7%, respectivamente, teoria e metodologia da pesquisa e sistemas terapêuticos ou alternativos de cura; e com 3,0%, violência e saúde. Verifica-se que o campo estruturase, como nas décadas anteriores, em uma estreita relação com as principais problemáticas socioeconômicas e políticas de saúde. A autora do trabalho apontava "uma tendência à especialização no âmbito das ciências sociais e saúde, seja em torno de objetos específicos, seja através de tentativas de demarcação de campos disciplinares constituídos, por sua vez, com temas específicos, comportando distintas perspectivas epistemológicas, metodológicas e tradições" (Canesqui, 1998, p. 141).

A década de 1990 seria um momento de consolidação das pesquisas em ciências sociais, ampliando temáticas, incluindo novas; é também o momento em que há um movimento ascendente de pesquisas fora do campo exclusivo das realizadas no âmbito dos cursos de pós-graduação em saúde pública/saúde coletiva.

Pesquisa mais recente, com 68 profissionais da área, aponta que a diversidade temática continua presente; estudos sociais da ciência e da técnica aparece em primeiro lugar com 46,1%, seguido de políticas públicas e de saúde, com 38,4%; em terceiro lugar, racionalidade e práticas em medicina(s) e saúde, com 33,8%; subjetividade e cultura, com 30,7%; gênero e saúde, com 29,2%. Outros temas como avaliação de políticas de saúde e programas, comunicação e redes de informação, violência e saúde e construção social da saúde e da doença aparecem em menores proporções.

Outra fonte importante de informações sobre a história da área no Brasil procede dos encontros e congressos realizados. Mara Gomes & Paulete Goldenberg (2003), em detalhada revisão dos encontros e congressos de Ciências Sociais em Saúde realizados em 1993, 1995 e 1999, apontam um crescente desenvolvimento de temáticas e enfoques, que se distribuem em três campos: antropologia, sociologia e epidemiologia. Dentre os múltiplos aspectos levantados pelo material, destaca-se, no âmbito da antropologia, não somente uma "permanência do passado nas temáticas voltadas para as práticas tradicionais", vistas em momentos anteriores, mas a preocupação com "as racionalidades embutidas nessas práticas e nas relativas à medicina oficial" (p. 260); se antes denominavam-se "sistemas tradicionais", mais recentemente esse tema aparece sob a denominação de "práticas alternativas"; outro pon-

to é a observação de que, no âmbito da sociologia, fazem-se presentes temas relacionados a: descentralização, conselhos, participação, cidadania e movimentos sociais que atravessam o período de 1993 a 1999, incluindo a questão dos programas de saúde da família; em relação à epidemiologia, mais de um terço dos trabalhos enviados reportam-se à questão saúde-doença em diferentes abordagens, e "Dentre as categorias próprias da epidemiologia, a de risco é a que se apresenta como mais plenamente transversal entre [os campos das ciências sociais e epidemiologia] esses campos de conhecimento, percorrendo níveis também variáveis de complexidade conforme o campo considerado" (p. 261).

CONCLUSÕES

1. A sociologia médica, posteriormente com um nome ampliado de sociologia da saúde, começou a institucionalizar-se nos anos 1950 e apresenta distintos desenvolvimentos dependendo das condições sociais, políticas, institucionais que possibilitaram a sua emergência e desenvolvimento, aliadas às próprias trajetórias intelectuais dos pesquisadores que se dedicaram à saúde.

2. Durante os anos 1950 e 1960, as atividades dominantes dos sociólogos da medicina, nos Estados Unidos, foram pesquisar e oferecer recomendações de como os provedores de saúde poderiam alterar a receptividade dos pacientes para os avanços da medicina e suas tecnologias, que, por sua vez, determinaram novos estudos, pois se verificou que nem sempre havia adesão das pessoas da comunidade aos programas e descobertas médicas. Na América Latina e Brasil, na segunda metade dos anos 1960, busca-se com veemência a construção de modelos de ensino das ciências sociais para estudantes de medicina, que posteriormente se estenderiam aos de enfermagem. Estas atividades pedagógicas tornaram-se importante porta de entrada das ciências sociais no campo biomédico.

3. Nos anos 1960 e 1970, movimentos sociais levaram à discussão da qualidade dos serviços e dos direitos dos pacientes e mudanças na organização dos serviços e do ponto de vista teórico, à superação do modelo de análise funcionalista da relação médico-paciente e à proposta teórica de entender a medicina e a saúde relacionadas à estrutura social.

4. Década de 1970: a profissão médica torna-se central nas análises sociológicas.

5. Na década de 1980, o envolvimento com as propostas de democratização e extensão da atenção médica conduzem a um crescimento

de estudos visando compreender as relações políticas embutidas em todos os processos no campo da saúde.

6. Nos anos 1990 e na atualidade, ocorre a consolidação das perspectivas sociológicas numa visão teórica pluralista e com metodologias de pesquisa que aprimoram os estudos qualitativos e buscam um trabalho no qual a interdisciplinaridade é vista como um instrumento de construção do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, P. & C. Herzlich [1994]. *Sociologia da doença e da medicina*. Trad. Laureano Pelegrin. Bauru: Edusc, 2001.
- Alves, P. C. La antropología médica en el Brasil y el problema de la interdisciplinariedad en los estudios sobre salud. In: R. Briceño-León (coord.). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, pp. 187-96. Caracas: Fundación Polar, 1998.
- Annandale, E. & D. Field. Medical Sociology in Great Britain. In: W. C. Cockerham (ed.). *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, pp. 246-63. Oxford: Blackwell, 2001.
- Aron, R. *As etapas do pensamento sociológico*. 2.^a ed. bras. Trad. Sérgio Bath. São Paulo-Brasília: Martins Fontes-EdUNB, 1987.
- Arouca, S. [1975] *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Unesp-Fiocruz, 2003.
- Bastide R. *Sociologia das doenças mentais*. Trad. Ramiro da Fonseca. Lisboa: Europa-América, 1968.
- Becker, H. S. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Nova York: Free Press, 1963.
- Becker, H. S.; B. Geer; E. C. Hughes & A. L. Strauss. *Boys in White — Student Culture in Medical School*, Chicago, Illinois: University of Chicago Press, 1961.
- Bertolli Filho, C. A sociologia de Gilberto Freyre e a educação para a saúde. *Ciência e Educação*, 9(1), pp. 105-21, 2003.
- Blackwell, E. *Essays in Medical Sociology*. 2 vols. Londres: Ernest Bell, 1902.
- Bloom, S. W. Institutional Trends in Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, pp. 265-76, 1986.
- . Episodes in the Institutionalization of Medical Sociology: a Personal View. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, pp. 1-10, 1990.
- . *The Word as Scapel: a History of Medical Sociology*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

- Canesqui, A. M. Ciências Sociais e saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 3(1), pp. 131-68, 1998.
- Carvalho, M. A. R. A institucionalização das ciências sociais brasileiras e o campo da saúde. In: A. M. Canesqui (org.) *Ciências sociais e saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, pp. 449-67, 1997.
- Cohn, A. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1980.
- Donnangelo, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil — a década de 70. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, pp. 19-35, 1983.
- . *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- Donnangelo, M. C. F. & L. Perreira. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- Duarte, L. F. D. *Da vida nervosa (nas classes trabalhadoras urbanas)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor-CNPq, 1986.
- Ferreira-Santos, C. *A enfermagem como profissão*. São Paulo: Pioneira-Edusp, 1973.
- Foucault, M. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Fox, R. C. *The Sociology of Medicine: a Participant Observer's View*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1989.
- Freidson, E. *Profession of Medicine: a Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Nova York: Harper and Row, 1970.
- Freyre, G. *Sociologia da medicina*. Lisboa: Gulbenkian, 1967.
- Gandra Jr., D. S. *A lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno da estigmatização*. Doutorado. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 1970.
- Giddens, A. *Sociologia*. 4.^a ed. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Goffman, E. [1961] *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Middlesex: Penguin Books, 1973.
- Gomes, M. H. de A. & P. Goldenberg. Interfaces e interlocuções: os congressos de ciências sociais em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 251-74, 2003.
- Henderson, L. J. Physician and Patient as a Social System. *New England Journal of Medicine*, 211(18), pp. 819-23, 1935.
- Herzlich, C. *Médecine, maladie et société*. Paris-la-Haye: Mouton, 1970.
- Hollingshed, A. B. & F. C. Redlich. *Social Class and Mental Illness: a Community Study*. Nova York: John Wiley, 1958.

- Levine, S. Time for Creative Integration in Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior* (Extra Issue), pp. 1-4, 1995.
- Luz, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- Machado, R.; A. Loureiro; R. Luz & K. Muricy. *Danação da norma — medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- Marsiglia, R. M. G.; S. P. Spinelli; M. E. Lopes & T. C. P. Silva. Das ciências sociais para as ciências sociais: a produção científica de pós-graduação em ciências sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 275-85, 2003.
- Martins, C. B. *O que é sociologia*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- McIntire, Ch. The Importance of the Study of Medical Sociology. *New England Journal of Medicine*, 211 (18), pp. 819-23, 1984.
- Merton, R. K.; G. G. Reader & P. L. Kendal. *The Student-physician — Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1957.
- Mendes-Gonçalves, R. B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP, 1979.
- Miceli, S. Condicionantes do desenvolvimento das ciências sociais. In: S. Miceli (org.). *História das ciências sociais no Brasil*, pp. 72-110. São Paulo: Vértice-Idesp, 1989.
- Minayo, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- . De ferro e flexíveis: marcas do estado empresário e da privatização na subjetividade operária. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- . Debates na Ensp/Fiocruz — Violência e saúde. *Radis*, 39, nov. 2005.
- Minayo, M. C. de S. & S. F. Deslandes (orgs.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- Navarro, V. *Medicine under Capitalism*. Londres: Croom Helm, 1976.
- Nogueira, O. *Vozes do Jordão*. S. Paulo: Revista Sociologia, 1950.
- Nunes, E. D. *As ciências sociais em saúde na América Latina. tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.
- . As ciências sociais e a saúde: o pensamento recente de alguns pesquisadores. In: A. M. Canesqui (org.). *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*, pp. 53-61. São Paulo: Hucitec, 1995.
- . *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- . Ciências sociais e saúde: um panorama geral. In: P. Goldenberg; R. M. G. Marsiglia & M. H. A. Gomes (orgs.). *O clássico e o novo: objetos, abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

- Orfali, K. The French Paradoxes. In: W. C. Cockerham (ed.). *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford: Blackwell, pp. 263-86, 2001.
- Parsons, T. *The Social System*. Glencoe, Ill.: The Free Press, 1951.
- Pereira, J. C. M. *A explicação sociológica na medicina social*. Livre-Docência. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, USP, 1983.
- Perlin, L. I. Structure and Meaning in Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, pp. 1-9, 1992.
- Sigerist, H. E. [1929]. The Special Position of the Sick. In: M. I. Roemer. *Sigerist on the Sociology of Medicine*, pp. 65-74. Nova York: MD Publications, 1960.
- Simmons, L. & H. Wolff. *Social Science in Medicine*. Nova York: Russel Sage, 1954.
- Stern, B. J. *Social Factors in Medical Progress*. Nova York: Columbia University Press, 1927.
- Straus, R. The Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review*, 22, pp. 200-04, 1957.
- Susser, M. & W. Watson. *Sociology in Medicine*. Londres: Oxford, 1962.
- Waitskin, H. & B. Waterman. *The Exploitation of Illness in Capitalistic Society*. Indianapolis: Bobs-Merrill, 1974.
- Warbasse, J. *Medical Sociology*. Nova York: Appleton, 1909.

REFERÊNCIAS BÁSICAS

- Adam, P. & C. Herzlich. *Sociologia da doença e da medicina*. Trad. Laureano Pelegrin. Bauru: Edusc, 2001.
Livro introdutório cujos capítulos abordam: as doenças na história das sociedades, a saúde e seus determinantes, suas interpretações; relação médico-paciente e o hospital.
- Cockerham, W. C. (ed.). *The Blackweel Companion to Medical Sociology*. Oxford, UK: Blackwell, 2001.
O livro é constituído por um conjunto de textos sobre a sociologia da saúde em diversos países, entre os quais o Brasil.
- Ciddens, A. *Sociologia*. 4.ª ed. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2005.
Apresenta de forma didática o campo da sociologia e seus principais temas.
- Helman, C. *Cultura, saúde e doença*. 4.ª ed. Trad. Cláudia Buchewertz & Pedro M. Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2003.
O autor é antropólogo e apresenta uma perspectiva abrangente dos temas da saúde nas dimensões sociais e culturais.
- Capítulos 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12 da coletânea *Ciências sociais e saúde para o*

ensino médico, organizada por A. M. Canesqui. São Paulo: Hucitec-Fapesp, 2000.

Assuntos: a profissão médica, médicos e mercado de trabalho, tecnologias médicas, racionalidades médicas, medicina alternativa, a doença como processo social, aids

LEITURAS COMPLEMENTARES

- Almeida Filho, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(4), pp. 865-84, 2004
- Assis, S. G.; J. Q. Avanci; C. M. F. P. Silva; J. V. Malaquias; N. C. Santos & R. V. C. Oliveira. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), pp. 669-80, 2003.
- Cohn, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 8-32, 2003.
- Gomes, R. & E. A. Mendonça. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: M. C. S. Minayo & S. F. Deslandes (org.) *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 109-32, 2002
- Marques, M. C. da C. Saúde e poder: a emergência política da aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 9 (suplemento), pp. 41-65, 2002.
- Minayo, M. C. de S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: M. C. S. Minayo & S. F. Deslandes (org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 83-107, 2002.
- Nunes, E. D. Ciências sociais em saúde: uma reflexão sobre sua história. In: M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 19-31, 2005.
- Souzas, E. R. Impacto da violência no Brasil e em alguns países das Américas. In: M. C. S. Minayo & C. E. A. Coimbra Jr. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 637-47, 2005.
- Teixeira, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), pp. 585-97, 2005.
- Torre, E. H. G. & P. Amarante. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), pp. 73-85, 2001.

Vaitsman, I. & G. R. B. Andrade. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), pp. 599-613, 2005.

SITES

<http://www.sbsociologia.com.br/>

<http://www.socioblogue.blogspot.com/>

<http://www.sociosite.net/index.php>

"Medical Sociology then has a two-fold aspect. It is the science of the social phenomena of the physicians themselves, as a class apart and separate; and the science which investigates the laws regulating the relations between the medical profession and human society as a whole; treating of the structure of both, how the present conditions came about, what progress civilization has effected, and indeed everything relating to the subject."

— CHARLES MCINTIRE. The Importance of the Study of Medical Sociology. *Bulletin American Academy of Medicine*, 1 (Feb), pp. 425-34, 1894.



ELIZABETH BLACKWELL. Nasceu em Bristol (Inglaterra), em 1821 e mudou-se com a família para os EUA em 1838; formou-se em medicina no Geneva College (NY) em 1849, publicou em 1902 *Essays in Medical Sociology*, 2 vols. Londres. Ernest Bell. Faleceu em 1910.



LAWRENCE J. HENDERSON (1878-1942). Fisiologista, químico, biólogo, filósofo e sociólogo; escreveu o primeiro texto sociológico sobre o relacionamento médico-paciente "Physician and Patient as a Social System".



TALCOTT PARSONS (1902-1979). Sociólogo, publicou em 1951 *The Social System*, cujo capítulo X "Social Structure and Dynamics Process: the Case of the Modern Medical Practice" tornou-se um clássico do pensamento funcionalista na sociologia médica.



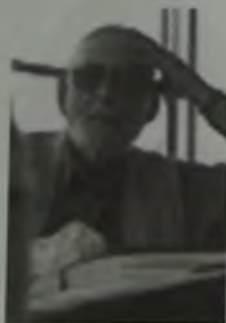
ROBERT K. MERTON (1910-2003). Doutorou-se em Harvard em 1936; professor na Columbia University, contribuiu com importantes estudos sobre estrutura social, ciência, burocracia, comunicação. Para a Sociologia da Saúde, as pesquisas no campo da sociologia da educação médica; seu estudo "The Student-Physician", de 1957 é marco de referência da escola funcionalista.



EVERETT C. HUGHES (1897-1983). Sociólogo, graduou-se em 1928 pela Universidade de Chicago; professor nessa universidade, teve diversificados interesses no campo da sociologia e da sociologia médica. Foi o primeiro sociólogo a trabalhar em uma escola de saúde pública (Michigan University, 1942-1949) e o primeiro sociólogo em tempo integral em uma escola médica (Ontario University, 1949-1952). Dentre outros, dirigiu o estudo sobre o estudante de medicina que resultou no livro *Boys in White* (1961).



HOWARD S. BECKER (1928). Sociólogo, musicista (jazz) e fotógrafo, nasceu em Chicago; doutorou-se pela Universidade de Chicago em 1951; é professor de Artes e Ciências no Departamento de Sociologia da Northwestern University, Chicago, e autor de muitos livros, incluindo *Outsiders* (1963), *Art Worlds* (1982), *Writing for Social Scientists* (1985), e *Doing Things Together* (1986) e de um estudo sobre estudantes de medicina *Boys in White* (1961).



ELIOT L. FREIDSON (1923-2005). Sociólogo, professor emérito da New York University, autor de trabalhos que se tornaram clássicos na sociologia da saúde, como *The Profession of Medicine* (1970), *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Police* (1994).

"Uma instituição total pode ser definida como um lugar de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos, na mesma situação, isolados da sociedade mais ampla por apreciável período de tempo, vivem juntos, enclausurados, e têm suas vidas formalmente administradas."

— E. GOFFMAN. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Middlesex, England: Penguin Books, 1973, p. 11.

"Por comportamento na doença eu denoto os caminhos pelos quais as pessoas respondem aos sinais de seus corpos e às condições sob as quais elas são vistas como anormais. Assim, este conceito envolve a maneira pela qual as pessoas monitoram seus corpos, definem e interpretam seus sintomas, atuam para tratar, e usam várias fontes de ajuda, assim como usam o sistema de cuidado à saúde mais formal. Esta definição deve tornar claro que o foco de tal estudo é o comportamento, que pode variar enormemente pelas circunstâncias socioculturais e em relação a valores e situações contingenciais."

— D. MECHANIC. *Medical Sociology: Some Tensions among Theory, Method and Substance*. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, pp. 147-60.



MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO. Socióloga, mestra em antropologia, doutora em saúde pública, professora e pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, diretora do Claves (Centro Latino-Americano para Estudos da Violência), ex-presidenta da Abrasco. Com extensa produção na área das ciências sociais e da saúde coletiva, destaca-se pela presença e participação direta nos movimentos na área da saúde.

Parte III
EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE COLETIVA



CONTRIBUIÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA

Maria Zélia Rouquayrol

SÚMULA HISTÓRICA

EM SUA OBRA dedicada ao ensino da prática da arte médica, *Ares, Águas e Lugares*, Hipócrates (século V a.C.) foi o primeiro dentre os autores clássicos a ressaltar a importância dos fatores ambientais na gênese das doenças. No referido texto, Hipócrates recomenda a observação da origem das águas, da frequência de enfermidades segundo as estações do ano, de fatores de ordem pessoal e de outros que possam estar associados a doenças ou influenciar a ocorrência de danos à saúde (OPS, 1988).

Em época relativamente recente (1662), John Graunt destaca a utilidade dos registros de óbitos como um modo singular de se conhecer a distribuição das doenças na população. Passados quase dois séculos (1839), William Farr, trabalhando sobre problemas ligados à saúde da comunidade, relata a elevada mortalidade por doenças pulmonares em trabalhadores submetidos a condições degradantes nas minas de carvão, ressaltando e pondo em prática as idéias de Graunt sobre a necessidade de se manter registros de óbitos para fins sanitários. Do esforço de William Farr resultou o "Registro de Mortalidade e Morbidade para a Inglaterra e País de Gales". Datam dessa mesma época os relatos de Villermé nos quais descreve as más condições de trabalho e a exploração da classe operária na França, surgindo desses estudos a expressão *Medicina Social* divulgada por Guérin (1838). No mesmo período ocorre um acontecimento expressivo, que muito influenciou a difusão da epidemiologia no continente europeu: a oficialização da London Epidemiological Society, em 1850, fundada por participantes das idéias médico-sociais dessa época, destacando-se Pierre-Charles-Alexandre Louis, Sir Edwin Chadwick e John Snow.

John Snow notabilizou-se por seu trabalho de investigação médico-sanitária durante a epidemia de cólera em Londres, no período de 1849 a 1854. Em suas visitas de atendimento aos pacientes de cólera, que a morte rondava implacavelmente, atingindo até mesmo vizinhos e parentes de outros bairros, Snow anotou as precárias condições de moradia e, também, as péssimas condições de trabalho, casas malventiladas, mal-iluminadas, apinhadas de detritos, e nas quais a morte ocorria em ritmo acelerado, sucedendo em apenas 24 horas a partir do início da enfermidade. Assim, de investigação em investigação, e após mapear os óbitos e a localização das fontes de suprimento de água, ele comprovou sua hipótese de associação entre o consumo de água poluída e o adoecimento por cólera. Fica marcada assim a primeira descoberta científica na área da epidemiologia, ocorrência que levou John Snow a ser considerado o fundador desta nova ciência. É essencial relatar que Snow não se restringiu à discussão da problemática da água como fator de difusão do cólera. Foi fundo na análise do problema ao destacar os aspectos de extrema pobreza das famílias atingidas pela enfermidade. Snow, de forma magistral, sem dispor de tecnologia laboratorial, descobriu "algo" que deveria estar presente na água proveniente do rio Tâmisa. Devemos enfatizar que, a par da presença do vibrião colérico como fator etiológico contributivo na disseminação da epidemia, devem ser apontados os fatores vinculados à miséria social, ressaltados por John Snow e que foram basilares na propagação dessa doença* (OPS, 1988).

No século seguinte, descortinam-se novos horizontes para a jovem ciência epidemiológica, levando Wade Hampton Frost, em escritos de 1927, a referir que "a epidemiologia é essencialmente uma ciência indutiva, preocupada não meramente em descrever a distribuição da doença, mas, sobretudo, em compreendê-la a partir de uma filosofia consistente".

Passo a passo, a epidemiologia vai sendo construída historicamente e se difundindo com vitalidade crescente. É nesse contexto que, em 1954, ocorre o processo de institucionalização da disciplina com a criação da International Epidemiological Association (IEA).

Almeida Filho (1999) comenta: "Neste momento crucial de superação da timidez epistemológica da epidemiologia, não se devem economizar esforços no sentido da conquista do paradigma, com a construção do objeto epidemiológico tanto pro-positivamente quanto na

* Consideramos de máxima importância a leitura da instigante súpula dos estudos de Snow "Sobre el Modo de Transmisión del Cólera" [publicado no Brasil pela Editora Hucitec — NE] e "El Cólera Cerca de Golden Square", in: *El desafío de la epidemiología* (OPS, 1988).

prática cotidiana de produção de conhecimento científico. A demarcação de um campo próprio de aplicação será então uma consequência histórica (e não meramente lógica) desse processo de maturação de uma disciplina que, desde suas raízes, tem sempre reafirmado a força dos processos sociais na determinação da Saúde Coletiva".

Com a implantação da Lei Orgânica da Saúde no Brasil (MS, 1990), a epidemiologia passa a ser o principal instrumento de apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS), quer seja para o estabelecimento de prioridades, quer para a alocação de recursos ou orientação programática, mas, sobretudo, por proporcionar as bases para avaliação de medidas que promovam a qualidade de vida. Hoje, é consenso que o uso da epidemiologia fomenta práticas garantidoras do aprimoramento das políticas públicas, tendo como fator primordial a intersectorialidade de ações no modo de construir saúde.

CONCEITUANDO EPIDEMIOLOGIA

O termo *epidemiologia* não tem definição fácil: a temática envolvida é dinâmica e seu objeto, complexo. Pode-se, de maneira simplificada, conceituá-la como: *ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e construindo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de rotina, em consonância com as políticas de promoção da saúde.*

Esclareçamos alguns dos termos empregados na definição acima:

1. A atenção da epidemiologia está voltada para as ocorrências, em escala maciça, de doença e de não-doença envolvendo *pessoas agregadas em coletividades, comunidades, grupos demográficos, classes sociais ou quaisquer outros coletivos nos quais possamos classificar os seres humanos.*

2. O universo dos estados particulares de ausência de saúde é estudado pela epidemiologia sob a forma de *doenças infecciosas*, sejam, por exemplo, malária, doença de Chagas ou verminoses, *doenças não infecciosas* incluindo as doenças cérebro-vasculares, diabetes e outras, e os *agravos à integridade física* tais como os acidentes de transporte, homicídios e suicídios.

3. Consideramos que os processos sociais interativos erigidos em sistemas definem a dinâmica dos agregados sociais, e um em especial constitui o campo sobre o qual trabalha a epidemiologia: é o *processo saúde-doença* (chamado, também, *processo saúde-adoecimento*).

Para Laurell (1985), o processo saúde-doença da coletividade pode ser entendido como "o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença". Posta nesse contexto, a expressão *saúde-doença* é empregada para qualificar genericamente um determinado processo social. qual seja, a busca de saúde com qualidade de vida. Descontextualizada, a expressão *saúde-doença* no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e da Promoção da Saúde, e conforme recente documento preliminar do Ministério da Saúde (2005), "a promoção da saúde refere-se aos modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida, envolvendo forças políticas, econômicas, culturais e sociais existentes num território". Campos e colaboradores (2004) continuam: "Para tanto, uma Política Nacional de Promoção da Saúde terá maior eficácia à medida que construa ações quanto aos modos de vida que apostem na capacidade de auto-regulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população" (Campos et al., 2004).

4. Entendemos por *distribuição* o estudo da variabilidade de frequência das doenças de ocorrência em massa, em função de variáveis diversas, ligadas ao tempo, espaço e pessoa.

5. A análise dos *fatores determinantes* envolve a aplicação do método epidemiológico ao estudo de possíveis associações entre um ou mais fatores de risco: físicos, químicos, biológicos, sociais, econômicos, culturais e outros.

6. A *prevenção* visa impedir que os indivíduos sadios venham a adquirir a doença seja, por exemplo, a imunização nas doenças imunopreveníveis, ou medidas antitabagismo para prevenção de câncer de pulmão; o *controle* visa baixar a incidência a níveis mínimos. Citamos a difteria tida atualmente como doença sob controle; a *erradicação*, após adotadas as medidas de controle, consiste na não-ocorrência de doença, significa permanência da incidência zero. A varíola está erradicada do mundo desde 1977, a poliomielite está erradicada do Brasil desde 1990 e o sarampo encontra-se em vias de eliminação, rumo à erradicação.

7. A *promoção em saúde* consiste na produção da saúde como direito social, equidade e garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. Com o SUS e a implementação de políticas sociais em defesa da vida, a promoção da saúde é retomada no sentido de construir ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde "para além dos muros das unidades de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham" (MS, 2005).

A Associação Internacional de Epidemiologia (IEA), em seu *Guia de Métodos de Ensino* (1973), define Epidemiologia como "o estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas. Enquanto a clínica dedica-se ao estudo da doença no indivíduo, analisando caso a caso, a epidemiologia debruça-se sobre os problemas de saúde em grupos de pessoas — às vezes grupos pequenos —, na maioria das vezes envolvendo populações numerosas". Ainda segundo a IEA, são três os objetivos principais da epidemiologia:

1. "Descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas.
2. "Proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como para estabelecer prioridades.
3. "Identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades."

Autores norte-americanos e europeus, dentre os quais destacamos: MacMahon (1975), Barker (1976), Lilienfeld (1976), Mausner & Bahn (1977), Jenicek & Cleroux (1982) e Hennekens & Buring (1987), definem epidemiologia de modo bastante parecido, tendo como ponto comum "o estudo da distribuição das doenças nas coletividades humanas e dos fatores causais responsáveis por essa distribuição". Esse conceito toma por base relações existentes entre os fatores do ambiente, do agente e do hospedeiro ou suscetível.

Outros autores, especialmente latino-americanos, dentre os quais se salientam Uribe (1975), Laurell (1976), Tambellini (1976), Arouca (1976), Cordeiro (1976), Breilh (1980), Rufino & Pereira (1982), Luz (1982), García (1983), Barata (1985), Marsiglia (1985), Carvalheiro (1986), Possas (1989), Goldbaum (1990), Loureiro (1990) e outros, avançam em direção a uma nova epidemiologia cuja visão dialética se posiciona contra a fatalidade do "natural" e do "tropical". Dá-se ênfase ao estudo da estrutura socioeconômica a fim de explicar o processo saúde-adoecimento de maneira histórica, mais abrangente, tomando a epidemiologia um dos instrumentos de transformação social. Essa nova

epidemiologia, no conceito de Breilh, "deve ser um conjunto de conceitos, métodos e formas de ação prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença na dimensão coletiva ou social". Por outro lado, levando em consideração ser a epidemiologia uma ciência viva, em processo de crescimento e transformação, rica internamente em diversidades criativas, alguns autores têm-se dedicado à sua crítica do ponto de vista epistemológico, buscando estabelecer fundamentos, analisar e re-analisar conceitos (Almeida Filho, 1989; Gonçalves, 1990; Costa & Costa, 1990 e Ayres, 1992)

Observamos que, desde o surgimento da epidemiologia como ciência, epidemiologia e clínica permanecem juntas e complementares, tendo em comum como objeto de seus cuidados o processo de saúde-doença, diferenciando-se apenas quanto à abrangência de seus respectivos objetos. A clínica preocupa-se com o indivíduo doente, ao passo que a epidemiologia vai mais além ao enfrentar os problemas de saúde coletiva, incluindo necessariamente, dentre estes, as condições de habitação e saneamento, transporte, acesso aos serviços de educação e, de forma abrangente, os de saúde em geral. Segundo enfoques epidemiológicos de promoção da saúde, em desenvolvimento, os sistemas de saúde, *sensu stricto*, devem estar articulados com outros setores de atendimento social e áreas de estudo que se preocupam com o bem-estar coletivo, levando-se em consideração que tarefas tão diversificadas exigem ações intersetoriais, com a efetiva participação comunitária, num esforço coletivo para a melhoria das condições de vida. Assim o enfoque intersetorial é imprescindível para assegurar a sustentabilidade dos serviços de saúde. Com essa concepção, estamos abrindo caminhos em busca de resultados positivos que venham incrementar políticas de promoção da saúde.

CONSTRUINDO INDICADORES

A necessidade de uma medida que pudesse expressar o nível de vida levou a Organização das Nações Unidas, em 1952, a convocar um grupo de trabalho encarregado de estudar métodos satisfatórios para, neste sentido, definir e avaliar as coletividades humanas. Dada a impossibilidade prática do uso de apenas um indicador global, foram sugeridos indicadores parciais agregados nos seguintes componentes: •saúde; •nutrição; •educação; •condições de trabalho; •ensino técnico; •recreação; •transporte; •habitação; •segurança social.

A deficiência de outros dados que ensejassem comparações internacionais, bem como a dificuldade metodológica de se medir saúde,

levaram a Organização Mundial da Saúde (1957), por meio do *Informe Técnico n.º 137*, a recomendar o uso de dados de óbitos para que fossem avaliados os níveis de saúde das coletividades. Paradoxalmente, essa avaliação seria efetuada por meio da quantificação de óbitos, ou seja, os "indicadores de saúde" representariam uma medida indireta da saúde coletiva mediante o uso das taxas de mortalidade.

Recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS, 2002), junto com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa/MS), lançou uma das publicações mais completas sobre indicadores de saúde facilitando, portanto, a quantificação das informações disponíveis e tornando mais prática sua respectiva avaliação, propiciando assim a compreensão do significado de uma centena de indicadores categorizados como demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade, de fatores de risco, de recursos e de cobertura. A referida publicação conceitua: "Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde".

No presente texto, descrevemos os indicadores de mortalidade e de morbidade mais utilizados no Brasil. Os óbitos ocorridos em hospitais, em residências ou em vias públicas, ou arquivados no Instituto Médico-Legal (IML), em cartórios, nas secretarias de saúde ou então acessados no *site* do Datasus, constituirão a base para a análise da mortalidade por local de residência, idade, sexo e outras variáveis, originando algumas questões, tais como: o que quer dizer mortalidade geral? E mortalidade infantil? O que medem estes indicadores?

INDICADORES DE MORTALIDADE

Para comparar as frequências brutas de mortalidade e de morbidade, é necessário transformá-las em *valores relativos*, ou seja, em *numeradores* de frações com *denominadores fidedignos*. Dai surgem os conceitos de mortalidade e de morbidade relativas, de uso extensivo e intensivo em saúde pública. As novas variáveis dependentes não são mais frequências absolutas e passam a ser coeficientes ou taxas. Denominam-se *coeficientes as relações entre o número de eventos reais e os que poderiam acontecer*. Suponhamos que uma determinada taxa seja 0,00035. Está sendo afirmado que ela é igual a 35 por 100.000 ($35/100.000$), ou seja, que haveria possibilidade de acontecer 100.000 eventos, mas que, deles, só

aconteceram 35. Se os eventos realmente ocorridos (numerador) estão categorizados como "óbitos por tuberculose na capital x no ano γ " e os eventos que poderiam ter ocorrido (denominador) estão categorizados como "habitantes domiciliados na referida capital naquele ano", a taxa será traduzida como 35 óbitos de tuberculose por 100.000 habitantes na capital x no ano γ .

Taxas de mortalidade são quocientes entre as frequências absolutas de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer. Tais coeficientes, ou taxas, poderiam ser distribuídos em categorias segundo os critérios mais diversos como, por exemplo, sexo, idade, escolaridade, renda e outros. A qualificação, portanto, será efetuada em função dos expostos ao risco, como por exemplo, se considerarmos como expostas ao risco as crianças menores de um ano de idade, a taxa correspondente será denominada taxa de mortalidade infantil. Na mortalidade geral, os expostos ao risco serão todos os indivíduos da população. Na mortalidade por idades, a população exposta ao risco será categorizada por idade restrita ou por faixas etárias. Já em relação às taxas de mortalidade por causas, serão categorizadas pela causa da ocorrência segundo os itens da Classificação Internacional de Doenças (CID10-1993).

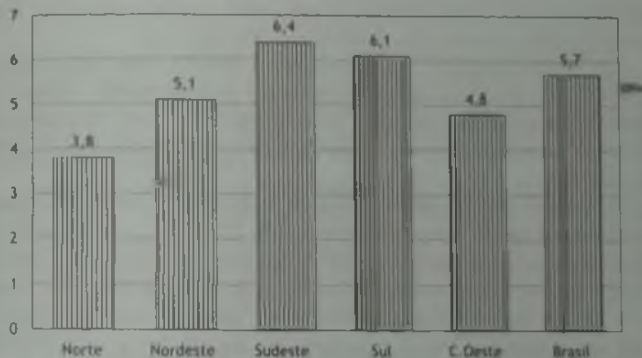
Taxa de mortalidade geral

Calcula-se a taxa de mortalidade geral dividindo-se o número de óbitos concernentes a todas as causas, em um determinado ano, pela população, naquele ano, circunscritos a uma determinada área e multiplicando-se por 1.000, base referencial para a população exposta.

Ao ser utilizada na avaliação do estado sanitário de áreas determinadas, associada a outros coeficientes e índices, a taxa de mortalidade geral permite a comparação do nível de saúde em regiões diferentes numa mesma época, ou considera a mesma área em épocas diferenciadas. Assim, por exemplo, calculadas as taxas de mortalidade geral das diversas regiões do Brasil em 2003, mostradas no Gráfico 1, verificamos que as regiões Sudeste e Sul apresentam taxas representativas conforme o padrão esperado, o mesmo não ocorrendo com as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste nas quais as baixas taxas de mortalidade denotam falhas decorrentes, principalmente, do sub-registro de óbitos nas referidas regiões. Considerando os baixos coeficientes de mortalidade computados para Fortaleza ao compará-los com as taxas calculadas para outras capitais do Sul e Sudeste do País, Façanha e colaboradores (2003) efetuaram uma busca ativa de sepultamentos ocorridos

em 1999 e 2000 em cemitérios. Os registros de sepultamentos comparados com o registro de óbitos arquivados nas Secretarias Municipal e de Estado da Saúde revelaram a ocorrência de subnotificação nos dados das secretarias. Para 1999, foram encontrados 1.633 óbitos não notificados em acréscimo aos 11.902 registrados. O acréscimo desses óbitos fez aumentar a taxa de mortalidade de 5,7 para 6,5 por 1.000 habitantes (Façanha et al., 2003).

Gráfico 1 Mortalidade geral no Brasil em 2003. Taxas regionais por 1.000 habitantes



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006.

Como vemos, apesar de ser um dos indicadores mais utilizados em saúde pública, na prática o seu uso em estudos comparativos é muito prejudicado pela presença de variáveis intervenientes, relacionadas à qualidade dos serviços de registro de dados vitais.

Taxa de mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil pode ser tomada, alternativamente, como um coeficiente geral ou como um coeficiente específico, segundo o critério que se considere. A maioria dos autores adota a taxa de mortalidade infantil como categoria específica. No entanto, devem ser observadas as seguintes ponderações: quanto à forma de cálculo, trata-se de uma taxa específica, pois os eventos em que se baseia são específicos (número de óbitos de crianças menores de um ano e número de nascidos vivos). Quanto ao seu emprego em saúde pública, deve ser classificada entre os coeficientes gerais, pois sua destinação principal é

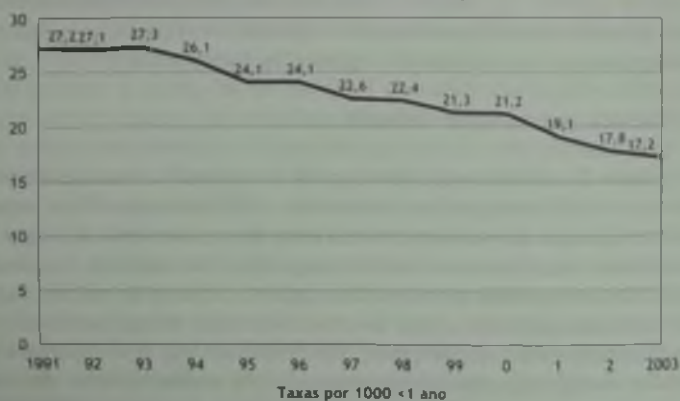
a de avaliar o estado sanitário geral de uma comunidade em associação com outros indicadores de promoção da saúde, tais como o nível de escolaridade e de renda, bem como a disponibilidade de água e de moradia condigna. Em determinadas circunstâncias, no entanto, a taxa de mortalidade infantil pode servir de indicador específico, como por exemplo, para orientar a ação de serviços especializados nas unidades de saúde, com ações voltadas ao grupo materno-infantil.

A taxa de mortalidade infantil é calculada dividindo-se o número de óbitos de crianças menores de 1 ano pelos nascidos vivos naquele ano, em uma determinada área, e multiplicando-se por 1 000 o valor encontrado. Mede, portanto, o risco de morte para crianças menores de 1 ano.

Os dados absolutos, que permitem o cálculo dessa taxa, tal qual acontece para os óbitos totais comentados anteriormente, sofrem freqüentes distorções determinadas pelo insuficiente nível de compreensão sobre a importância dos registros, tanto de nascidos vivos quanto de óbitos.

No Brasil, as taxas de mortalidade infantil vêm declinando gradativamente, de modo lento, mas persistente (Gráfico 2), indicando que alguns fatores de risco para a morte de crianças, especialmente na mortalidade pós-neonatal, tais como o déficit de serviços de abastecimento de água e de esgoto, mais disponíveis agora do que no passado, estão sendo enfrentados com sucesso, porquanto sabemos que a melhoria do saneamento básico tem sido um dos principais fatores responsáveis pela queda dos óbitos por diarreias infecciosas na infância.

Gráfico 2. Mortalidade infantil no Brasil. Tendência no período de 1991 a 2003



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

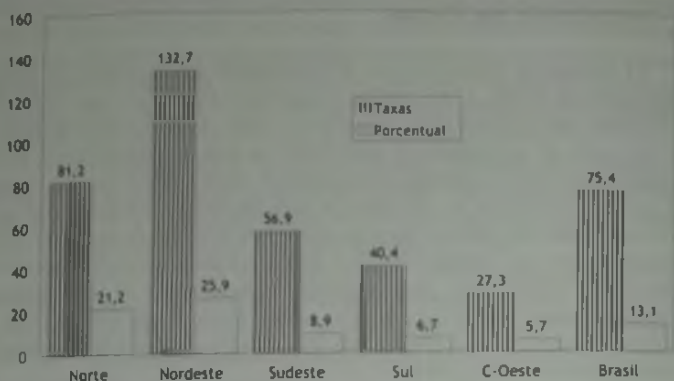
Mortalidade por Causas

O *Manual de Instruções para Preenchimento da Declaração de Óbito* (Ministério da Saúde, 1985) define causa básica do óbito como "a doença ou lesão que iniciou uma sucessão de eventos que levaram à morte; ou, no caso de acidentes ou violências, as suas circunstâncias". Esse manual refere que "o médico deve declarar corretamente a causa básica no atestado do óbito e, em vista de recomendação internacional, ela deve ser escrita em último lugar na parte I do referido documento. Este princípio deve ser sempre seguido pelos médicos ao preencherem o atestado de óbito, pois, caso contrário, as estatísticas de mortalidade, segundo a causa básica ou primária, serão falhas, o que não só afeta a comparabilidade como resulta em um quadro epidemiológico falso" (Ministério da Saúde, 1985).

Quando o óbito se dá em localidade que dispõe de médico, mas tendo ocorrido sem assistência médica e o profissional é chamado a atestar a *causa mortis*, geralmente declara "sem assistência médica". Um dos indicadores da baixa qualidade do preenchimento das declarações de óbito é a proporção de mortes cuja causa básica é categorizada como maldefinida.

A propósito do item "causas maldefinidas", o Ministério da Saúde (2004) divulgou que em 2001 a proporção de óbitos por causas maldefinidas correspondeu a 14,1% do total avaliado, representando 134.622 mortes. Ainda segundo a referida publicação, os óbitos notificados como causas maldefinidas são aqueles em que os sintomas e os sinais não foram objetivamente esclarecidos, bem como os achados anormais de exames clínicos e de laboratório não foram classificados em outra parte da Classificação Internacional de Doenças (CID 10, capítulo XVIII). Entre as regiões brasileiras, a proporção de óbitos com causas maldefinidas, naquele ano, variou de 6,2% na região Sul a 27% na região Nordeste. Apresentamos a seguir o Gráfico 3, com as taxas e os percentuais de óbitos maldefinidos em 2003 e, então, verificamos que o panorama das causas maldefinidas continua praticamente o mesmo com valores bem maiores nas regiões Norte (21,2%) e Nordeste (25,9%), refletindo não só uma pior condição de vida da população, como também menor qualidade ou mesmo ausência de assistência médica nessas regiões.

Gráfico 3 Causas maldefinidas Brasil, 2003. Taxas e percentuais por regiões



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

Havendo acompanhamento clínico na fase final da doença, os motivos do incorreto preenchimento de atestados de óbitos são, de um modo geral: erro de diagnóstico por insuficiência de recursos tecnológicos ou por deficiência ou desinteresse pessoal, desconhecimento quanto ao modo de preencher a declaração de óbito, atenção dada ao modo de preencher a declaração de óbito, questões de ordem burocrática, atenção dada ao preconceito familiar quanto a doenças e agravos estigmatizantes (suicídio, aids e outros), divergência de nomenclatura utilizada para a causa de morte, ou divergência em relação à CID-10.

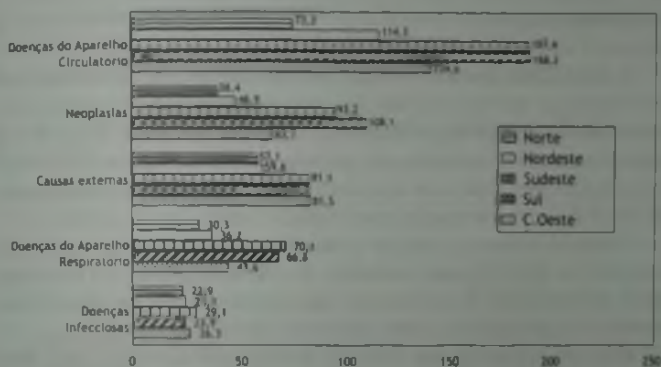
A despeito dos problemas registrados na coleta dos dados de mortalidade, muitas inconsistências estão progressivamente sendo sanadas e muito se tem investido na melhoria da qualidade destes dados no País, destacando-se os trabalhos desenvolvidos pela OMS (1993) no Centro Colaborador para a Classificação de Doenças, sob a coordenação de Laurenti e colaboradores e pela assistência que estes vêm prestando aos municípios no uso da Classificação Internacional de Doenças. Atualmente, os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e de morbidade, quer no Sistema de Notificação de Agravos (Sinan) quer no Sistema de Internação Hospitalar (SII) e outros como o SIA/SUS, podem ser acessados no *site* <www.datasus.gov.br>

Estudos com base em dados desses sistemas mostram a importância dessa abordagem no planejamento e na avaliação das ações de

saúde, indicando, também, que, com o aprimoramento dos serviços e o treinamento técnico, a tendência será a diminuição progressiva do sub-registro. O aperfeiçoamento inclui a codificação de óbitos e o aprendizado dos médicos no preenchimento da Declaração de Óbito, transformando-a, por conseguinte, em preciosa ferramenta de análise.

A seguir, apresentamos as taxas de mortalidade pelas causas mais frequentes segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 1993), observando-se que as principais causas de mortalidade no Brasil são as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias malignas e as causas externas (Gráfico 4).

Gráfico 4. Mortalidade nas regiões do Brasil em 2003. Taxas por 100 000, dentre as principais causas



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

As taxas de mortalidade por causas são calculadas dividindo o número de óbitos ocorridos por determinada causa na população exposta e, a seguir, multiplicando o resultado por 100.000, que é a base referencial da população sob risco.

Assim, tal como no caso das taxas de mortalidade geral e de mortalidade infantil, os coeficientes de mortalidade por causas podem ser bons reveladores do estado geral de saúde das coletividades e, embora a mortalidade por causas no Brasil ainda seja deficiente, o uso crítico e consequente dos dados disponíveis é o primeiro caminho para que possamos melhorar sua qualidade.

INDICADORES DE MORBIDADE

As estatísticas de morbidade são utilizadas, preferencialmente, para avaliação do nível de saúde e da necessidade de adoção de medidas de caráter abrangente (água no domicílio, esgotos e medidas gerais de saneamento básico), que visem melhorar a qualidade de vida da população, ou medidas específicas para garantir a correção das decisões (eficácia de vacinas) ou apoiar ações específicas necessárias ao controle de determinada doença (tratamento da tuberculose).

Os indicadores de morbidade mais utilizados no planejamento e na avaliação das medidas de prevenção e controle de doenças e agravos são as taxas de prevalência e de incidência, descritas a seguir.

Prevalência

A prevalência descreve a força com que subsistem as doenças nas coletividades. A medida mais simples para prevalência é a frequência absoluta dos casos de doenças. Superior a esta, por seu valor descritivo, a frequência relativa é o indicador que permite estimar e comparar, no tempo e no espaço, a prevalência de uma dada doença, segundo algumas variáveis de idade, sexo, ocupação, escolaridade, renda, entre outras.

Operacionalmente, a taxa de prevalência pode ser definida como a relação entre o número de casos conhecidos de uma dada doença e a população exposta, multiplicando o resultado pela base referencial que em geral é uma potência de 10, usualmente 1.000, 10.000 ou 100.000.

Deve ser esclarecido que "número de casos conhecidos de uma dada doença" mede os casos que subsistem, isto é, mede a soma dos "casos anteriormente conhecidos e que ainda existem" com os "casos novos" que foram diagnosticados desde a data da computação anterior, ao que denominamos de prevalência pontual. Suponhamos que a 31 de julho eram conhecidos trinta casos de determinada doença transmissível. Ao correr do mês de agosto, este contingente, por motivos diversos, sofreu baixa em cinco dos casos antigos e acréscimo de dez casos novos diagnosticados. A prevalência numérica, no caso da doença transmissível usada neste exemplo hipotético, será de trinta e cinco casos no último dia do mês, referenciado a todo o mês de agosto.

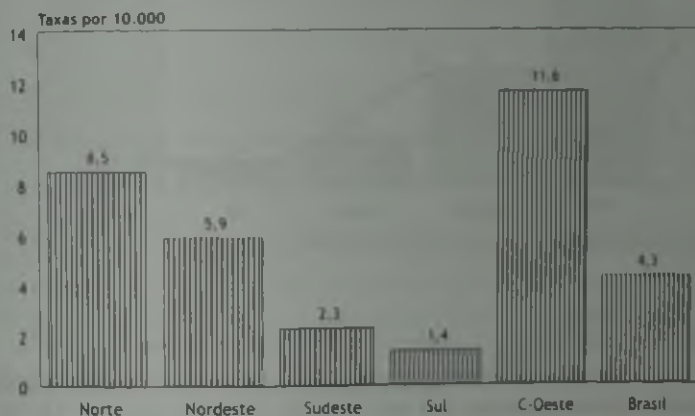
A prevalência pontual ou instantânea, portanto, é medida pela frequência da doença ou por sua taxa em um ponto definido no tempo, seja a semana, o mês ou o ano. Exemplo de taxa instantânea:

A 31 de dezembro de um determinado ano, em um município com 3.665.372 habitantes, foram contabilizados 1 497 registros de hanseníase. Note-se que a frequência dada para 31 de dezembro, menos as 92 altas ocorridas durante o ano, representa a prevalência pontual para todo aquele ano, cuja taxa foi assim calculada $\Rightarrow (1.497 - 92) \div 3.665.372 \text{ hab.} = 3,8/10.000$.

Por outro lado, há também o indicador de morbidade denominado de *prevalência lápsica ou por período*, isto é, a *prevalência que abrange um lapso de tempo mais ou menos longo e que não concentra a informação em um dado ponto desse intervalo*. Esta é uma medida que expressa o número total de casos de uma doença por unidade de tempo, *sem levar em conta as defecções*, e cujo cálculo da taxa descrita anteriormente ficaria do seguinte modo: $1.497 \div 3.665.372 \text{ hab.} = 4,1/10.000$.

Na hanseníase a prevalência lápsica é apresentada segundo o total de casos existentes no registro ativo concernente ao ano ou período abordado. No Gráfico 5 verificamos que as taxas de prevalência de hanseníase no Brasil são mais acentuadas nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Gráfico 5. Prevalência de Hanseníase no Brasil, 2002. Taxas de casos existentes, segundo as regiões.

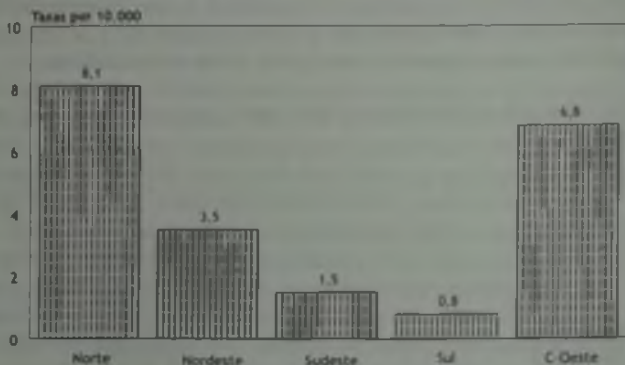


Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

Os exemplos descritos anteriormente sobre prevalência pontual e prevalência lápsica, levam-nos a apresentar mais um indicador que, no caso da hanseníase, é denominado *taxa de detecção*, que é equivalente

à incidência. Tomando como base o exemplo anterior sobre a ocorrência de 1.497 casos de hanseníase no registro ativo daquele município e sabendo-se que, dentre o total de casos acumulados durante o ano haviam sido detectados novecentos *casos novos*, tem-se que a taxa de detecção (neste caso correspondendo à incidência) foi igual a 2,5 do seguinte modo $\Rightarrow 900 : 3.665.342 = 2,5/10.000$. Tanto a taxa de prevalência (Gráfico 5) quanto a taxa de detecção da hanseníase (Gráfico 6) nas regiões Norte e Centro-Oeste, estão a sinalizar sobre a necessidade de conduzirmos ações eficazes e eficientes com o objetivo de transformar regiões que atualmente são categorizadas como hiperendêmicas em regiões de baixa endemicidade, na busca de prevenção e controle da hanseníase, tendo em vista a eliminação dessa enfermidade no Brasil.

Gráfico 6. Hanseníase no Brasil em 2002. Taxas de detecção por regiões



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006.

Incidência

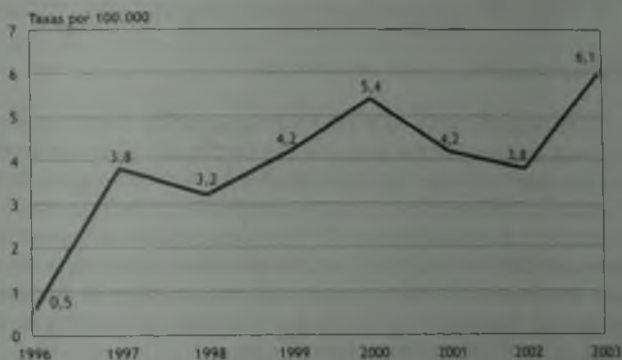
Pelo exemplo anterior ficou claro que a variação da frequência de pessoas doentes depende, por um lado, do número dos que são excluídos do contingente e por outro do quantitativo dos que são aí incorporados. Dentre os que, numa dada coletividade, são incorporados ao contingente dos doentes, contam-se os casos novos eclodidos e diagnosticados na comunidade e os imigrantes já doentes que aí chegam. Portanto, como complemento essencial das medidas de prevalência, citaremos as medidas de incidência, como veremos a seguir.

A incidência traduz a idéia de intensidade com que acontece a morbidade em uma população, enquanto a prevalência, conforme foi visto na seção anterior, é termo descritivo da força com que subsistem as doenças nas coletividades.

Operacionalmente, a taxa de incidência é definida como a razão entre o número de casos novos de uma doença que ocorre em uma coletividade, em um intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a referida doença no mesmo período, multiplicado o resultado por potência de 10 (geralmente 100.000), que é a base referencial da população.

A taxa de incidência equivale ao crescimento ou mesmo a uma "velocidade" de crescimento. A taxa de incidência mediria a "velocidade" com que casos novos da doença são agregados ao contingente dos que no passado adquiriram a doença e que à data do cálculo da referida taxa de incidência permanecem doentes. Verificamos, com os dados do Gráfico 7, que a velocidade de crescimento da hepatite-B foi relativamente rápida no período de 1996 a 2003.

Gráfico 7. Incidência de hepatite-B no Brasil. Taxas de casos novos confirmados no período de 1996 a 2003

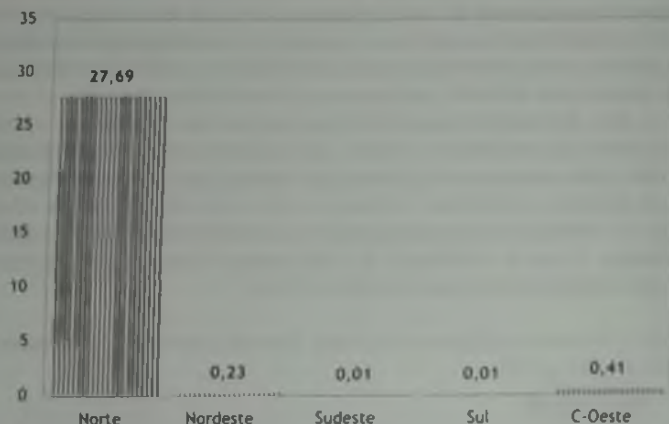


Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

Na prática, a taxa de incidência pode ser calculada de duas maneiras diferentes: ou se toma como numerador o número de pessoas doentes, ou, alternativamente, a frequência de eventos relacionados à doença. Por "eventos relacionados à doença" entendemos as admissões hospitalares, os casos diagnosticados e outros. Ilustramos com o Gráfico 8

sobre a incidência de malária a partir do "diagnóstico de casos através de lâminas positivas ao microscópio".

Gráfico 8. Positividade de lâminas em malária, Brasil-2003. Lâminas positivas por 1 000 lâminas examinadas



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006.

Suponhamos, agora, que pretendemos analisar dados acerca da incidência de traumatismos por acidentes de trânsito. O procedimento usual em casos como este será o de recolher na rede hospitalar, de forma extensiva, no intervalo de tempo estabelecido, a frequência de casos admitidos para tratamento. O evento relacionado ao agravo será "casos admitidos em hospitais com traumatismos resultantes de acidentes de trânsito". Fica claro que não contamos os casos de traumatismos que não ingressaram no hospital, e contamos as ocorrências que tenham atingido várias vezes a mesma pessoa.

Os denominadores utilizados para cálculo das taxas de incidência devem ser restringidos a componentes específicos da população observada, ou seja, os que estão sob risco de contrair a doença ou de sofrer o agravo. Em um estudo hipotético sobre traumatismo em acidente de motocicleta, a população exposta será a dos maiores de dezoito anos portadores de carteira de habilitação. No caso do cálculo da taxa de incidência de tétano neonatal, a população sob risco será constituída pelos nascidos vivos.

As taxas de incidência são, por definição, medidas por excelência do risco de doença e de agravamento. Alta incidência significa alto risco pessoal ou comunitário. As taxas de incidência são informações-chave nos estudos de epidemias, como veremos a seguir.

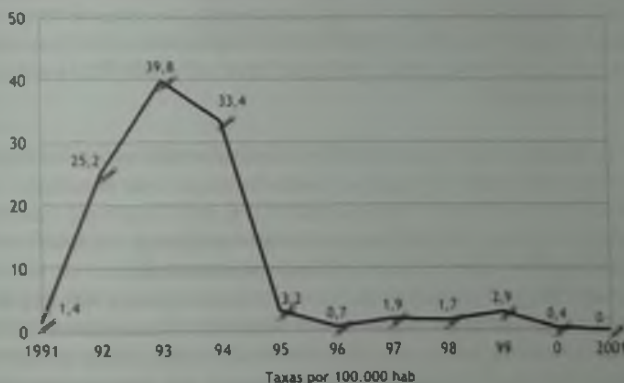
INCIDÊNCIA DE DOENÇAS: EPIDEMIA E ENDEMIA

Nágera, em *El Desafío de la Epidemiología* (1988), citando Hipócrates, faz uso da palavra *ἐπιδημιον*, no sentido de *visitar*, com o intuito talvez de salientar o caráter de temporalidade, de provisório, dos diversos aspectos da epidemia, em contraste com a denominação *ἐνδημιον*, *endemia*, que traduziria o sentido de habitar o lugar, nele residindo de longa data ou nele se instalando por longo tempo.

O cólera, que no Brasil aportou em abril de 1991, já atingiu vários municípios, na maioria das vezes de forma explosiva dada a precariedade do saneamento básico e a presença de pobreza cronicada.

Ao que tudo indica, essa epidemia veio para ficar. De visitante (*epidêmeion*) já é considerada como residente (*endêmeion*).

Gráfico 9. Epidemia de cólera no Brasil. Taxas no período de 1991 a 2001



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

Endemia — dá-se a denominação de *endemia* à ocorrência coletiva de uma determinada doença que, no decorrer de um longo período histórico, acometendo sistematicamente grupos humanos distribuídos em espaços delimitados e caracterizados, mantém a sua incidência constante, permitidas as

flutuações de valores, tais como as variações sazonais. Note-se que o termo *endemia* refere-se à doença *habitualmente* presente entre os membros de um determinado grupo, em uma determinada área, isto é, presente em uma população definida.

Epidemia (*lato sensu*) — *é a ocorrência de doença em grande número de pessoas ao mesmo tempo.* Aprofundando a análise deste conceito, deve ser ressaltado que, para o observador externo e empírico, a percepção da epidemia só se efetivará se a doença transparecer claramente através de sintomas e sinais característicos comuns a todos os indivíduos afetados. Observe-se também que, aqui, epidemia está sendo definida como um fato empírico, primitivo, como uma ocorrência em massa de um fenômeno natural que se passa ao nível de indivíduos: a doença. É lícito pensarmos que algumas ocorrências naturais deste tipo — as epidemias — possam passar sem registro seja por falta de condições para percepção da própria doença seja por falta de registro e também por alguma incapacidade atual de percepção do todo a partir das ocorrências individuais.

No outro extremo, é possível pensarmos operativamente *epidemia* como aquele processo saúde-doença de massa que deve ser inequivocamente reconhecido como tal por especialistas ou órgãos técnicos, seguindo regras e preceitos cientificamente elaborados e precisamente convenencionados. Neste caso, a definição deve ser estabelecida em termos operacionais.

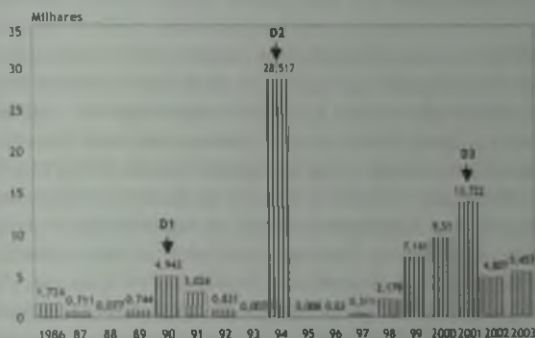
Epidemia (conceito operativo) — *é uma alteração, espacial e cronologicamente delimitada, do estado de saúde-doença de uma população, caracterizada por uma elevação progressivamente crescente, inesperada e descontrolada dos coeficientes de incidência de determinada doença, ultrapassando e reiterando valores acima do limiar epidêmico preestabelecido.*

Essa definição pressupõe que o estado saúde-doença das populações deva estar permanentemente sob vigilância e controle. Implica observação contínua, exercida por pessoal habilitado, coleta e registro de dados, cálculo de coeficientes, propositura de um limiar epidêmico convenicionado e acompanhamento permanente da incidência por meio de diagramas de controle.

Vejamus a seguir à epidemia de dengue em Fortaleza. O Gráfico 10 apresenta a somação de casos de três epidemias que se acumulam num mesmo tempo e lugar, criando picos diferentes. A primeira epidemia, a partir de 1986 com pico em 1990, originada pelo vírus D1; a segunda

com pico em 1994 com grande participação de casos por vírus tipo D2 e a terceira que se avoluma a partir de 2001, graças à chegada do vírus D3 (Lima et al., 2003). Enquanto as medidas sanitárias básicas tais como coleta de lixo e drenagem não forem implementadas e irreversivelmente mantidas e os fatores comportamentais populacionais adaptados às necessidades de prevenção por mobilização e educação sanitária continuada, a doença prosseguirá em descontrole, ou seja, epidêmica.

Gráfico 10. Dengue em Fortaleza no período de 1996 a 2003. Número de casos (em milhares).



Fonte. SMS/Fortaleza/Célula de Vigilância Epidemiológica.

Duração das epidemias — contrariamente à endemia, que é limitada no tempo, a epidemia é restrita a um intervalo marcado por um começo definido e um término esperado com retorno da incidência aos patamares endêmicos observados antes da ocorrência epidêmica. Este intervalo de tempo pode abranger umas poucas horas ou dias ou pode estender-se por anos, ou mesmo por décadas. As intoxicações alimentares exemplificam eventos extremamente curtos, como o ocorrido em Paranavaí (estado do Paraná), com a duração de menos de dez horas. Por outro lado, a epidemia de aids, diagnosticada no Brasil em 1980, passadas mais de duas décadas, permanece com alta incidência em relação aos dados anteriores e, portanto, neste caso continua sendo tratada como uma epidemia de longa duração.

Abrangência das epidemias

As ocorrências epidêmicas são limitadas a uma área definida, variando desde os limites espaciais próprios de um surto até a abrangência de uma pandemia.

Surto Epidêmico — no surto, a ocorrência pode estar restringida a um grupo ocasional de pessoas, ou a um coletivo de população permanente como um colégio, um quartel, edifício de apartamentos, e até mesmo todo um bairro.

Pandemia — a multiplicação dos contatos humanos pela melhoria dos meios de transporte e crescimento do número de deslocamentos de pessoas através do turismo e comércio entre regiões e nações, torna fácil e rápida a disseminação de uma doença que porventura surja em uma população localizada numa área geográfica inicialmente delimitada. Acrescente-se que a difusão de doenças pode ser também consequência de migrações ou transporte acidental ou intencional de animais, de mercadorias ou de objetos. Portanto, uma doença com potencial epidêmico que ocorra em um determinado local pode vir a ser um risco para as populações limítrofes, inicialmente não contaminadas e para as populações distantes do foco inicial, mas em contato por recíproca movimentação de pessoas, animais, mercadorias e objetos, podendo ameaçar todo o planeta, caracterizando o que denominamos de pandemia.

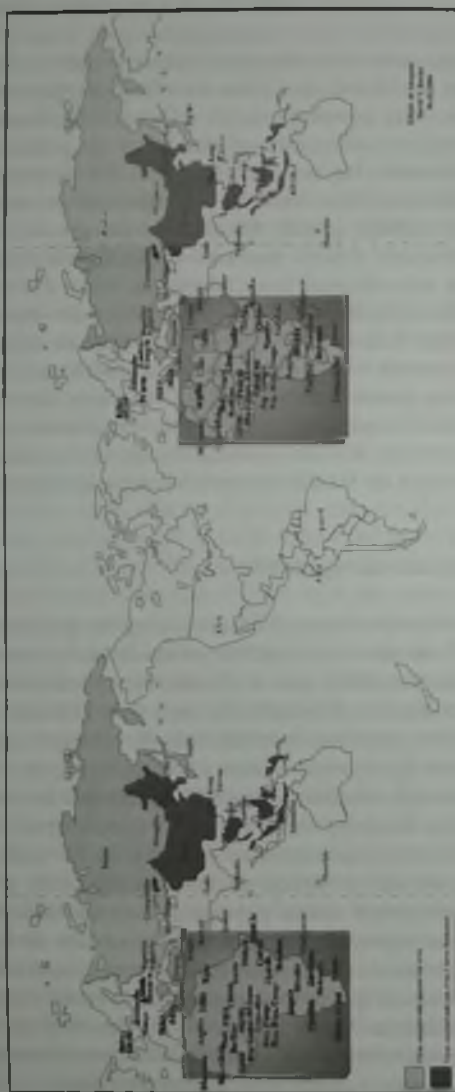
Dá-se o nome de pandemia à ocorrência epidêmica caracterizada por uma larga distribuição espacial, atingindo várias nações. A pandemia pode ser tratada como uma série de epidemias localizadas em diferentes regiões e que ocorrem em vários países ao mesmo tempo. A sétima pandemia de cólera (Barua & Cvjetanovic, 1971) originária da ilha de Sulawesi (Celebes), que no período de 1961 a 1965 atingira dezoito países e de 1965 a 1970, mais 39, somente vinte e um anos depois chegou às Américas. No dia 23/1/1991 foi registrado em Chimbote, no Peru, o primeiro caso na América do Sul, provavelmente a partir de um navio procedente da Ásia, cujos tripulantes já estavam enfermos ao desembarcarem. Daí, no mesmo semestre, a difusão de casos para o Equador (1.^o de março), Colômbia (10 de março), Brasil (8 de abril), Chile (12 de abril), Bolívia (26 de agosto). O envolvimento da América Central deu-se provavelmente a partir do México (13 de junho), e casos esporádicos importados foram registrados nos EUA.

De anos recentes a esta data, tem sido divulgada pelos meios de comunicação de massa a possibilidade de uma pandemia de gripe aviária. Epizootias envolvendo aves contaminadas pelo vírus H5N1, causador da doença, seja entre aves selvagens, seja em criatórios de aves domésticas, ocorreram no Vietnã, na China e na Turquia, passando a outros países asiáticos. Nos primeiros meses do ano 2006, foram divulgadas mortes de aves causadas pelo referido vírus em países europeus e em um país africano. Em termos numéricos, na Turquia e na China, a epizootia entre aves foi arrasadora, ao passo que os casos humanos foram poucos, embora graves. Atualmente (março de 2006), podemos falar em epizootia aviária mas não em epidemia humana. Luiz Jacintho da Silva, em editorial dos *Cadernos de Saúde Pública*, levando em consideração a hipótese de mutação genética do vírus, possibilitando a transmissão inter-humana, sugere que para os órgãos de saúde pública internacionais e de todas as nacionalidades não se trata mais de se termos uma pandemia de influenza, mas, sim, de quando e de que gravidade. Assim, segundo o autor citado, o problema é quando a pandemia efetivamente eclodirá e em que parte do mundo, que poderá ser em algum lugar da Ásia, a exemplo de outras pandemias (L. J. Silva, 2006).

Aspectos diferenciais das epidemias

Embora enquadradas por uma definição de ordem genérica que as unifica como um fenômeno homogêneo, as epidemias apresentam aspectos próprios e característicos, que as discriminam permitindo que sejam agrupadas em conjuntos diferenciados entre si. A literatura especializada tem procurado categorizar os vários tipos de epidemia, usando critérios diversos, todos igualmente válidos e nenhum preponderante sobre os outros. Essas categorizações são, todas elas, bastante úteis quando, no trato do assunto, deseja-se ressaltar este ou aquele aspecto geral de um grupo particular de ocorrências epidêmicas. Se for elaborada uma lista de tipos, pode ser verificado que nomes diferentes podem designar, às vezes, fenômenos muito parecidos, mas não totalmente superponíveis. Esta não-superponibilidade se deve ao fato de que as classificações são estabelecidas com base em diferentes critérios. Em alguns casos, pode acontecer que o mesmo fenômeno possa ser classificado sob diferentes rubricas. Assim, uma epidemia denominada lenta segundo um determinado critério, pode ser também classificada como epidemia progressiva segundo algum outro diferente critério.

Figura 1 - Epizootia de influenza em aves e casos de pessoas infectadas com H5N1.



Para fins ilustrativos, apresentamos a seguir alguns tipos e critérios diferenciais das epidemias.

Epidemia explosiva — o critério diferenciador é a velocidade do processo na primeira etapa, que é de progressão. Na epidemia explosiva, a manifestação da doença ocorre envolvendo em pouco tempo a quase totalidade das pessoas sob risco.

Epidemia explosiva é, portanto, aquela que apresenta uma rápida progressão até atingir a incidência máxima num curto espaço de tempo. Na literatura especializada, epidemia explosiva é também denominada epidemia maciça. Este tipo de epidemia pode desenvolver-se quando comunidades altamente suscetíveis são atingidas e seus membros adoecem praticamente ao mesmo tempo.

Constituem exemplos de epidemias explosivas as intoxicações decorrentes da ingestão de água, leite ou outros alimentos contaminados. Essas intoxicações podem ser produzidas por produtos químicos, bioagentes patogênicos ou produtos do seu metabolismo (a toxina estafilocócica, por exemplo). Os surtos epidêmicos de intoxicação alimentar caracterizam-se, geralmente, pelo aparecimento súbito, dentro de um período curto de tempo, de um grupo de casos de afecções entéricas entre indivíduos que consumiram o mesmo alimento ou alimentos.

Exemplo significativo ocorreu no dia 5 de dezembro de 1978, em Janaúria (estado de Minas Gerais). Trinta e uma pessoas, dentre 46, adoeceram de gastroenterite aguda, algumas em estado grave, treze dentre as acometidas foram hospitalizadas. A investigação epidemiológica pôs em evidência, como possível fonte da intoxicação, a refeição do meio-dia, servida em uma pensão. Foi determinado um período médio de incubação de cerca de nove horas. A epidemia foi do tipo maciço, tendo a maioria dos casos ocorrido num curto intervalo de algumas horas (Veiga, 1979).

Epidemia lenta — o critério diferenciador continua sendo a velocidade na etapa inicial do processo. A qualificação de "lenta" refere-se à velocidade com que é atingida a incidência máxima. A velocidade é lenta, a ocorrência é gradualizada e progride durante um longo tempo. Este tipo de epidemia acontece nas doenças cujos casos sucedem lentamente. Pode ocorrer com as doenças cujos agentes apresentam baixa resistência ao meio exterior ou para os quais a população seja altamente resistente e imune. A epidemia terá também decurso lento quando os fatores de transmissão da doença estiverem parcamente difundidos no meio. Epidemias decorrentes de doenças de longo período de incubação são exemplos do tipo lento.

Epidemia propagada — o critério diferenciador é a existência de um mecanismo de transmissão de hospedeiro a hospedeiro. Na epidemia propagada ou progressiva, a doença é difundida de pessoa a pessoa por via respiratória, anal, oral, genital, ou por vetores. A propagação da epidemia se dá em cadeia, gerando verdadeira corrente de transmissão, de suscetível a suscetível, até o esgotamento destes ou sua diminuição abaixo do nível crítico.

Epidemia por fonte comum — o critério diferenciador é a inexistência de um mecanismo de transmissão hospedeiro a hospedeiro. Na epidemia difundida a partir de uma fonte comum (ou epidemia difundida por um veículo comum), o fator extrínseco (agente infeccioso, fatores físico-químicos ou produtos do metabolismo biológico) é veiculado pela água, por alimento, ar ou introduzido por inoculação. Neste tipo de epidemia não existe propagação de doença pessoa a pessoa. todos os afetados devem ter tido acesso direto ao veículo disseminador da doença, não necessariamente ao mesmo tempo e no mesmo lugar. Trata-se geralmente de uma epidemia explosiva e bastante localizada em relação às variáveis tempo, espaço e pessoa. São suas variantes a epidemia por fonte pontual e a epidemia por fonte persistente.

Epidemia por fonte pontual — o critério para a classificação é a extensão do intervalo de tempo durante o qual a população afetada esteve em contato com uma fonte singular disseminadora da doença. Na epidemia gerada por uma fonte pontual (no tempo), a exposição se dá durante um curto intervalo de tempo e cessa, não se tornando a repetir. São exemplos a exposição a gases tóxicos, alguns tipos de intoxicação alimentar, exposição a radiações ionizantes, etc. Autores de língua francesa a denominam *epidemia focal*.

Epidemia por fonte persistente — o critério continua sendo a extensão do intervalo de tempo durante o qual a fonte da doença produziu os seus efeitos. Na epidemia gerada por uma fonte persistente (no tempo), a fonte tem existência dilatada, e a exposição da população prolonga-se por um largo lapso de tempo. Podem-se dar como exemplo epidemias de febre tifóide devidas à fonte hídrica, acidentalmente contaminada pela rede de esgoto. Enquanto medidas efetivas não forem tomadas, essa epidemia, que poderia ser de caráter explosivo, persistirá em maior duração. Outro exemplo: epidemia persistente de saturnismo pode ser gerada por queima continuada de madeira pintada com corante de chumbo.

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TEMPO

Distribuição cronológica

A relação entre uma seqüência de marcos cronológicos sucessivos (cronologia) e uma variável de freqüência constitui uma *distribuição cronológica de freqüência de casos ou de óbitos*. Na maioria dos estudos epidemiológicos, tomam-se como marcos cronológicos os anos do calendário.

Para construção de distribuições cronológicas, levantam-se dados de mortalidade ou de morbidade a partir do registro de óbitos, notificação de casos, registro de hospitais ou de ambulatórios ou ainda informações obtidas por meio de inquérito ou de investigação epidemiológica. A variável de freqüência pode ser expressa em número absoluto de casos, valores proporcionais a 100 ou taxas referentes a 1.000, 10.000 ou 100.000 habitantes.

As distribuições cronológicas são elaboradas para atender aos seguintes objetivos:

- Mostrar a ação da doença ou agravo à saúde coletiva, desde a atualidade, regredindo a um tempo passado, mais ou menos recuado.
- Expor o tipo de variação que caracteriza o processo estudado, se atípica ou cíclica ou sazonal.
- Revelar a tendência, ao longo do tempo, do processo sob consideração.
- Demonstrar o caráter endêmico ou epidêmico da doença.

Tipos de variabilidade

Se tomarmos como critério classificatório das distribuições cronológicas o aspecto da variação das freqüências de casos de doenças ou de óbitos, podemos classificá-las em três categorias gerais: se observarmos uma série suficientemente grande de distribuições cronológicas registradas sob a forma de polígonos de freqüência e se, nessa observação, atentarmos para a flutuação de valores em torno de uma reta imaginária, representativa da tendência média, chegaremos à conclusão de que, tomando-se como critério classificatório a variação das freqüências de casos de doenças ou de óbitos, será possível dividir o conjunto em três categorias gerais:

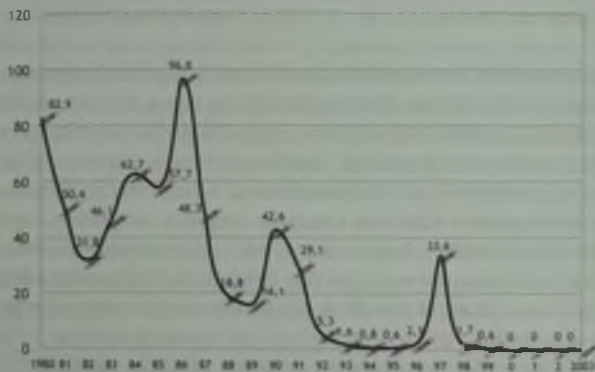
- distribuição cronológica conforme variação cíclica;
- distribuição cronológica conforme variação sazonal;
- distribuição cronológica conforme tendência.

Variação cíclica

Na *variação cíclica*, um dado padrão de variação é repetido de intervalo a intervalo. Como exemplo, apresentamos uma série histórica de casos de sarampo na qual, recorrentemente, alternam-se valores máximos e mínimos. Nessa perspectiva, *ciclo* é o nome que se dá ao padrão que é reiterado de intervalo a intervalo. Ciclo semanal, mensal ou anual refere-se ao fenômeno que requer uma semana, um mês ou um ano, respectivamente, para percorrer uma série completa de valores de um mínimo a um máximo, com retorno ao mínimo e assim sucessivamente. No Gráfico 11 estão relacionadas as taxas de incidência de casos de sarampo ocorridos no Brasil no período de 1980 a 2003, mostrando uma variação cíclica nítida.

Tudo indica que o aumento das taxas de incidência, a cada ciclo, deve-se ao fato de que nos anos interepidêmicos, com o nascimento e o acúmulo de crianças não imunizadas, atingem-se níveis críticos de suscetíveis, daí decorrendo o aumento progressivo do número de casos. A partir dos últimos casos autóctones em 2000 e nenhum caso (exceto casos importados do exterior) nos anos seguintes, há uma forte disposição do governo, dos profissionais de saúde e da sociedade organizada, no sentido de se atingir a erradicação do sarampo no Brasil. Assim sendo, os ciclos não ocorrerão ou poderão manifestar-se esporadicamente (casos importados) como uma variação contingencial.

Gráfico 11. Variação cíclica do sarampo no Brasil. Taxas de casos confirmados no período de 1980 a 2003.



Fonte: MS/Funasa/Cenepi — www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006.

Variação Sazonal

Em algumas distribuições cronológicas, observamos que os *máximos e os mínimos ocorrem sempre em torno de um determinado tempo marcado*. Diz-se que, nessas distribuições, a variação está caracterizada por uma certa sazonalidade. Denomina-se sazonalidade *stricto sensu* a propriedade segundo a qual o fenômeno considerado é periódico e repete-se sempre na mesma estação (sazon) do ano. Por *extensão do significado*, o termo passou a abranger (*lato sensu*) também os fenômenos que se repetem em certos meses do ano ou em dias esperados da semana ou em horas do dia, e assim por diante.

No estudo da variação sazonal de óbitos e de casos, tomam-se como variável independente as estações ou meses do ano, os dias da semana ou as horas do dia e, como variável dependente, os valores absolutos ou a média das taxas de casos ou de óbitos ocorridos na época, dia ou horário considerado.

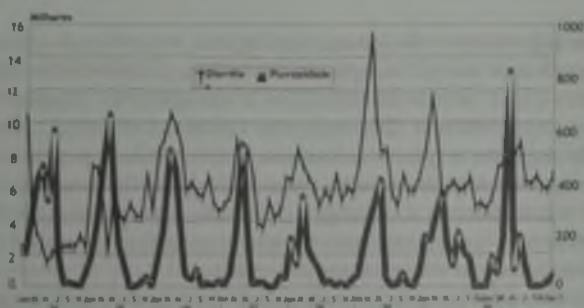
Vejamos, a seguir, exemplos que ilustram essa abordagem.

Moraes, Guedes & Barata (1985), num estudo sobre o processo epidêmico, tomando como exemplo a epidemia de doença meningocócica ocorrida no município de São Paulo, na primeira metade da década de 1970, trabalhando com dados de morbidade nos anos de 1960 a 1969, estudaram a variação sazonal da doença observando taxas de morbidade mais elevadas nos meses mais frios do ano (junho, julho e agosto).

Outro exemplo: observando que a proporção máxima de óbitos por diarreia, em Fortaleza (estado do Ceará), situa-se no início da estação chuvosa e quente, evidenciamos como básicos os fatores sociais embutidos na elevada frequência de diarreias naquela cidade. Além disso, como fatores secundários, confirmamos a hipótese da contribuição da pluviosidade, coincidente com a contaminação do lençol freático (Rouquayrol, 1962). O abastecimento inadequado de água nas zonas urbanas do estado do Ceará atinge 42% dos domicílios, sendo a situação mais desfavorável quanto aos esgotos cuja cobertura nas referidas áreas é de apenas 11,3%.

Façanha (1998), entre outros aspectos, também faz referência às diarreias associadas à sazonalidade das chuvas (Gráfico 12).

Gráfico 12 Doenças diarreicas em Fortaleza, 1994-2001. Número de casos registrados e pluviosidade em mm¹



Fonte: Funceme-SMS/Cops/Célula de Vigilância Epidemiológica

Tendência

A incidência de doenças, a mortalidade por causas ou qualquer outro evento de importância epidemiológica, quando observados por longo tempo, podem apresentar estabilidade, aumento ou diminuição de suas taxas, em função do fenômeno estudado ou do lapso de tempo considerado. Essa contingência sistemática da frequência de doenças ou de óbitos, num período suficientemente longo de anos, é denominada tendência secular do evento. Assim, qualquer ocorrência epidemiológica sob observação terá necessariamente como atributo próprio e intrínseco em relação à variável tempo uma determinada tendência que a qualifica.

Os estudos da tendência histórica de um dado fenômeno são empreendidos, no campo da epidemiologia, para avaliação das medidas de controle das doenças ou para detecção de mudanças na estrutura epidemiológica dos agravos considerados.

Formalmente, a tendência pode ser expressa pelo coeficiente de inclinação de uma reta, obtida por regressão a partir das frequências de casos de doenças ou do número de óbitos, na forma bruta ou trabalhada. Os coeficientes de inclinação positivos mostram tendência para o crescimento e os negativos, para o declínio. O coeficiente zero indica a constância do processo.

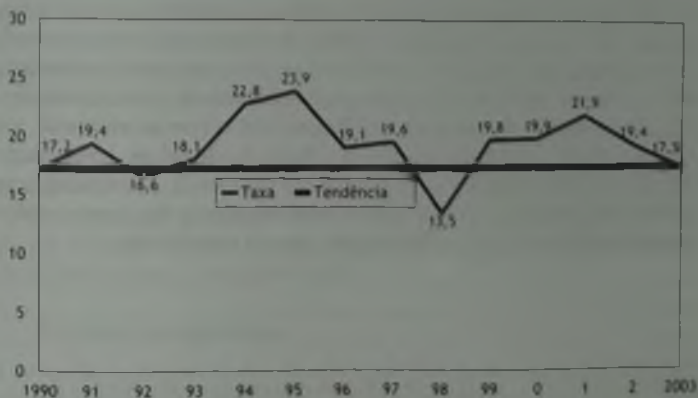
Considerando o conjunto dos eventos epidemiológicos cuja tendência é descrita pela reta que melhor se ajuste, podemos abstrair daí duas categorias gerais:

- Durante todo o intervalo cronológico em que é feita a observação, os dados registrados mostram uma única tendência, ou, dizendo-se de outra maneira, a *tendência do processo é constante durante todo o intervalo considerado*.

- No decorrer de todo o intervalo cronológico delimitado para o estudo, as frequências registradas estão como a exigir, de período a período, retas de diferentes inclinações. Tal fato leva à conclusão de que o processo estudado muda de tendência em certos momentos. A interpretação a se dar, no caso, é a de que algum fator ou fatores causais ou protetores, contribuintes para a ocorrência considerada, sofreram mudanças significativas passando a relacionar-se segundo um novo equilíbrio.

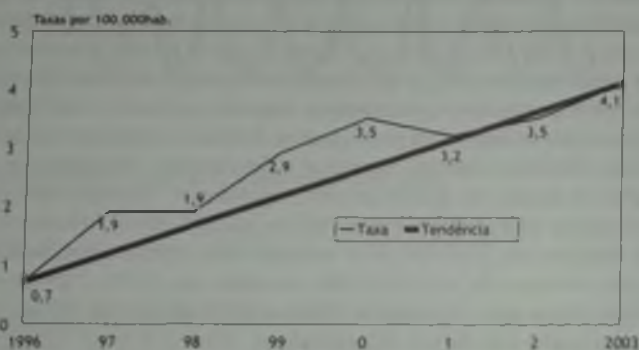
Nos gráficos seguintes procuramos ilustrar os três tipos de tendência acima aludidos: estável, crescente e decrescente. Tomando-se como exemplo os dados de leishmaniose tegumentar, constatamos que as taxas de casos confirmados entre 1990 e 2003 (Gráfico 13) não excederam o máximo de 23,9/100.000 ocorrido em 1995 e nem declinaram além do mínimo de 13,6/100.000 ocorrido em 1998. Interpretamos esse fato como uma tendência relativamente estável no progresso da doença, nesse intervalo de catorze anos.

Gráfico 13. Leishmaniose tegumentar no Brasil. Tendência estável no período de 1990 a 2003.



Exemplo típico de *tendência crescente* pode ser ilustrado com a hepatite-C, cujas taxas de incidência, mesmo em uma série histórica tão reduzida, passaram de 0,7/100.000 em 1996 para 4,1/100.000 em 2003. Ao comparar as taxas no início e no final do período, segundo os dados do Gráfico 14, é possível concluir que a hepatite-C é uma doença progressivamente crescente no Brasil, chegando a atingir, no referido período, cerca de cinco vezes mais a população sob risco.

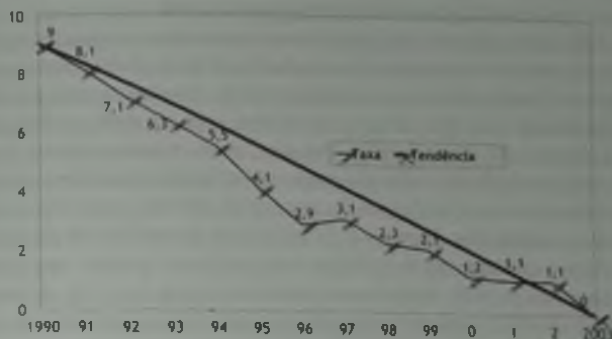
Gráfico 14. Casos confirmados de hepatite-C no Brasil. Tendência no período de 1996 a 2003



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

De forma diversa ao que ocorre com a leishmaniose tegumentar, doença não sujeita a imunização, citada anteriormente como exemplo de um evento de tendência constante, as doenças imunopreveníveis estão em franco declínio em todas as regiões do Brasil. Como caso exemplar de tendência decrescente, podemos citar o tétano neonatal, em declínio desde a implementação do Plano Nacional de Imunização (PNI). Em conclusão, à vista das taxas de incidência apresentadas no Gráfico 15, podemos afirmar que o tétano neonatal tem uma tendência decrescente em vias de eliminação, rumo à erradicação.

Gráfico 15. Incidência de tétano neonatal no Brasil. Tendência no período de 1990 a 2003.



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ESPAÇO

Espaço físico, ou simplesmente espaço, no sentido em que aqui é empregado, denota a totalidade das coisas materiais, vivas ou inanimadas, de cuja associação a Terra, ou uma parte delimitada dela, é formada. Racionalmente, obedecendo a critérios gerais preestabelecidos, o espaço pode ser organizado e subdividido em lugares delimitados e perfeitamente definidos. No entanto, deve ser levado em consideração que o espaço físico, apesar de poder ser racionalmente fracionado em lugares que o integrem, cujos limites são cambiantes conforme o critério adotado, jamais deixará de ser uma totalidade abrangente.

Os diferentes critérios adotados para a organização e subdivisão racionais do espaço constituem as *variáveis de lugar*. Estas podem ser agrupadas em variáveis geopolíticas, variáveis político-administrativas e variáveis geográficas. Estas últimas subdivididas em fatores ambientais, fatores populacionais e fatores demográficos. Acrescentem-se a variação urbano-rural e a variação local.

Variáveis geopolíticas

As enunciadas a seguir são algumas poucas das inúmeras variáveis geopolíticas possíveis: países da América, países do terceiro mundo,

países africanos. Quando o espaço é recortado segundo uma dessas variáveis, tomada como variável independente, diz-se que o estudo do evento epidemiológico é feito comparativamente.

Sob dois aspectos, são importantes os estudos comparativos de incidência envolvendo nações. Os resultados dessas comparações tornam viáveis as classificações com o ordenamento dos países, seja em função da efetividade dos seus serviços de saúde, seja em função do nível de adoecimento. As comparações internacionais prestam-se ao monitoramento do estado de saúde da nação em relação a padrões admitidos como desejáveis e à avaliação do progresso relativo ocorrido entre nações no controle das doenças e na melhoria da qualidade de vida.

Para a consecução de análises comparativas, podem ser tomados países de um mesmo continente, países em igual nível de desenvolvimento econômico, países com problemas sanitários semelhantes, ou ainda países de clima assemelhado. Podem ainda ser contrastados países ricos de economia central com países pobres de economia periférica.

Os contrastes entre países podem encontrar explicações nas características populacionais, nos condicionamentos geográficos, inclusive climáticos, nos fatores ecológicos, na constituição genética e até mesmo no âmbito da cultura e dos costumes.

Instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) têm incentivado a melhoria do manejo e da qualidade dos dados, objetivando a que se venha dispor de comparações fidedignas sobre a incidência e a prevalência de doenças no âmbito internacional. O Ministério da Saúde e a Opas vêm prestando todo o apoio ao "Centro Brasileiro de Classificação de Doenças" num esforço conjunto unindo a Faculdade de Saúde Pública da USP, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) — 10.^a Revisão da CID, 1993.

Variáveis político-administrativas

Segundo o *Anuário Estatístico do Brasil* (IBGE, 1991): "a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios; todos autônomos nos termos da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988".

Atualmente, o território nacional está dividido em regiões agregando estados limítrofes de clima, economia, salário e oportunidades educacionais mais ou menos assemelhados. Além das Grandes Regiões

Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, existem microrregiões formadas pela agregação de municípios segundo algum critério fundamental. Dentre estas destacam-se as regiões metropolitanas.

Existem disparidades entre as unidades político-administrativas no que tange às condições de saúde-doença das populações e também no que diz respeito à fidedignidade das informações de saúde. Comparações tanto regionais quanto municipais são necessárias e poderão expor as disparidades nos níveis de saúde, apresentar problemas localizados e, conseqüentemente, orientar a alocação de recursos para o controle de doenças e agravos. Tendo presentes as disparidades de município para município, de estado para estado, de região para região em relação aos informes de saúde, é possível, exclusivamente para algumas doenças cujos programas dispõem de dados razoáveis (aids, por exemplo), e não para outras, estabelecer-se criticamente comparações de incidência entre as diferentes unidades administrativas e daí inferirem-se conclusões de algum valor científico e administrativo e proporem-se ações de saúde diferenciadas.

No Brasil, para efeito de alocação de recursos do SUS, já é uma exigência legal que, no processo de análise técnica de programas e projetos de saúde, se leve em conta o *perfil epidemiológico* da população a ser coberta. A partir deste fato, espera-se que o dado, a descrição e a análise epidemiológica passem a ser valorizados já na fase de planejamento em saúde coletiva nos níveis municipal e estadual.

Variáveis geográficas

A proposição de um determinado fator geográfico isolado como associado à geração de doença, nada mais é do que um artifício metodológico necessário. Trabalha-se a partir desta abstração para melhor se ter o controle das variáveis e acesso a hipóteses causais. Na verdade, os chamados fatores geográficos são itens intelectualmente isolados de seu contexto próprio os quais, na realidade do lugar, estão intimamente associados compondo sistemas ecológicos. O sistema ecológico e a doença formam uma estrutura epidemiológica concreta que, por sua vez, se encontra associada sistemicamente à estrutura social vigente, formando uma estrutura epidemiológico-social dotada de historicidade. Ampliando o conceito de espaço proposto anteriormente, podemos afirmar que espaço geográfico é uma determinada porção localizada na superfície terrestre, constituída pelas rugosidades, águas correntes e estâncias, solo, clima, fauna e flora, ocupada, modificada e organizada

por uma população socialmente estruturada, acrescida dos resultados objetivos da intervenção do homem no decurso da história. No espaço geográfico assim definido o ser humano encontra-se duplamente inserido. De certa maneira, o homem existe em um ambiente dotado de propriedades morfológicas, físicas, químicas e biológicas próprias. Por outro lado, é pertencente a uma população cujos hábitos, valores e crenças condicionam, em parte, suas ações e cujas peculiaridades, desde as genéticas até as econômicas, fazem-no semelhante aos do seu grupo, e diferente de outros indivíduos inseridos em outros contextos.

Desta análise decorre a proposição de duas séries de fatores geográficos presentes nos estudos epidemiológicos descritivos: os fatores ambientais e os populacionais.

Fatores ambientais — Os elementos ambientais que se põem ao observador constituem a paisagem. Assim, a paisagem nada mais é do que o reflexo do espaço. Seu aspecto, a um dado momento, é resultante da confluência de três contribuições essenciais:

- dos condicionantes básicos físicos, químicos e geológicos, formadores de substrato abiótico.
- da existência e dinamismo do componente biótico, formado pela fauna e pela flora.
- da atuação do homem em decorrência de suas necessidades sociais e econômicas.

Os estudos epidemiológicos nos quais buscamos esclarecer a contribuição dos fatores nosogênicos presentes na paisagem devem responder à questão, "em que tipo de ambiente ocorre a doença ou o agravo em estudo?" A resposta deve ser buscada em elementos da topografia, hidrografia, composição química do solo, fatores climáticos e componentes da fauna e da flora nativos naturalmente presentes e também exóticos, com especial destaque aos agentes potencialmente infectantes, artificialmente introduzidos por migrantes, sejam humanos, aves e outros animais migratórios.

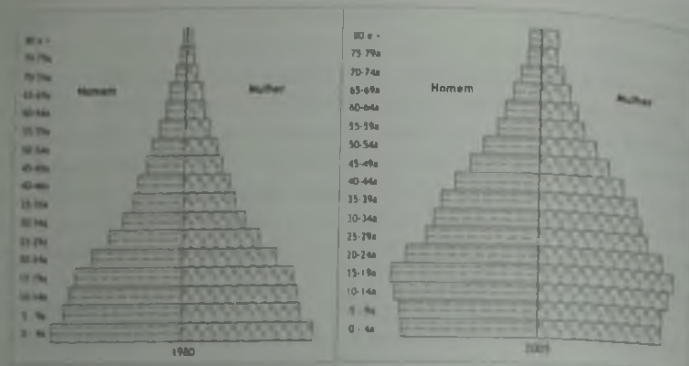
Fatores populacionais — Uma população socialmente organizada não é apenas a justaposição dos indivíduos que a formam, ao contrário, tem características próprias e propriedades de conjunto. Assim, a ocorrência espacialmente localizada de doença coletiva pode estar associada a fatores populacionais, independentemente de seu vínculo ambiental. Fatores populacionais são aqueles ligados ao conjunto socialmente organizado e não a características individuais dos elementos que o compõem, isto é, variáveis populacionais são as variáveis geo-

gráficas ligadas ao componente população como conjunto humano socialmente estruturado e, na maioria dos casos, ocupante de um espaço geográfico definido. A explicação da doença como fenômeno de massa pede a investigação de suas vertentes: social, econômica e política através de seus fatores contribuintes. Pede também uma análise da estrutura social como totalidade, determinante que é no processo de geração de doença ao nível de coletividade. Nos estudos epidemiológicos no que se refere à contribuição das variáveis populacionais, a pesquisa empreendida deve iniciar com a propositura da seguinte questão: "quais as características da população onde ocorre o evento estudado?"

Dentre as variáveis demográficas mais importantes que estabelecem diferenças entre populações e, de certa maneira, as caracterizam, destacam-se a idade e o sexo, predominantes nos estudos epidemiológicos. Para visualização da composição de uma população segundo idade e sexo, são utilizados dispositivos denominados pirâmides de população. Dentre as pirâmides populacionais possíveis, podemos ressaltar dois tipos extremos.

A pirâmide etária de países populosos será retratada por uma figura de base larga característica de uma população jovem com poucos sobreviventes em idades elevadas. Ao contrário, a pirâmide populacional de países dotados de alta esperança de vida e baixa natalidade, será caracterizada por uma base estreita com baixo número de crianças e muitos sobreviventes em idades avançadas. Sejam os seguintes exemplos comparativos. Ruanda, país pobre, possui 2,3% de idosos ao passo que a Suécia, país rico, 17,1%; Ruanda, alta natalidade, dispõe de 51,5% de crianças de 0-14 anos e a Suécia, baixa natalidade, 18,5% na mesma faixa etária. As pirâmides populacionais registradas na Figura 2 mostram a modificação ocorrida nas características demográficas de um mesmo país, o Brasil, no espaço de 25 anos, de 1980 a 2005. Graças talvez à adoção do uso de métodos contraceptivos, à passagem de população de maioria rural para urbana com conseqüente melhoria das condições de salário, educação e atendimento médico-sanitário, a composição da população mostra tendência à diminuição flagrante do tamanho das populações jovens com crescimento relativo da população de idosos, configurando o estreitamento da base. São assim importantes como fatores populacionais associáveis às diferenças nos níveis de saúde, as taxas de natalidade, a esperança de vida, a variação urbano-rural e as variações locais, dentre outros.

Figura 2 Pirâmides de população em 1980 e em 2005, no Brasil



Fontes: IBGE Censos Demográficos e Contagem Populacional.
MS Estimativas intercensitárias e estratificação por idade e sexo

Variação urbano-rural

No Brasil, as áreas urbana, suburbana e rural são definidas por leis municipais. Consideram-se populações urbanas e suburbanas, entendidas estas como prolongamento das primeiras, as populações residentes nas sedes municipais e distritais e, também, das aglomerações definidas como urbanas por órgãos oficiais. A população rural abrange todos os residentes fora das cidades, das vilas e das áreas urbanas isoladas.

Conforme já foi referido anteriormente, a comparação urbano-rural, por regiões do País, apresenta algumas dificuldades, podendo ser destacadas, entre elas, as seguintes:

- As taxas de urbanização no Brasil são bastante diferenciadas sendo maior a proporção de coletividades urbanas nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste do que nas regiões Norte e Nordeste.
- Para as populações rurais, na maioria dos municípios brasileiros, a atenção primária à saúde é bastante inferior à que é posta à disposição das populações urbanas.
- Considerando serem diferentes as estruturas urbana/rural, os coeficientes de mortalidade, geral ou específico por doenças e agravos, não são diretamente comparáveis.

De forma geral, os fatores que contribuem para proteção da saúde da coletividade ou os que fazem progredir a doença são distribuídos assimetricamente quando comparadas populações urbanas e rurais.

De forma definitiva, as informações epidemiológicas levantadas nas áreas urbanas e nas áreas rurais não são comparáveis. As das áreas rurais são bem menos fidedignas que as das áreas urbanas. As áreas rurais não dispõem mais que de diminuta assistência médico-sanitária; despertam bem menos interesse e recebem bem menos atendimento das agências governamentais, suas populações caracterizam-se por baixos índices de escolaridade e seu registro civil é precário.

Variação local

Em epidemiologia, quando usamos a expressão *variação local*, queremos nos referir a ocorrências que se dão em espaços restritos, desde unidades residenciais familiares até comunidades na dimensão de bairros, distritos, vilas, cidades e áreas específicas atendidas por determinados serviços públicos. Como parte desse amplo espectro devem ser incluídos ambientes coletivos tais como escolas, asilos, hospitais, prédios de apartamentos e favelas.

Para efeito de análise, a elevada ocorrência de doenças e agravos, que se concentram em áreas restritas, são denominados conglomerados espaciais, *cluster* em inglês. Uma das técnicas empregadas no estudo dos conglomerados foi, no passado, a técnica da pontuação dos casos ocorridos e o posicionamento dos fatores suspeitos. Esta técnica foi empregada por John Snow quando buscava esclarecer as origens de um surto de cólera que se abateu em áreas restritas da cidade de Londres, dentro de uma epidemia estival mais ampla, que tomou grande parte da cidade no período de 1849 a 1854.

Os mapeamentos manuscritos para a visualização de conglomerados são ainda utilizados em certas circunstâncias. O ideal, no entanto, é o emprego do geoprocessamento com os recursos da informática.

VARIÁVEIS RELACIONADAS À PESSOA

Ao passo que as variáveis populacionais ligam-se, de uma forma ou de outra, como variáveis geográficas que são, ao espaço ocupado, as variáveis relacionadas à pessoa independem do espaço e, portanto, não devem ser confundidas com as variáveis populacionais.

É necessário esclarecer que a mesma designação pode referir-se, alternativamente, a uma variável pessoal ou a uma variável populacional de mesmo nome. Inserem-se neste caso as variáveis raça, etnia, cultura, religião e nível socioeconômico. Será considerada uma variável popula-

cional se a sua função lógica for a de possibilitar a comparação de grupos populacionais homogêneos espacialmente localizados. Tratando-se, no entanto, de estudo descritivo da incidência de uma doença em uma população heterogênea, em condições tais que os atributos de população não possam ser tomados como característica de lugar, as mesmas variáveis passam a ser pessoais, próprias para caracterizar grupos específicos cujos indivíduos componentes estejam dispersos no seio da população abrangente, heterogênea.

Conforme adaptação feita com base em Lenicex & Cleroux (1982), as abaixo discriminadas são algumas das variáveis relacionadas à pessoa, já provadas como epidemiologicamente significativas em estudos anteriores referentes à distribuição de doenças e causas de morte: *características gerais* — idade e sexo; *características familiares* — estado civil, idade dos pais, dimensão da família, posição na ordem de nascimento, privação dos pais, de um ou de ambos e morbidade familiar por causas específicas; *características étnicas* — raça, cultura, religião, grupo étnico e lugar de nascimento; *nível socioeconômico* — ocupação, renda, nível de instrução, tipo e zona de residência, valor da taxa de IPTU e sinais exteriores de riqueza; *ocorrências durante a vida intra-uterina e ao nascer* — idade materna, número de fetos gestados (único ou gemelar), características e ocorrências durante o parto, condições físicas da mãe e ocorrências vividas por esta durante a gestação; *características endógenas* — constituição física, resistência individual, estado fisiológico, estado de nutrição, doenças intercorrentes e tipo de comportamento; *ocorrências acidentais* — ocorrências estressantes, doenças e acidentes sofridos; *hábitos e atividades* — atividades ocupacionais, medicamentos utilizados com certa constância, uso e abuso de inseticidas domésticos e agrícolas e abuso de drogas permitidas (álcool, fumo, medicamentos), acrescentando-se a esta lista o uso de drogas ilícitas, o tipo de comportamento alimentar, a atividade física e o lazer.

Dado o grande número das possíveis variáveis relacionadas à pessoa, detalharemos somente as variáveis idade e sexo.

Idade

Dentre todas as variáveis relacionadas à pessoa, a variável idade é a que soma maior número de relatos em estudos epidemiológicos. O estudo da associação entre a variável idade e incidência, prevalência ou mortalidade por determinada doença se faz através dos coeficientes específicos por idade, para uma determinada causa. Estes, os coeficien-

tes, são obtidos dividindo-se o número de casos ou de óbitos por causas, dentro de uma certa faixa etária, pela população desta mesma faixa e multiplicando-se por potência de 10, que é a base referencial da população. Na distribuição da incidência, prevalência ou mortalidade, a variável idade é comumente escalonada por faixas, denominadas faixas etárias. Damos o nome de faixa etária, inserida em uma escala ampla de valores, a um conjunto contínuo de medidas que se limita abaixo e acima com outros subconjuntos contínuos de valores menores e maiores, respectivamente. Damos o nome de grupo etário ao conjunto de pessoas cujas idades se situam dentro de uma mesma faixa etária.

Ao conjunto coerente de faixas etárias, desde o mínimo de idade e de forma contínua, sem interrupção, até o máximo em aberto, damos o nome de escala. Encontram-se em uso as seguintes:

- Para categorizar populações de acordo com suas características demográficas — população progressiva, estacionária ou regressiva — a OMS utiliza as faixas etárias: 0-14 anos; 15-64 anos; 65 e mais anos.

- Nas curvas de mortalidade proporcional e na análise de morbidade e de mortalidade por causas específicas, são consideradas as faixas etárias definidas pelos seguintes intervalos: menores de 1 ano (grupo infantil), 1 a 4 anos (crianças em idade pré-escolar); 5 a 19 anos (crianças em idade escolar e adolescentes (estes incluídos de 10 a 19)); 20 a 59 anos (adultos) e 60 e + anos (idosos).

- A OMS, em seu *Anuário Mundial de Estatísticas de Saúde* (WHO, 1992), adota, para o estudo da distribuição da mortalidade específica, a escala formada pelos seguintes intervalos: menores de 1 ano; 1-4 anos; 5-14 anos; 15-24 anos; 25-34 anos; 35-44 anos; 45-54 anos; 55-64 anos; 65-74 anos; 75 e mais anos.

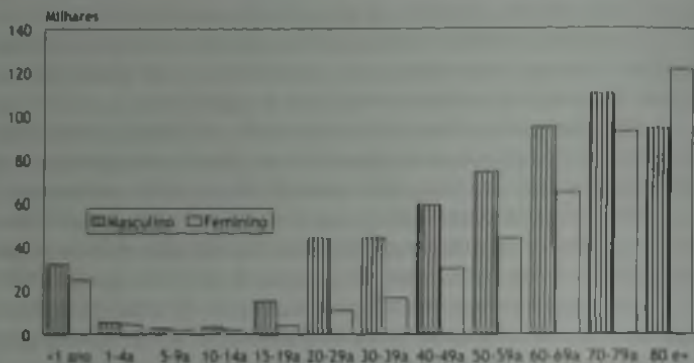
- O IBGE, por meio dos anuários estatísticos, apresenta os dados referentes à *população presente* no dia do censo em um consolidado que inclui as seguintes faixas etárias: 0-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20-24; 25-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70 e mais. Apresenta também um outro consolidado referente à população residente projetada, com as seguintes faixas etárias: 0-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64; 65-69; 70-74; 75-79; 80 anos e mais (IBGE, anuário de 1991).

- Nos informes publicados pelo Ministério da Saúde e disponíveis no site <www.datasus.gov.br>, é adotado o seguinte escalonamento de idades: menores de 1 ano; 1-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; 80 e + anos (ver Gráfico 16). Em alguns informes e estudos analíticos produzidos pelo próprio Ministério da Saúde

e por Secretarias de Saúde, o escalonamento apresentado acima é compactado e a escala resultante passa a ser formada pelas seguintes faixas etárias: menores de 1 ano; 1-4; 5-9; 10-19; 20-59 e 60 e + anos.

• É possível que em estudos específicos, tendo em vista a necessidade de se ressaltar alguma característica própria de determinada coletividade ou a critério de determinado autor ou órgão público, venham a ser adotadas escalas diferentes das anteriormente citadas.

Gráfico 16. Mortalidade no Brasil em 2003. Número de óbitos por faixa etária e sexo



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

Do ponto de vista epidemiológico, os vários grupos por faixa etária são bastante diferenciados entre si em função dos riscos próprios, das doenças características e da interação com o meio ambiente.

Na faixa etária dos menores de 1 ano situa-se o grupo que podemos denominar grupo infantil que se diferencia dos demais grupos em função das seguintes características:

• nesta faixa etária a alimentação com leite materno é sobremaneira importante para a saúde da criança; sua falta é geralmente suprida por alimentação artificial, insuficiente e por vezes inadequada nas classes de baixa renda;

• os anticorpos passados de mãe a filho por via transplacentária tendem a diminuir após o nascimento. Quando a concentração dos anticorpos recebidos do organismo da mãe torna-se menor que um valor mínimo necessário, as barreiras imunitárias passam a não mais funcionar a contento. Nesta situação, torna-se necessário o reequipamento imunológico mediante a imunização artificial;

- na faixa etária que vai do nascimento aos 27 dias, merecem atenção, como principais causas de óbitos, os denominados óbitos neonatais, as anomalias congênicas ligadas a intercorrências na gestação e no parto e outros problemas congênicos e hereditários

- a partir dos 28 dias predominam as doenças infecciosas. Observam-se, nesta categoria, a predominância das diarreias e das infecções respiratórias agudas.

Na faixa etária de 1 a 4 anos, as crianças ainda não têm consolidado o processo de formação natural das defesas imunitárias. O desmame, de um lado, e as necessidades nutricionais ditadas pelo crescimento, de outro, associadas à condição de pobreza, estão na origem da maioria dos distúrbios nutricionais que ocorrem neste grupo etário. Nesta idade, a criança começa o processo de socialização, algumas frequentando creches, escolas maternas e jardins-de-infância. Estão expostas às verminoses, a protozooses e sobretudo às deficiências nutricionais, especialmente nos estratos populacionais de baixo poder aquisitivo.

O grupo de crianças *na faixa etária de 5 a 9 anos*, se comparado a outros grupos, é o que apresenta a menor taxa de mortalidade, incluindo todas as causas. A comparação em âmbito internacional das principais causas responsáveis por óbitos nesta faixa mostra que as mortes acidentais comparecem, consistentemente, com alta frequência relativa em todos os países. Nessa fase da vida é lógico associar os acidentes à inexperiência e à despreocupação com os riscos pessoais. Chamamos a atenção para o fato de que, ultimamente, a violência doméstica e a de rua, e o uso de drogas, já estão atingindo as crianças situadas nesta faixa etária.

Supõe-se que os indivíduos pertencentes a esse grupo etário — sobreviventes que são aos riscos de morte por doenças infecciosas enfrentados nos cinco primeiros anos de vida — sejam biologicamente os mais bem-dotados dentre os que nasceram à mesma época. Devem ser mais resistentes às doenças infecciosas que poderão ocorrer nos próximos anos de suas vidas. Esta suposição é apenas parcialmente verdadeira. É verdade quanto aos países desenvolvidos, onde os atributos pessoais positivos são ajudados por condições ambientais e sociais e por políticas públicas favorecedoras. Nos países subdesenvolvidos esta suposição é menos verdadeira.

O grupo dos adolescentes forma a faixa etária de 10 a 19 anos. Trata-se, de certa maneira, de um grupo atípico. Alguns fatores sociais e biológicos, que no grupo de 5 a 9 anos estão significativamente associados a causas de doenças e de óbitos, continuam influentes no grupo de 10-

19 anos. Outros fatores como, por exemplo, o ingresso na força de trabalho, que aparecerão posteriormente no grupo formado pelos adultos de 20 a 59 anos, já fazem sentir sua presença no grupo de adolescentes.

Segundo dados do IBGE para 1999 no Brasil, cerca de 20% dos meninos e 10% das meninas de 10 a 14 anos já exercem algum tipo de atividade laboral. No grupo de 15 a 19 anos são 60% de meninos e 40% de meninas que trabalham e participam ativamente da renda familiar (IBGE, 2000).

Nesse grupo dos adolescentes, são os seguintes os principais aspectos da morbidade e da mortalidade:

- ♦ Dada a inserção no mercado de trabalho, ocorrem na zona rural inúmeros casos de envenenamento por agrotóxicos e acidentes ofídicos.
- ♦ Na zona urbana são frequentes as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), os acidentes de trânsito e outras causas externas.
- ♦ Adolescentes do sexo feminino iniciam, em geral aos doze anos, a fase reprodutiva de sua vida. Publicação da Opas (1990) informa que gravidez na idade adolescente expõe este grupo a riscos diversos: toxemia, trabalho de parto prolongado, cesárea, laceração cervical e outras complicações da gestação, parto e puerpério.
- ♦ Como indicadores de uma patologia social entre os adolescentes, continua em crescendo o número de consumidores de álcool e os índices de prostituição infanto-juvenil.

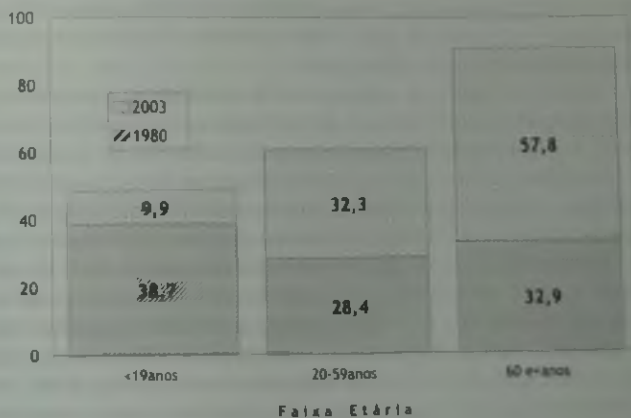
As pessoas situadas na faixa entre 20 e 59 anos formam o grupo etário dos adultos. Esta é a idade em que grande massa da população se inicia em alguma atividade profissional. Concentração de casos nesse grupo etário, ou seja, altos coeficientes por causas específicas em relação aos outros grupos, podem significar doença ou agravo associado de algum modo à atividade ocupacional. Segundo o *Anuário Mundial de Estatísticas de Saúde*, nesta faixa etária, dentre as causas de óbitos que comparecem com os coeficientes mais elevados, constam os acidentes de trabalho, os acidentes de trânsito, os homicídios e as doenças sexualmente transmissíveis. A aids apresenta-se predominante tanto na transmissão por via sexual quanto entre usuários de drogas. Ainda nessa faixa etária, são registrados apreciáveis coeficientes de mortalidade específicos por câncer e doenças do aparelho circulatório, tendência que será incrementada na faixa etária seguinte.

A partir dos 60 anos, bem antes para alguns ou bem depois para outros, os fatores cuja ação é lenta e constante já começam a fazer seus efeitos cumulativos. São as doenças crônico-degenerativas, característi-

cas desse grupo etário. São as seguintes as causas mais comuns de óbitos nesse grupo de idade: doenças cerebrovasculares e outras doenças do aparelho circulatório, hiperplasia da próstata, enfisema e câncer.

Vimos que as causas de mortalidade variam com as faixas de idade, isto é, infecções diversas na infância, gravidez de risco na adolescência ou DST e acidentes diversos, e nos adultos ocorrem com mais frequência os homicídios ou as DST e os acidentes de trânsito, ao passo que nos idosos os óbitos decorrem principalmente de doenças crônico-degenerativas. Do mesmo modo que variam as causas com o avançar da idade, também variam os quantitativos de óbitos nos referidos ciclos de vida (crianças e adolescentes, adultos e idosos) passando por mudanças ao longo das décadas. Assim no Gráfico 17 observamos que, enquanto em 1980 a proporção de óbitos na faixa correspondente às crianças e adolescentes era de 38,7%, em 2003 essa proporcionalidade declinou drasticamente para 9,9%. O inverso ocorreu com os idosos que, enquanto em 1980 morriam na proporção de 32,9%, em 2003 o percentual de óbitos de idosos ampliou-se para 57,8% significando que, anteriormente, as pessoas faleciam ainda jovens e atualmente, em decorrência de maior sobrevivência, é natural que a mortalidade ocorra em maior proporção na velhice.

Gráfico 17. Proporção de óbitos por ciclos de vida. Percentual de óbitos de crianças e adolescentes-adultos-idosos



Sexo

Além das óbvias diferenças anatômicas e fisiológicas que os caracterizam, homens e mulheres, cada qual ao seu tempo e modo, vivem experiências específicas, privadas e não compartilhadas pelo sexo oposto. Do ponto de vista epidemiológico, essa diversidade biológica e social, na unidade da espécie, implica disparidades quanto à exposição a riscos. Essas diferenças são traduzidas em taxas de incidência, prevalência ou mortalidade por causas específicas significativamente diferentes.

Do ponto de vista demográfico, em qualquer país, quaisquer que sejam a idade ou a faixa etária, as populações masculina e feminina são numericamente desiguais. Esta desproporção se deve a dois fatores, agindo em sentidos opostos:

a) O número de nascimentos vivos masculinos é sempre superior aos femininos, com um excesso variando entre 5% e 6%.

b) Qualquer que seja a faixa etária considerada, os coeficientes de mortalidade específicos, segundo o sexo, por grupo etário e causa, são diferentes, resultando em diferentes coeficientes gerais de mortalidade.

Há cerca de trezentos anos, já existia preocupação com a mortalidade diferencial por sexo. Graunt (1662), citado por MacMahon & Pugh (1975), investigando arquivos de paróquias londrinas, observou um fato que até hoje se repete em quase todo o mundo: as mulheres, embora se enfermassem com maior frequência, apresentavam coeficientes de mortalidade menores que os dos homens, comparados tanto por faixas etárias como em termos gerais.

De forma geral, os coeficientes de mortalidade masculinos, por causas gerais ou específicas por grupos etários, são maiores que os femininos. Há exceções, naturalmente. Consultando-se as estatísticas do Ministério da Saúde no site <www.datasus.gov.br>, pode ser verificado que, somente para algumas poucas causas, dentre as que afligem ambos os sexos, a mortalidade feminina é maior que a masculina.

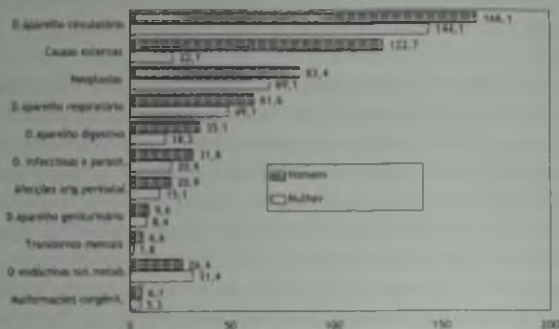
Confirmando o fato de que os homens morrem mais do que as mulheres, cria-se um paradoxo. Os registros estatísticos de consultas médicas, dias de trabalho perdidos, incidência de doenças agudas, dias de incapacidade com permanência na cama parecem indicar que as mulheres ficam doentes com mais frequência que os homens. No entanto, morrem menos. A razão dessa discrepância — maior morbidade geral e menor mortalidade — pode ser buscada considerando as seguintes alternativas:

1. supõe-se que a incidência de doenças seja maior entre as mulheres; a considerar-se correta esta suposição, deve-se concluir, logicamente, que a letalidade das doenças nas mulheres é menor do que nos homens;

2. como segunda alternativa, a mulher declara-se enferma com mais facilidade e, portanto, procura assistência com mais frequência do que o homem; gravidez, parto e puerpério são razões relevantes que tornam rotineira a busca por atenção clínica e por medidas de prevenção. Seja correta uma ou outra dessas alternativas, ou mesmo uma composição entre elas, um fato deve ser fixado: os diferenciais de morbidade ou de mortalidade determinados por diferenças endógenas, próprias das pessoas de cada sexo, deveriam ser estáveis, pouco variando no tempo, no espaço e em relação às diferenças culturais. Deve ser levado em consideração, no entanto, que muitos dos fatores contribuintes para o desenvolvimento de doenças, talvez a maioria, têm origem exógena. Sua presença e influência, portanto, devem variar com o tempo, de lugar para lugar, com as variáveis econômicas e com a modificação dos costumes. Variando a contribuição dos fatores, variará, por decorrência, os diferenciais de morbidade e mortalidade por sexo. Exemplo típico é o hábito de fumar. Durante muito tempo e até há poucos anos, foi hábito quase exclusivo do sexo masculino, e até mesmo identificado com este por estar socialmente vedado às mulheres o uso do cigarro. Atualmente com a liberação dos costumes, a mulher incorporou este hábito como afirmação e medida de sua nova liberdade. Paralelamente, no passado, o câncer respiratório atingia bem mais o contingente masculino que o feminino. Com a modificação dos costumes, este padrão de morbimortalidade vem sendo alterado. Pode ser constatada uma notável tendência para a diminuição das diferenças de mortalidade por câncer de pulmão, a expensas do crescimento da mortalidade de mulheres por esta causa.

O Ministério da Saúde — no site <www.datasus.gov.br> — informa que, no tocante a taxas de mortalidade por sexo, referentes às neoplasias em 2003, os valores são maiores no sexo masculino com mortalidade de 83,4 por 100.000 homens, ao passo que no sexo feminino foi igual a 69,1 por 100.000 mulheres (Gráfico 18). Entretanto, os maiores diferenciais de mortalidade por sexo são concernentes às causas externas. Neste gráfico, percebemos que a mortalidade por causas externas representou um risco cerca de cinco vezes maior para os homens com taxa de 122,7 ao passo que para as mulheres a taxa de mortalidade foi igual a 22,1.

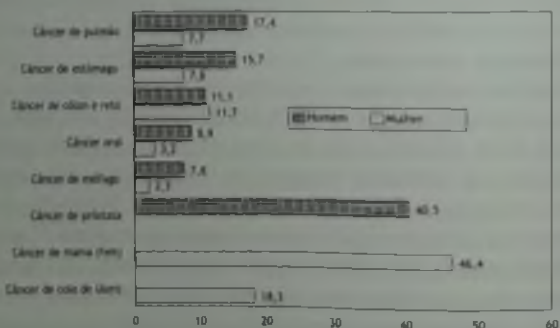
Gráfico 18. Mortalidade por causas de maior frequência, Brasil, 2003. Taxas por 100.000 homens/100.000mulheres



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006.

Quanto à morbidade específica por neoplasias, o gráfico seguinte também mostra taxas maiores nos homens como, por exemplo, câncer de pulmão mais que o dobro para os homens com taxa de 17,4 do que para as mulheres 7,7; o mesmo ocorre com o câncer do estômago com taxa igual a 15,7/100.000 homens e de 7,8 por 100.000 mulheres; câncer oral tem suas taxas diferenciadas em cerca de três vezes mais entre os homens do que entre as mulheres com taxas respectivas de 8,9 e de 3,2 e no câncer de esôfago a taxa masculina é quatro vezes maior do que a feminina com 7,8 e 2,3 respectivamente (Gráfico 19).

Gráfico 19. Casos de neoplasias malignas no Brasil, 2003. Taxas da doença por 100.000 homens e 100.000mulheres



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006.

Conforme adaptação feita com base em Jenicek & Cléroux (1982) a concentração de casos de doenças em um determinado sexo pode ser atribuída a:

- Diferenças biológicas essenciais, determinadas por maior suscetibilidade própria de um dos sexos, ou pela maior resistência do outro.

- Fator genético vinculado ao sexo; hemofilia, que só ocorre em homens.

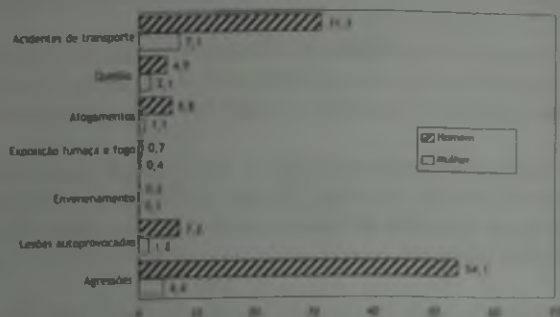
- Diferenças anatomofisiológicas associadas à especificidade de localização da doença, tal como foi visto no Gráfico 19, exemplos óbvios, onde estão descritas as taxas de morbidade por câncer de próstata (40,5/100.000 homens) e o câncer de colo de útero (18,3/100.000 mulheres).

- Atividades ocupacionais desenvolvidas, preferencialmente ou mesmo exclusivamente, por pessoas de um só dos sexos e das quais resultem riscos gerais, ou então intoxicações, acidentes do trabalho e doenças profissionais. No Brasil, na região Norte, citamos como exemplo a febre amarela silvestre, que atinge mais os homens por sua ligação ao trabalho próximo a florestas.

- Riscos específicos relacionados à função reprodutiva feminina, os quais, no passado, foram responsáveis pela alta mortalidade materna: acidentes de parto, infecção puerperal e que, na atualidade, são riscos mínimos.

- Diferenças de comportamento, alguns contingentes, outros ditados pela cultura. Sabe-se, por exemplo, que a mulher é menos afeita a arruaças, ao alcoolismo e a brigas de rua. Daí talvez uma explicação para a baixa taxa de mortalidade de mulheres por homicídio. Souza & Minayo (1999), ao apresentarem dados para o Brasil em 1988, com taxas por causas externas específicas, acidentes de trânsito, suicídios e homicídios dentre outros, comentam que todas essas taxas foram mais elevadas no sexo masculino. Os dados de 2003 (Gráfico 20) para as referidas causas específicas mostram que, exceto para acidentes de trânsito, que continuam em idêntico patamar ao de 1988, as taxas de mortalidade por causas externas elevaram seus diferenciais significativamente, especialmente no que diz respeito às taxas de homicídios (agressões) entre os homens, que passaram de 31,1/100.000 em 1988 para 54,1/100.000 em 2003 e de 2,9/100.000 em 1988 para 4,4/100.000 entre as mulheres em 2003.

Gráfico 20 Mortalidade por causas externas, Brasil, 2003. Taxas específicas por causas

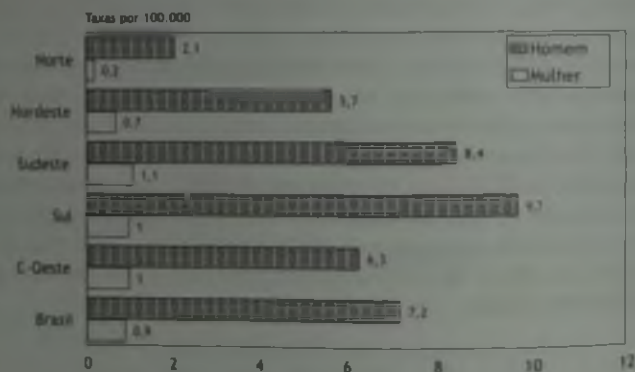


Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

Outros exemplos são os altos coeficientes de mortalidade masculina por câncer de pulmão, cardiopatias e bronquites associados ao hábito de fumar — o qual ainda é mais difundido entre os homens do que entre as mulheres.

Nessa categoria, deve ser incluída, também, dentre os exemplos marcantes, a mortalidade por doença alcoólica do fígado. Assim, com a apresentação do Gráfico 21, podemos perceber que a referida causa de óbitos no Brasil faz maior número de vítimas entre os homens do que entre as mulheres, ainda.

Gráfico 21 Mortalidade por doença alcoólica do fígado, Brasil. Taxas segundo sexo, por regiões, em 2003



Fonte: www.datasus.gov.br — acesso em fevereiro de 2006

No trabalho intitulado "Perfil Epidemiológico da Morbimortalidade Masculina, Laurenti, Mello Jorge & Collieb (2005), analisando as elevadas taxas de mortalidade entre pessoas do sexo masculino, assim se expressam: "A observação da maior mortalidade masculina leva a comentar que é difícil interpretá-la justificando-a como devida ao sexo (variável biológica), parecendo muito mais pertinente ser atribuída a fatores sociais e comportamentais (variável gênero). Isso fica claro não somente para as causas externas, mas também para várias causas naturais: câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose hepática, entre outras". Os referidos autores, citando publicação da OPS (1990) divulgam comentários sobre as variáveis sexo e gênero. Sexo, masculino e feminino, é uma condição biológica determinada pela natureza e, basicamente, pelas leis da genética, do que resulta uma anatomia corporal e uma fisiologia diferenciadas. Gênero, homem e mulher, é, ao invés, uma construção social a partir da diferença entre sexos que, portanto, varia historicamente e, num determinado tempo histórico, depende da ordem social, econômica, jurídica e política vigentes

REFERÊNCIAS BÁSICAS

- Laurenti, R. & M. H. P. Mello Jorge. *O atestado de óbito*. Centro da OMS para a classificação de doenças e agravos — Neps/USP Série Divulgação n.º 1 São Paulo, 1996.
- Este livro é imprescindível ao médico que, dentro de suas atribuições, em algumas ocasiões ao correr de sua vida profissional, se depara com a necessidade de preencher corretamente atestados de óbitos de forma a gerar informações confiáveis, contribuindo para uma melhor qualidade dos indicadores de mortalidade, tão necessários à avaliação das condições de saúde da população.*
- Organização Pan-Americana da Saúde/Rede Interagencial de Informações para a Saúde 2002. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Opas/Ripsa.
- Este é um livro básico para os profissionais das catorze áreas da saúde Ferramenta imprescindível que possibilita, aos estudiosos em saúde coletiva, compreender e executar todos os tipos de indicadores, dos mais simples aos mais complexos.*
- Almeida Filho, N. & M. Z. Rouquayrol. *Introdução à epidemiologia*. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.
- Os profissionais das catorze áreas da saúde coletiva, interessados em estudos específicos nos modelos denominados de caso-controle e de coortes*

ou nos estudos ecológicos ou seccionais, assimilarão com relativa facilidade essa metodologia e, além disto, terão oportunidade de cotejar com outros desenhos de pesquisa em epidemiologia.

Minayo, M. C. S. (org.) *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. 2.ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

Esta obra destina-se aos professores e pesquisadores das diversas áreas do campo da saúde, planejadores e gestores do sistema e dos serviços, e profissionais do setor saúde. Sua contribuição ultrapassa o âmbito da reflexão sobre saúde, podendo subsidiar estudiosos e políticos. Abrange: doenças cardiovasculares, acidentes de trabalho, violência social, aids, fome, mortalidade infantil e população idosa no Brasil.

Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Instituto Nacional do Câncer. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*. RJ, 2004.

Envolvendo quinze capitais e o Distrito Federal, esta publicação aborda os principais fatores de risco nas doenças não transmissíveis: o vício de fumar cigarro, a prevalência de obesidade, o consumo de álcool e outros, inserindo instrumentos de coleta de dados e facilitando a construção de indicadores de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho N. *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Campus, Rio de Janeiro, 1989.
- . Uma breve história da epidemiologia. In: M. Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho. *Epidemiologia & saúde*. 5.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1999.
- Almeida Filho, N. & Z. Rouquayrol. *Introdução à epidemiologia*. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.
- Arouca, A. S. S. El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención. *Rev Mex Ciencias Políticas y Sociales*, 22(84), pp. 33-56, 1976.
- Associação Internacional de Epidemiologia (IEA). *Guía de métodos de enseñanza*. IEA/OPS/OMS, Publ. Cient. 266, 1973.
- Ayres, J. R. C. M. O problema do conhecimento verdadeiro na epidemiologia. *Revista de Saúde Pública São Paulo*, 26(3), pp. 206-14, 1992.
- Barata, R. C. B. *A historicidade do conceito de causa*. Textos de Apoio — Epidemiologia. Rio de Janeiro: Abrasco, 1985.
- Barker, D. P. & F. J. Bennett. *Practical Epidemiology*. Nova York: Churchill Livingstone, 1976.

- Barua, D. & Cvjetanovic. Cólera en el periodo 1961-1970. *Bol Of Sanit Panamer*, 71(1), pp. 1-6, 1971.
- Breilh, J. *Producción y distribución de la Salud/Enfermedad como hecho colectivo*. Quito: Editorial Universitário, 1980.
- *Saúde na sociedade*. São Paulo: IS-SP-Abrasco, 1986.
- Campos, G. W. S.; R. B. Barros & A. M. Castro. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3), pp. 745-749, 2004.
- Carvalho, J. R. *Processo migratório e disseminação de doenças*. Textos de Apoio: Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.
- Cordeiro H. A. et al. Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad. *Ciencias Políticas y Sociales*, 22(84), pp. 159-81, 1976.
- Costa, D. C. & N. R. Costa. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Ilucitec-Abrasco, 1990.
- Façanha, M. C. et al. Monitoramento das doenças diarreicas em Fortaleza. XI Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica. Fortaleza, 1998.
- Busca ativa de óbitos em cemitérios da Região Metropolitana de Fortaleza, 1999 e 2000. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 12(3), pp. 131-6, 2003.
- Forattini, O. P. *Epidemiologia geral*. São Paulo: Edgard Blücher, 1976.
- *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas, 1992.
- García, J. C. La categoría trabajo en la medicina. *Cuadernos Médicos Sociales*, 23, 1983.
- Goldbaum, M. 1990. Novas perspectivas temáticas para a epidemiologia. *Anais do 1.º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. São Paulo-Campinas, 1990.
- Gonçalves, R. B. M. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. *Anais do 1.º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. São Paulo-Campinas, 1990.
- Hennekens, C. H. & J. E. Buring. *Epidemiology in Medicine*. Boston: Little Brown & Company, 1987.
- IBGE. *Brasil em números* (vol. 5). Rio de Janeiro, 2000.
- Jenicek, M. & R. Cléroux. *Epidémiologie: principes, techniques, applications*. Paris: Maloine, 1982.
- Laurell, A. C. 1985. A saúde-doença como processo social. In: R. C. B. Barata. *A historicidade do conceito de causa*. Textos de Apoio: Epidemiologia 1. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Laurenti, R. & M. H. P. Mello Jorge. *O atestado de óbito*. Série Divulgação n.º 1, São Paulo, 1996.
- Laurenti, R.; M. H. Mello-Jorge & S. L. D. Gotlieb. Perfil epidemiológico

- da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), pp. 35-46, 2005.
- Lilienfeld, A. M. *Foundations of Epidemiology*. Nova York: Oxford, 1976.
- Lima, J. R. C. et al. Dengue. *Boletim de Saúde de Fortaleza*, 7(1), pp. 7-39, 2003.
- Loureiro, S. Brasil, desigualdade social, doença e morte. *Anais do 1.º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, São Paulo-Campinas, 1990.
- Luz, M. T. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- Mello Jorge, M. H. P.; S. L. D. Gottlieb & R. Laurenti, R. *A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Brasília: Parma, 2001.
- MacMahon, B & T. F. Pugh. *Principios y métodos de epidemiología*. México: Prensa Médica, 1975.
- Marsiglia, R. C.; R. C. B. Barata & S. P. Spinelli. *Determinação social do processo epidêmico*. Textos de Apoio — Epidemiologia. Rio de Janeiro: PEC/Ensp/Abrasco, 1985.
- Mausner, J. S. & A. K. Bahn. *Epidemiología*. México: Nueva Editorial, 1977.
- Minayo, M. G. S. (org.) *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. 2.ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Ministério da Saúde 1985 *Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito*. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Centro de Documentação, 1985.
- *Lei Orgânica da Saúde*. Lei 8.080, de 19 de set. de 1990. Brasília, 1990.
- *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília, 2004.
- Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Inca. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*. Rio de Janeiro, 2004
- Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2005.
- *A vigilância, o controle e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis*. Brasília, 2005.
- Ministério da Saúde/SVS/Dasis. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (documento preliminar). Brasília, agosto, 2005. Mimeo.
- Moraes, J. C. et al. *Método de estudo do processo epidêmico*. Textos de Apoio, pp. 89-125, Rio de Janeiro: Abrasco, 1985.
- Nájera, E et al. 1988. Discussão: desenvolvimento histórico. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *El desafío de la epidemiología*. Publicación Científica n.º 505.
- Organização Mundial da Saúde. *Measurement of Level of Health*. Technical Reports Series, 137, 1957.
- *Anuário mundial de estatísticas de saúde*, 1986

- . *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10.^a revisão. São Paulo: Edusp, 1993.
- Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). *El desafío de la epidemiología*. Publ. Cient. 505, Washington, DC, 1988.
- . *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la region de las Américas*. Washington, DC, 1990.
- . Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília, 2002.
- Possas, C. *Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social*. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Rufino Neto, A. & J. C. O. Pereira. O processo saúde-doença e suas interpretações. *Medicina*, Ribeirão Preto, 15(1-2), pp. 1-4, 1982.
- Rouquayrol, M. Z. *Diarréias infantis em Fortaleza*. Livre-docência. Fortaleza: Imprensa Universitária (UFC), 1962.
- Silva, L. J. Influenza aviária, perigo real ou imaginário? Editorial de *Cadernos de Saúde Pública*, 22(2), 2006. ISSN 0102-311X.
- Snow, J. In: OPS. El colera cerca de Golden Square. *El desafío de la epidemiología*. Publ. Cient. 505, Washington, 1988.
- Snow, J. In: OPS. Sobre el modo de transmisión del cólera. *El desafío de la epidemiología*. Publ. Cient. 505, Washington, 1988.
- Souza, E. R. & M. C. S. Minayo. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: M. C. S. Minayo (org.) *Os mitos Brasil: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec, pp. 87-116, 1999.
- Tambellini, A. M. 1976. Contribuição a análise epidemiológica dos acidentes de trânsito. Apud N. Almeida Filho. *Problemas e perspectivas atuais da pesquisa epidemiológica em medicina social*. Textos em epidemiologia. Brasília: CNPq.
- Veiga et al. Surto de intoxicação alimentar por causa indeterminada: lanuária, MG. *Boletim da Fundação Sesp*, 11(21), pp. 197-205, 1978.
- Villermé, L. R. In: OPS. Reseña del estado físico y moral de los obreros de las industrias del algodón, la lana y la seda, 1840. *El desafío de la epidemiología*. Publ. Cient. 505, 1988.

SITES RECOMENDADOS

www.datasus.gov.br
www.ops.org.br
www.paho.org
www.ibge.gov.br
www.scielo.br
www.ajph.org



RISCO, VULNERABILIDADE E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Gabriela Junqueira Calazans
Haraldo César Saletti Filho
Ivan França Júnior

O CONHECIMENTO E AS PRÁTICAS DE SAÚDE

AO LONGO DA HISTÓRIA das práticas de saúde, a busca dos saberes mais apropriados às ações necessárias ao alcance dos efeitos desejados tem sido alvo de interrogações, disputas e, especialmente, de uma muito viva e rica produção intelectual. Já desde o momento em que a medicina na Grécia Clássica foi deixando seu perfil mágico-tradicional, de transmissão oral e indiscernível de práticas religiosas, caminhando na direção de uma prática técnica, em estreito diálogo com o progressivo racionalismo dos saberes teóricos, as relações entre teoria e prática passaram a ser objeto de reflexões e questionamentos, marcados por um mútuo enriquecimento, mas também por atritos e tensões.

Em termos bastante genéricos, podemos assumir que as primeiras tensões surgiram no momento mesmo de constituição da medicina hipocrática, no século V a.C., a partir dos desencontros entre as teorias sobre o cosmos e a vida, especialmente as de influência platônica, e o comportamento dos fenômenos com que concretamente lidavam os médicos nas suas observações cotidianas (Sigerist, 1987; Frias, 2005). Um segundo momento de importantes confrontos deu-se quando, na aurora da modernidade, saberes originários de um conhecimento eminentemente prático disputaram com os saberes de base mais erudita e teórica espaços de competência técnica, prestígio público, poder político-institucional e autonomia normativa de seus agentes — disputa encarnada na célebre rivalidade entre cirurgiões e físicos em torno ao século XV (Ackerknecht, 1982; Nogueira, 1977). Um terceiro momento de grandes tensões e disputas se estabelece cerca de três séculos depois,

quando o alcance normativo dos saberes médicos, já com base na racionalidade científica moderna, expande-se sobre o cotidiano dos hábitos e relações humanas na organização social das nações modernas, tornando tais hábitos e relações objeto de conhecimento e intervenção em saúde (Rosen, 1947; Donnangelo & Pereira, 1976). Esta expansão faz surgir, como pólos mutuamente determinantes, as necessidades privadas e necessidades públicas de saúde e, por conseguinte, saberes mais imediatamente referidos ao indivíduo e outros mais imediatamente referidos a coletividades.

Na verdade esses três eixos de tensas interdependências — entre conhecimento e prática, quanto à origem do saber; entre o teórico e o pragmático, quanto à natureza do saber; e entre individualidade e coletividade quanto à sua esfera de aplicação — não desapareceram completamente em nossos dias, ainda que hoje assumam feições e significados bastante diversos. As querelas entre a dimensão arte e a dimensão ciência das práticas de saúde, as disputas sobre os tipos de evidência científica que interessam efetivamente à boa prática e as desarticulações ainda observáveis entre diferentes níveis de aplicação das inferências científicas e das medidas de intervenção são, talvez, a expressão contemporânea daquelas contradições (não se confunda com antagonismos ou dicotomias), que participaram da constituição histórica das práticas de saúde tal como as entendemos hoje.

Embora esses eixos sejam bastante interligados, e as questões de um remetam, de um modo ou de outro, aos demais, tomaremos aqui como aspecto central da discussão, por dizer respeito de perto a particularidades do campo da Saúde Coletiva, o terceiro eixo acima citado, o aspecto relativo às diversas esferas de objetividade dos saberes e práticas da Saúde Coletiva, seu compromisso com a apreensão e intervenção sobre os determinantes sociais das necessidades individuais e coletivas de saúde. E nesta perspectiva que se pode melhor compreender as relações entre os conceitos de risco e de vulnerabilidade, e o desenvolvimento e aplicação da epidemiologia coloca-se no centro destas relações. Por isso, começaremos nossa reflexão buscando recuperar a história da epidemiologia em suas relações com as práticas de saúde e, nesse processo, procurar identificar o modo como potencialidades e limites configurados a partir de práticas de redução de risco, fizeram emergir as proposições da vulnerabilidade.

EPIDEMIOLOGIA E PRÁTICAS DE SAÚDE

A constituição histórica da epidemiologia: implicações para as práticas de saúde

Para proceder-se ao exame, ainda que sintético, da constituição da ciência epidemiológica, desde suas origens até sua configuração atual, é preciso destacar alguns pressupostos epistemológicos e procedimentos conceituais pelos quais se orientou seu desenvolvimento.

Em primeiro lugar, quando se faz referência à constituição histórica da ciência epidemiológica, é preciso lembrar que o que caracteriza em linhas gerais um saber científico, desde o modelo clássico das ciências naturais do século XIX até nossos dias, é o compartilhamento de uma dada crença acerca dos fatos com base, de um lado, em uma relação de necessidade lógica entre premissas, hipóteses e conclusões e, de outro lado, na experimentação, na produção de evidências empíricas de que aquelas relações logicamente estabelecidas encontram fundamento na vida real. Assim, com apoio na dedução lógica e matemática, a grande marca das ciências modernas passou a ser esse modo de conhecer, no qual a forma de se fazer perguntas sobre o mundo e a obtenção da convicção sobre a correção das respostas dadas apóiam-se fundamentalmente na verificabilidade empírica e nas implicações formais entre hipóteses e conclusões.¹

A constituição da epidemiologia é entendida, então, como o processo pelo qual um olhar científico, conforme acima descrito, começou a se formar a partir da busca do conhecimento das relações entre os fenômenos de saúde e doença e os modos como os grupos e indivíduos humanos organizavam socialmente seus modos de viver. Vejamos, então, como esse interesse científico se desenvolveu na epidemiologia, até atingir seu conceito mais formalizado, e o mais utilizado nas práticas de saúde contemporânea, o conceito epidemiológico de risco.²

¹ Não se deve desconsiderar, contudo, as diferenças significativas entre os processos de construção e validação de conhecimentos científicos nos diversos ramos nos quais esta atividade se diversificou nos dias atuais, já seja entre as diversas ciências ditas duras, entre as quais podem ser distinguidas as ciências formais e as empíricas (Costa, 1997), seja, entre estas, a divisão entre as chamadas ciências da natureza e ciências humanas (Granger, 1994), ou seja, mesmo no interior destas últimas, entre as vertentes empírico-analíticas e as hermenêutico-reconstrutivas (Habermas, 1990).

² A reconstituição histórica apresentada está baseada em Ayres, 2002b

Epidemiologia da constituição (1872-1929)

Os primeiros traços de particularidade que permitem identificar a conformação de um discurso científico próprio da epidemiologia podem ser sinteticamente descritos pelo conjunto articulado de três características concretas: o *controle técnico* dos agravos à saúde como interesse prático; o *comportamento coletivo* dos fenômenos patológicos como a base empírica de suas interrogações e proposições, e a *variação quantitativa* como a linguagem que mais autenticamente expressava a possibilidade de apreender e intervir sobre tais fenômenos coletivos para seu controle técnico. O período, ambiente e personagens que descrevem o processo de formalização da epidemiologia serão descritos, portanto, como o desenvolvimento dessa tríade discursiva básica: "controle técnico-comportamento coletivo-variação quantitativa".

Os primeiros saberes com pretensões de cientificidade de traços modernos voltados para a apreensão dos fenômenos coletivos de saúde podem ser localizados na higiene social do período revolucionário na França (fim do século XVIII e início do XIX), perfeitamente bem representada pela obra de Villermé (Ackerknecht, 1948). Contudo, ainda não se podia vislumbrar aí uma busca de relações minimamente estabilizadas em torno da tríade discursiva epidemiológica. Embora o "comportamento coletivo" dos fenômenos de saúde já fosse o elemento nuclear da sua identidade epistemológica, o predomínio das teorias miasmáticas nas formulações teóricas desta higiene — pela autonomia que conferia às "entidades patológicas" — torna inadequado considerarmos a "variação quantitativa" como o núcleo definidor da sua esfera de objetividade. A referência a um comportamento indesejável, ou patológico, por meio da noção de variação quantitativa pressupõe um tratamento analítico de um mesmo "ente", isto é, a alteração, para mais ou para menos, de diferentes graus de um mesmo estado ou condição tomada como base para a avaliação objetiva (Canguilhem, 1982). Esse princípio de continuidade qualitativa entre o normal e o patológico, isto é, essa concepção de que o "a-normal" é a exacerbação ou diminuição de uma característica sempre presente, como a *hipertermia*, ou *hipotermia*, no caso da temperatura, é estranho à descontinuidade que a higiene sionaturalista estabelecia entre uma existência saudável e existências doentias (Ayres, 2002a; França Júnior, 1995). Há que se considerar ainda, que a idéia de *controle* também não é adequadamente representativa do horizonte normativo da higiene social. Seja nas fei-

ções reformistas de Villermé, seja nas posições mais radicalmente revolucionárias dos higienistas saint-simonistas, a idéia de transformação social, ainda não qualificada na direção mais restrita de controle técnico, era ainda dominante.

Já em Snow, na Inglaterra vitoriana, encontra-se nitidamente conformado este eixo triádico, e é por isso que seu trabalho sobre o cólera muito justamente ostenta o título de fundador, embora o trabalho de Snow não tenha sido sempre paradigmático para a epidemiologia (Vandenbroucke et al., 1991). Com efeito, na conformação do discurso epidemiológico moderno há uma espécie de interregno, quando as teorias microbianas passam a responder quase exclusivamente sobre os comportamentos epidêmicos (Barreto, 1999). No final do século XIX e início do XX os "caminhos do germe" tornam-se socialmente mais eloqüentes que a epidemiologia para falar de comportamento coletivo das doenças e de seu controle técnico.

Foi preciso que se passasse o tempo de uma geração, para que, sob o impulso de novas exigências sociais, a particularidade da contribuição propriamente epidemiológica voltasse a ganhar visibilidade e força social.

A Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins (EHSP) é a mais perfeita expressão desse movimento. Nascida em 1916 nos Estados Unidos, a escola representou, no campo da saúde, uma ampla onda de reformas que sofreu o ensino universitário norte-americano tendo em vista sua modernização (Fee, 1987). Essa reforma visava substituir o perfil elitista e filosófico-humanista predominante nas universidades do país por um ensino pragmático, voltado para o desenvolvimento tecnológico exigido pela radical guinada industrial do país. William Welch, quando montou a estrutura e o corpo docente da EHSP, tinha como projeto exatamente dotar a saúde pública de um conjunto de conhecimentos e técnicas que superassem o sentido humanitarista e moral-religioso que impregnava práticas e concepções da "velha saúde pública" norte-americana. Welch encontrou na Alemanha, no Instituto de Higiene, liderado por Pettenkofer, um modelo para a escola que veio a fundar nos Estados Unidos.

Herdeira de uma grande tradição nas práticas sanitárias, a versão pettenkoferiana tinha um traço característico, extremamente interessante para os padrões socioculturais anglo-saxônicos, e norte-americanos, em particular: a vocação experimental/laboratorial de sua filosofia científica e corpo doutrinário. Com efeito, nem o sentido socio-reformista da saúde pública na França, nem o caráter mais burocrático-estatizante da

versão inglesa, outras grandes "potências científicas" da época, estavam tão afinados com o projeto de modernização norte-americano.

Quando Pettenkofer, pai da moderna pesquisa experimental no campo da higiene (Winslow, 1943), como uma espécie de Claude Bernard da saúde pública, propõe tratar as questões sócio-sanitárias, também as questões de cunho econômico, como uma "macrofisiologia", buscando mecanismos favoráveis e desfavoráveis à saúde dos indivíduos e comunidades por meio dos cânones e procedimentos da ciência experimental, nasce o embrião de uma prática que, como o próprio Pettenkofer (1942) previa, só num ambiente sociocultural tal qual o criado pelo puritanismo norte-americano, teria condições plenas de frutificar.

Riqueza material, progresso técnico, condições sociopolíticas internas favoráveis, poder internacional, puritanismo, o pragmatismo de James e Dewey, a ampla penetração do darwinismo, há uma série de aspectos articulados que permitem ver no ambiente sociopolítico e científico-filosófico dos Estados Unidos do início do século XX condições favoráveis à triade "controle técnico-comportamento coletivo-variação quantitativa".

Welch foi buscar em Pettenkofer uma linguagem da economia funcional vital. O comportamento coletivo das doenças é aqui expressão das condições *imediatamente constitutivas da interação* de organismos humanos entre si, com organismos não humanos e elementos externos não orgânicos em um dado meio e por força desse meio. O comportamento epidêmico revela não apenas o encontro entre um germe e populações humanas, mas a resultante desse encontro na economia das funções vitais, individuais e coletivas, revela uma "constituição epidêmica". Tem-se, assim, que as características objetivas do fenômeno epidêmico passam a ser constatadas com o intermédio da distribuição dos *casos*, descrita segundo critérios analíticos de *lugar e tempo*. Descrever os casos conforme esses critérios é ter acesso à natureza das interações entre meio e organismos, expondo as características *constitucionais* de ambos. Era assim que se podia assumir, por exemplo, que para uma dada cidade a medida sanitária mais favorável à economia vital era o esgotamento sanitário, para outra o arejamento da moradia, para uma terceira cuidados nutricionais, ou, o que era mais comum na realidade de todas elas, afirmava Pettenkofer (1942), um conjunto de medidas sanitárias capazes de *atingir o mais amplamente possível as diversas interações desfavoráveis à vida*.

O princípio de continuidade entre os estados de saúde e doença já se coloca aqui claramente, impondo o desafio ilimitado, e ilimitável, de otimização funcional, isto é, o ideal de um progressivo e contingente-

te controle das "disfunções", visando a disposição mais produtiva da economia orgânico-social. O comportamento coletivo dos agravos fornece, por sua vez, uma base empírica segura e confiável para as hipóteses causais que orientavam o controle das "disfunções" sanitárias. Ele permite uma "verificabilidade" potencialmente universal das relações funcionais examinadas.

Ainda que Pettenkofer tenha sido superado na maior parte de suas proposições teóricas já no final do século XIX, sua obstinada defesa da especificidade e interesse da síntese que uma saúde pública científica devia buscar deu visibilidade ao caráter particular e transcendente de um objeto propriamente epidemiológico, foi permitindo à epidemiologia a construção de uma identidade científica e o alcance de uma mais clara e nova importância no início do século XX.

O termo *risco* começa a surgir no jargão epidemiológico ainda em plena fase dessa epidemiologia da constituição, em torno dos anos 1920. Mas nesse momento ele é usado apenas como um adjetivo, indica domicílios, bairros, cidades, populações, enfim, vivendo sob um conjunto de aspectos constitutivo de situação desfavorável à saúde.

Epidemiologia da exposição (1930-1944)

O final da década de 1920 e início da de 1930 foi repleta de acontecimentos de enorme significação para a compreensão do modo como evoluiu a ciência epidemiológica. Destaque-se, nesse sentido, a Grande Depressão, do final da década de 1920, de um lado, e, de outro, o espantoso desenvolvimento científico e tecnológico das ciências de um modo geral e, em particular, das ciências biomédicas.

Os enormes progressos tecnocientíficos da área biomédica, especialmente os progressos da bacteriologia e a emergência da imunologia, levaram a que toda a busca de conhecimento acerca das condições favoráveis ou desfavoráveis à economia vital viesse a se deslocar dos estudos populacionais de base mais descritiva em direção a procedimentos mais e mais analíticos e relacionados com as investigações biomédicas. A crise social da Grande Depressão abriu à saúde pública e à epidemiologia um interesse e um espaço sem precedentes, mas ao mesmo tempo se lhes foi exigido, mais radicalmente do que nunca, o diálogo com os conceitos e métodos das ciências que se ocupavam da saúde no plano dos eventos fisiopatológicos das ciências biomédicas. Para isso, foi vital a contribuição de um epidemiologista inglês bastante polêmico, mas muito respeitado pelos seus contemporâneos ingleses: Sir William Heaton Hamer

Espécie de professor emérito de toda a primeira geração de epidemiologistas da London School of Hygiene and Tropical Medicine, Hamer forneceu, ainda dentro dos marcos da epidemiologia da constituição, as possibilidades de sua superação rumo a uma *epidemiologia da exposição*. Hamer se notabilizou por duas contribuições verdadeiramente revolucionárias. Uma foi a retomada da formulação matemática de curvas epidêmicas, empreendimento inaugurado por Farr, 66 anos antes. Motivado por uma questão central na epidemiologia da constituição, a compreensão das razões pelas quais emergiam e declinavam as epidemias, Hamer construiu em 1906 a curva do sarampo (Hamer, 1906).

Hamer desenvolveu a expressão matemática do sarampo tendo por base a sua "teoria mecânica de números e densidade". Nessa teoria, os elementos constitucionais que determinavam o comportamento epidêmico de uma doença podiam ser explicados, e formalizados matematicamente, como uma *dinâmica dos contactos infectantes*. O declínio de uma epidemia acontecia, defendia Hamer, graças à "barreira mecânica" representada pelo processo de progressiva *saturação do meio de disseminação* da doença com os "insuscetíveis", acumulados à proporção que a epidemia progredia. Do mesmo modo, conforme essa barreira ia permitindo um novo acúmulo de suscetíveis, iam sendo criadas condições de contato favoráveis à nova explosão epidêmica da doença.

A segunda relevante contribuição de Hamer foi a afirmação da identidade da epidemiologia ante a bacteriologia. Sabe-se que, embora Hamer tenha construído seu raciocínio ainda muito influenciado por conceitos e concepções da epidemiologia da constituição, esse epidemiologista abriu importante espaço para a quantificação, o que viria a ter enorme importância na década de 1930, após os significativos avanços que a estatística alcançou na década de 1920. Por outro lado, o equacionamento dos diversos fatores envolvidos nos fenômenos epidêmicos e a elaboração de seus potenciais desdobramentos em função de suas relações matemáticas, confere aos fenômenos epidêmicos possibilidades de manipulação e de predição extremamente interessantes para o ambiente pragmata que passava a dominar a cena da época.

Sabe-se que a principal preocupação de Hamer ao formular sua "lei da ação de massas" era distinguir e legitimar o discurso epidemiológico sobre as epidemias: a bacteriologia falava a respeito dos agentes, a epidemiologia deveria falar da dinâmica de sua distribuição populacional. Sua motivação primordial era arrancar a explicação causal sobre os fenômenos epidêmicos do domínio exclusivo da bacteriologia, demonstrar a particularidade dos processos de que tratava a epidemiologia.

As "massas" estudadas por Hamer passaram a ser caracterizadas como *pessoas sob ameaça*, populações *em risco*, o que foi progressivamente passando a designar *exposição a infecções*. A "lei da ação de massas" reformulou-se, então, como "risco representado por exposição". O objeto epidemiológico passou a ser delimitado como uma relação entre infectados/suscetíveis, que se define como *oportunidade de exposição ao agente causal de uma doença*. Eis a epidemiologia da exposição; eis a base epistemológica para a formalização do conceito de risco.

A partir desta base epistemológica, passou-se a buscar reconhecer o que um dado risco populacional, conhecido através do que era expresso de modo quantitativo em equações/curvas epidêmicas, permitia inferir sobre as condições de exposição a que esta população estava ou estivera submetida.

Wade Hampton Frost é o nome paradigmático desse processo. Primeiro catedrático de epidemiologia da EIISP, Frost deu à epidemiologia da exposição uma sólida estruturação, abrindo caminho para a formalização do conhecimento epidemiológico e colocando-o em estreita relação com as ciências biomédicas. Foi Frost quem introduziu o *elemento estocástico*¹ nas curvas epidêmicas, possibilitando com isso uma extraordinária diversificação dos objetos de investigação dessa ciência e uma impactante ampliação da aplicabilidade de seus conhecimentos.

"Condições que afetam a frequência do contacto entre microorganismo específico e população de hospedeiros são obviamente objeto de múltiplas variações, relacionadas a mudanças de hábito ou meio ambiente", dizia. "Onde conhecemos o meio pelo qual uma infecção particular se espalha nós podemos freqüentemente concluir com alguma segurança que uma determinada mudança de hábito ou no meio tenderá a aumentar ou diminuir as oportunidades de transferência do agente infeccioso específico (aglomeração, poluição da água), e encontramos abundantes evidências de que o aumento da exposição está associado na natureza ao aumento na incidência da infecção". Contudo, considerava Frost, como na maior parte das vezes não se dispõe dessas informações, as *exposições*, sob condições naturais, isto é, não laboratoriais, "só podem ser expressas como a probabilidade de que um indivíduo qualquer na população sob risco vá receber num dado período um número dado de microorganismos específicos" (Frost, 1976).

¹ "Do grego *στοχος* (conjetura). A palavra indica que nos colocamos do ponto de vista da probabilidade. Uma ligação estocástica entre dois conjuntos E e F associa aos elementos de E não um elemento determinado de F, mas um elemento de que se sabe apenas pertencer a um subconjunto determinado de F" (Lalande, 1993, p. 1.259).

Assim, Frost formula a problemática epidemiológica nos termos do risco, liberando o raciocínio epidemiológico de qualquer compromisso com a exploração exaustiva das condições constitucionais das epidemias, que relacionariam a doença no indivíduo ao conjunto das condições sanitárias examinadas. Com o controle probabilístico das incertezas, o conceito de risco encontrou-se livre para investigar a importância que se podia atribuir a apenas um, e qualquer um, dos aspectos envolvidos na determinação de um fenômeno epidêmico. Além disso, a suscetibilidade representada pelo risco não precisava mais ficar restrita à chance de ser infectado, mas também de adoecer, de não adoecer, de adoecer de modos diferentes, de morrer, etc.

Com a maior precisão na formulação de suas questões, por intermédio da quantificação, e maior credibilidade e pragmatismo de suas respostas, a aplicação e o prestígio científico do conhecimento epidemiológico avançaram rapidamente; o uso dos núcleos familiares e outros espaços mais restritos de sociabilidade, como escolas, creches, ambientes de trabalho, deram aos desenhos de estudo, por sua vez, uma agilidade operacional inédita nas investigações epidemiológicas, contribuindo para um rápido e diversificado acúmulo de informações teóricas e metodológicas. Os métodos estatísticos, que desde as publicações de Fisher, a partir da segunda metade dos anos 1920, disseminavam-se amplamente entre os epidemiologistas, são também responsáveis pelo aumento da precisão não só da formulação das perguntas, mas também das respostas trazidas pelos estudos. Tudo isso foi levando o conceito de risco a se difundir, formalizar e configurar um verdadeiro paradigma científico para a epidemiologia (Kuhn, 1989).

Epidemiologia do risco (1945 aos dias atuais)

Liberado pelo raciocínio analítico de base probabilística, o conhecimento epidemiológico não precisava mais caracterizar exaustivamente os contextos socio-sanitários que examinava. Cada aspecto considerado como causalmente relacionado a um evento patológico passou a ter essa possibilidade avaliada na condição de uma probabilidade. Com que probabilidade podemos encontrar uma condição causal hipotética *X* associada a um efeito *Y*, e com que grau de certificação de não estarmos sendo enganados pelo acaso? Essa é, em termos genéricos, a resposta, mensurável e verificável empiricamente, que o risco epidemiológico nos dá. O conhecimento epidemiológico passa, desse modo, a ser cada vez menos indicativo da totalidade de uma condição sanitária

desfavorável à saúde e cada vez mais um raciocínio, uma forma de encontrar relações causais prováveis. A epidemiologia achou, assim, uma forma rigorosa de produzir conhecimento, perfilando-se aos saberes de natureza científica.

Em 1959, o epidemiologista Brian MacMahon escreve para o *Harvard Public Health Alumni Bulletin* um artigo em que traça o perfil do Departamento de Epidemiologia da Escola de Saúde Pública de Harvard, no qual fica clara essa inflexão que, conduzida pelo conceito de risco, caracterizará a epidemiologia contemporânea. Diz ele: "As áreas de ênfase em todas as disciplinas científicas mudam de tempos em tempos, à proporção que descobertas promissoras são feitas em campos previamente estéreis e à medida que as necessidades metodológicas relativas a um certo objeto passam de uma disciplina a outra. A epidemiologia não é exceção neste aspecto e está, com efeito, passando por um desses momentos de transição no presente. Na última metade do século, as doenças infecciosas eram o objeto predominante da epidemiologia. Grandes progressos foram feitos no controle dessas afecções, embora elas permaneçam sendo o maior problema de saúde da maioria da população mundial, e a ameaça de grandes epidemias, mesmo no Mundo Ocidental, não esteja de modo algum afastada. A recente mudança de ênfase na epidemiologia é atribuída com freqüência à importância crescente das doenças infecciosas no Ocidente. Essa, contudo, é apenas uma explicação parcial. Essa tendência deve ser atribuída, ao menos em parte, às limitações dos métodos da epidemiologia em si mesmos. A epidemiologia é primordialmente uma disciplina observacional. Observações com base na ocorrência natural da doença levam à formulação de hipóteses relativas a agentes causais específicos. O teste dessas hipóteses depende em parte de observações posteriores, mas em grande medida depende do experimento, freqüentemente de natureza laboratorial. Por exemplo, estudos observacionais conduzem à descoberta original dos agentes infecciosos, mas o entendimento e controle das doenças infecciosas dependem cada vez mais das técnicas laboratoriais da microbiologia, e cada vez menos da observação dos padrões epidêmicos das doenças" (MacMahon, 1959).

Ficam claras, no excerto acima, as novas exigências que se colocam para a epidemiologia do risco. MacMahon é cristalino na sua afirmação de que o que se impõe não é só mudar o que se estuda mas o modo e o significado do que se estuda. É evidente, nesse sentido, a pressão exercida na direção da especialização e sofisticação tecnológica da apreensão e intervenção sobre patologias específicas. A argumentação de MacMahon

também deixa clara a dependência epistemológica da epidemiologia em relação às ciências biomédicas de base clínico-laboratorial, assim como permite perceber a relevância que tem essa característica do desenvolvimento epistemológico da epidemiologia na compreensão da sua inflexão no pós-Guerra.

Prosseguindo, afirma ainda MacMahon: "Tem havido, dessa forma, uma tendência na epidemiologia a deixar as doenças infecciosas para o microbiologista (ou para o epidemiologista adestrado em microbiologia) e a tratar principalmente com as doenças crônicas não transmissíveis, para as quais os métodos observacionais ainda não foram completamente explorados. Através do estudo das circunstâncias sob as quais essas doenças experimentam uma prevalência incomum, *espera-se identificar áreas nas quais o trabalho experimental laboratorial possa se concentrar para a identificação dos agentes causais específicos*" (MacMahon, 1959).

O excerto acima permite perceber uma ênfase maior na dimensão especulativa do conhecimento epidemiológico em relação à compreensão que a epidemiologia da exposição tinha de suas vocações. Para esta última, a epidemiologia era uma disciplina analítica ocupada não tanto da etiologia clínica da doença quanto das condições causais de sua manifestação epidêmica. Na epidemiologia do risco, da qual MacMahon se faz um dos principais porta-vozes, não só cabe à epidemiologia auxiliar as ciências biomédicas na identificação de etiologias, como esta constitui mesmo sua razão de ser no conjunto das investigações biomédicas. Por outro lado, é patente para MacMahon que esta disciplina *não pode pretender afirmar, senão sugerir, os vínculos causais que as ciências biomédicas duras devem definitivamente estabelecer.*

Uma das mais marcantes conseqüências da inflexão experimentada pela epidemiologia do pós-guerra é essa redefinição das pretensões de contribuição científica da epidemiologia. De fato, quando as pretensões objetivadoras da epidemiologia assumiram radicalmente sua dependência de uma positividade alheia à sua própria competência, confiada às "ciências experimentais laboratoriais", a preocupação com a validade dos enunciados epidemiológicos tendeu a limitar-se, concomitantemente, ao seu alcance formal. A positividade a que a epidemiologia devia aspirar viu-se, assim, mais e mais circunscrita à construção e verificação da necessidade formal (matemática) das associações probabilísticas estabelecidas entre os eventos empíricos estudados. A epidemiologia passou a viver um *paradoxo* no seu desenvolvimento histórico: *quanto mais se formalizou e fortaleceu como ciência, mais indireta passou a ser sua relação com o conhecimento das relações entre os fenômenos de saú-*

de e doença e os modos como os grupos e indivíduos humanos organizam socialmente seus modos de viver, isto é, o conhecimento positivo dos processos sociais de saúde-doença.

Na primeira epidemiologia, a epidemiologia da constituição, as relações que se buscava estabelecer eram relativas a algo sobre o qual somente ela se propunha a falar e em relação ao qual somente a ela caberia construir e avalizar critérios de validação. As variações pelas quais o comportamento epidêmico era apreendido dependiam da natureza substantivamente coletiva do campo de objetividade em questão; a verdade que a epidemiologia buscava estabelecer eram as "leis da ação de massas".

Com Frost, a epidemiologia da exposição inicia já um processo de dependência epistemológica das ciências clínico-laboratoriais, mas com grau ainda comparativamente elevado de autonomia, se comparada à epidemiologia do risco, pois, se a consistência biológica era para ele uma exigência inequívoca para o conhecimento epidemiológico, essa busca de consistência estava mais vinculada à noção de unidade do conhecimento científico do que a uma hierarquia das diversas ciências. Frost afirmou a identidade singular do objeto epidemiológico na sua definição de 1927. "Epidemiologia pode ser definida como a ciência dos fenômenos de massa das doenças infecciosas [...] é essencialmente uma ciência indutiva, que se ocupa não meramente da descrição da distribuição da doença, mas igualmente ou mais em enquadrá-la em uma filosofia consistente" (Frost, 1941, p. 494).

É evidente, nesse sentido, a diferença no modo como Frost e MacMahon situam o relacionamento do conhecimento epidemiológico com as demais ciências biomédicas. Em Frost essas ciências são parceiras no conhecimento, em MacMahon elas são a fonte segura de objetividade. A preocupação com a validade dos enunciados epidemiológicos tende a vincular-se, nessa perspectiva, ao alcance formal dos enunciados.

O acento mais instrumental que substantivo que a identidade científica da epidemiologia vai assumindo é assinalado pelo uso da expressão "o estudo de..." nas definições de epidemiologia, que, conforme aponta David Lilienfeld (1978), veio substituir, a partir da década de 50, a expressão "a ciência da...". Ao final de uma discussão sobre as diversas definições da epidemiologia ao longo de sua história, Lilienfeld sintetiza esta tendência naquela definição que ele próprio formula: "epidemiologia é um método de raciocínio sobre a doença, que trata de inferências biológicas derivadas da observação dos fenômenos da doença em grupos populacionais". Cerca de dez anos depois, o epidemio-

logista Olli Miettinen iria radicalizar esse tipo de compreensão, ao definir a epidemiologia como um "agregado de princípios de estudo da ocorrência da doença e estados e eventos relacionados" (Miettinen, 1985, p. 4).

Tem-se já aqui, a partir desta breve recuperação, elementos suficientes para sustentar a proposição de que, ao longo de seu processo de constituição histórica, o risco epidemiológico adquiriu duas características epistemológicas que o colocam na posição paradoxal aqui apontada. De um lado, seu caráter pragmático e probabilístico o deixa em condições de expandir de forma potencialmente ilimitada a investigação acerca da associação causal entre quaisquer eventos de interesse prático para a saúde. E a epidemiologia tem ocupado este espaço, tornando-se um saber essencial para as práticas de saúde contemporâneas, com contribuições nas áreas de pesquisa clínica, no planejamento, gestão e avaliação de serviços, na vigilância da saúde, em *screenings*, nas práticas de prevenção, na promoção da saúde.

Por outro lado, a vinculação à validação biomédica e a natureza matemática de seus procedimentos e inferências criam obstáculos à investigação epidemiológica no que se refere à objetivação das dimensões propriamente sociais do processo saúde-doença, tanto em sua gênese como nas implicações para a intervenção. Essa característica traz tensões e muitas vezes interdições ao originário, e fundamental, debate entre epidemiologia e saúde coletiva.

Epidemiologia em movimento: o desafio da Prevenção e Promoção da Saúde

O movimento histórico acima exposto, como toda síntese histórica, está expresso de modo esquemático. A diversidade de posições, nuances ideológicas, epistemológicas, metodológicas são sacrificadas em favor de uma narrativa central, da reconstrução de uma tendência que se julga hegemônica no desenvolvimento da epidemiologia. Esse desenvolvimento e o paradoxo problematizado, dão-se, certamente, em um terreno de vivas disputas e pluralidades.

Especialmente se considerarmos o período mais contemporâneo, haveria muito que dizer acerca de diferentes vertentes da investigação epidemiológica. Algumas delas nem são tão alinhadas ao paradigma do risco, em seu perfil mais clássico, seja por recorrer a metodologias diversas, como a modelagem matemática, seja por apoiar-se em novas áreas e tecnologias disciplinares, como a biologia molecular. Em relação

mesmo à epidemiologia do risco mais típica, há hoje compreensões e usos também muito diversos e, especialmente, já há uma reflexão crítica bastante disseminada acerca dos limites e desafios dessa ciência. Desde a pioneira América Latina, com os diversificados aportes críticos desenvolvidos a partir da década de 1970 (Breilh, 1998), até países onde a epidemiologia do risco está mais paradigmaticamente enraizada, como os EUA, há importantes e diferentes movimentos de crítica e reconstrução de fundamentos, objetos, teorias e métodos (Weed & Hursting, 1998; Shy, 1997; Susser & Susser, 1996; Krieger, 1994; Wing, 1994).

Interessa-nos examinar neste capítulo, conforme já indicado, a questão da apreensão e intervenção sobre os determinantes sociais das necessidades de saúde que se conformam nos planos individual e coletivo. Importa-nos chamar a atenção para os desafios postos para a epidemiologia diante desses determinantes, em particular no que se refere às práticas de prevenção de agravos e promoção da saúde.

A utilização do conceito de risco epidemiológico em práticas de prevenção e promoção da saúde já é bastante conhecida, especialmente após sua disseminação pela clássica proposição da Organização Mundial de Saúde acerca do uso do enfoque de risco nas práticas de atenção materno-infantil (WHO, 1978). A enorme versatilidade que a epidemiologia alcançou, na busca e aferição de ameaças representadas à saúde por um sem-número de variáveis identificáveis nos indivíduos, tornou possível incorporar a avaliação de riscos e intervenções sobre os fatores de exposição às práticas de atenção à saúde de indivíduos, estreitando, neste plano, as relações entre ações de diagnóstico e tratamento e ações de prevenção e promoção da saúde (Breslow, 1978).

Porém, à medida que se foi disseminando seu uso, foi se tornando evidente o paradoxo do risco, acima discutido, e suas diversas implicações (Skolbenken, 1995; Hayes, 1991, 1992; Almeida Filho, 1997; Castiel, 1999; Mendes-Gonçalves, 1990). Entre elas, vamos destacar dois aspectos bastante discutidos no que se refere à aplicação do risco ao desenho de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, estreitamente relacionados em seus questionamentos, mas relativamente distintos em suas origens e conseqüências históricas. Um deles refere-se à questão das "estratégias de alto risco" *vs.* "estratégias populacionais", em relação ao desenho das ações, e o segundo diz respeito à questão do individual/comportamental *vs.* social/estrutural na definição de políticas e estratégias de intervenção.

Embora não seja parte dos objetivos centrais da discussão nesse capítulo, não poderíamos deixar de comentar o pioneiro e importante

trabalho de Geoffrey Rose (1988) no que se refere à primeira das questões acima citadas. Neste trabalho, Rose parte da diferenciação entre a causa dos casos e a causa das incidências de um dado agravo à saúde, isto é, distingue o significado prático de apreender a determinação de um risco no plano de cada indivíduo particular *vs.* apreender esse risco no plano de coletividades. Tomando como base a distribuição de níveis de pressão arterial em diferentes populações (funcionários públicos ingleses e povos nômades da África), Rose demonstra que em ambas as situações há uma distribuição normal, e que, claro, aqueles indivíduos que se encontram na ponta da curva onde se situam os maiores níveis tensionais fazem parte de um subgrupo no qual a probabilidade de ocorrência de doenças cardiovasculares é significativamente maior que seus demais pares, o que ajudaria a explicar a causa da ocorrência de "casos" entre eles. Mas chama a atenção também para o fato de que, se em ambas as populações as distribuições dos níveis tensionais conformam curvas normais, como explicar que em uma delas a incidência seja maior que na outra? Como utilizar a associação probabilística para explicar a causa das incidências? Rose nos mostra que não temos saída senão comparar unidades populacionais, isto é, comparar a distribuição das próprias curvas de distribuição. Nesse caso podemos notar, por exemplo, que, embora seguindo uma distribuição normal, os valores médios e extremos das curvas não se distribuem homogêaneamente entre as duas populações, podendo uma estar mais exposta, como população, que a outra. Além disso, o que pode ser uma medida de pressão alta em um indivíduo em relação à média numa dada população pode ser um valor mais próximo da média em outra, o que tenderia a diminuir, nessa última, nossa capacidade de identificar a pressão arterial como causa de um agravo naquele indivíduo.

Mas Rose nos chama atenção para um outro aspecto muito relevante, a que ele chama de "paradoxo preventivo". É o fato de que, se é verdade que numa dada população os indivíduos situados no extremo dos valores mais altos (de níveis tensionais, seguindo no exemplo da hipertensão arterial) são os que tendem a possuir, individualmente, um risco mais elevado para o desenvolvimento dos agravos que se deseja evitar, em termos populacionais eles são os que menor peso vão ter na incidência daquele agravo. Isso porque o risco relativo menor daqueles com valores médios tem seu efeito populacional diminuído por sua proporção numérica na população. Ou seja, uma pequena diminuição que seja nos níveis tensionais de indivíduos não considerados de alto risco, na população de modo geral, vai ter mais impacto

sobre a incidência dos agravos que a massa de indivíduos com situações de alto risco.

As contribuições de Rose são, ainda hoje, bastante relevantes para pensarmos o uso que fazemos do conceito de risco em nossas práticas de saúde e mostram que sua defesa das estratégias populacionais é especialmente relevante (Chor & Faernstein, 2000). Mas Rose demonstra também com muita clareza que não basta apenas saber das vantagens técnicas das estratégias populacionais. Reconhece que a adoção das estratégias de intervenção em saúde tem determinantes culturais, econômicos, psicossociais, políticos que, frequentemente, têm pesado em favor das estratégias de alto risco, não obstante não serem essas as que seriam as mais racionais, de um ponto de vista estritamente técnico. Este aspecto nos fornece um excelente gancho para passarmos à segunda questão acima destacada: o lugar do social/estrutural nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Em termos sintéticos, trata-se de saber como podemos fazer com que as condições culturais, econômicas, psicossociais e políticas que determinam no plano populacional tanto a gênese quanto as possibilidades de resposta aos agravos à saúde sejam efetivamente incorporadas não apenas aos nossos diagnósticos de situação mas especialmente à construção das estratégias de prevenção. Para além disso, trata-se ainda de saber como evitar que um aspecto se descole do outro, isto é, como conseguir que a compreensão da gênese de um agravo já incorpore em sua construção a percepção das condições de resposta social a esse agravo. Um agravo e as possibilidades de se defender dele só são isoláveis de um ponto de vista teórico, e essa abstração pode, como vimos, tornar difícil depois o retorno dos conhecimentos científicos às situações concretas de intervenção prática. É com base nesses desafios que discutiremos a seguir o emergente conceito de *vulnerabilidade*.

VULNERABILIDADE E AÇÕES DE PREVENÇÃO DE AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Origens do conceito de vulnerabilidade¹

Há aproximadamente vinte e cinco anos, o início da epidemia de aids pôs a humanidade e as práticas de cuidado e prevenção no campo

¹ A recuperação histórica a ser aqui sintetizada apoia-se na periodização proposta por Mann & Tarantola (1996), e mais detalhadamente discutida em Ayres et al., 2003b

da saúde em xeque. Depois dos grandes avanços conquistados ao longo dos séculos XIX e XX com relação ao conhecimento do corpo e do domínio de técnicas e tecnologias de cuidado à saúde e prevenção de agravos, que levaram ao controle e à erradicação de importantes doenças infecciosas e à crença de que os novos desafios no campo da saúde decorriam de doenças crônico-degenerativas, estávamos diante de uma nova entidade clínica.

O alarme diante da nova e grave doença desencadeou a tentativa de compreender do que se tratava por meio do estabelecimento de associações probabilísticas, isto é, com o uso do instrumental epidemiológico, visando a identificação de fatores de risco associados com a nova doença. O procedimento, então, diante da identificação desta nova entidade clínica da aids, foi o de tentar identificar quem eram as pessoas que estavam adoecendo e quais suas características, o que levou já em 1982 à descrição pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos de quatro *grupos de risco*: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína.

Como já apontado, a investigação de fatores de risco lança mão de procedimentos estocásticos e probabilísticos, ou seja, ao caracterizar um fenômeno de saúde e doença, descreve as populações afetadas de acordo com determinadas características cuja associação probabilística com o agravo em estudo pareçam relevantes. São definidos subgrupos populacionais e busca-se identificar associações probabilísticas regulares e estatisticamente significantes entre tais grupos e o agravo em estudo. Por exemplo, ao estudar o câncer de pulmão e sua associação com o fumo, será necessário identificar pelo menos dois subgrupos populacionais, o dos que fumam e o dos que não fumam. Há a construção cuidadosa e abstrata, para estes fins, do que significam os critérios de fumo e não-fumo, na constituição dos grupos populacionais em estudo. De forma que uma pessoa que pertence a um destes grupos está automaticamente excluída do outro grupo. De acordo com a racionalidade epidemiológica, se buscará a identificação das chances (probabilidades) diferenciadas entre fumantes e não fumantes de ter câncer de pulmão, para que se possa afirmar que o fumo é fator de risco para câncer de pulmão.

Importante salientar, aqui, o amplo caminho entre o processo de produção de conhecimento no campo da saúde e o desenvolvimento de práticas de cuidado e promoção da saúde. Se no âmbito da produção de conhecimento construímos categorias que nos auxiliam a analisar determinada situação, é importante compreender que tais catego-

rias são artificiais, no sentido de que não são as categorias que organizam a vida dos sujeitos. Não é a autodenominação "considero-me ou não um fumante" que orienta o trabalho dos pesquisadores, mas uma definição padronizada, passível de ser reproduzida por outros pesquisadores interessados em replicar e comparar os dados de um estudo. Dificilmente conseguiremos encaixar, em estudos desta natureza, as pessoas que fumam ocasionalmente ou em menor quantidade, mas que podem considerar-se fumantes e que, provavelmente, ouvirão e se preocuparão com a orientação de profissionais de saúde com relação à associação entre fumo e câncer de pulmão.

No caso da aids não foi diferente. Os estudos epidemiológicos que identificaram certos grupos populacionais nos quais a chance de se encontrar pessoas com a doença eram maiores do que na chamada população geral acabaram sendo utilizados de forma quase mecânica como instrumento de prevenção. Ou seja, o risco identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em *grupos de risco*. O "isolamento sanitário" de tais grupos tornou-se, assim, a base das poucas e toscas estratégias de prevenção que conseguiram ser propostas no início da epidemia: se você é parte de um dos grupos de risco abstenha-se de sexo, não doe sangue, não use drogas injetáveis. A mídia e a opinião pública de modo geral se encarregaram de estender essa quarentena de tempo indeterminado a outros aspectos da vida social — afastamento do trabalho, da escola, da família, dos serviços de saúde, etc. — provocando uma verdadeira "morte social" (Daniel, 1994).

Este deslocamento quase imediato de uma categoria abstrata de investigação epidemiológica para uma identidade concreta de intervenção (de variável analítica a objetos de intervenção) é, de um lado, fruto dos preconceitos e estigmas, que têm acompanhado historicamente as situações epidêmicas, em particular as doenças de transmissão sexual (Fee, 1988). Mas reflete também o que discutíamos acima acerca dos paradoxos da epidemiologia do risco: rapidamente foi possível identificar grupos afetados, mas com pouca informação acerca dos significados mais concretos dessa distribuição e, portanto, com limites para instruir ações preventivas mais finas e adequadas aos contextos concretos da prevenção. Os resultados práticos dessas primeiras ações diante da epidemia de aids, voltadas para o "isolamento" dos grupos de risco, mostraram importantes limites no seu controle, acabaram por acirrar preconceito e discriminação com relação aos grupos populacionais identificados como de risco, produziu pouca sensibilidade para transformar a situação dos

afetados e retardou a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se incluíam nestes grupos (Kalichman, 1993; Camargo Jr., 1994).

Não se quer, com tais afirmações, acusar a ciência epidemiológica de ter "causado", ela própria, estes efeitos negativos. O que se deseja destacar são os limites de uma saúde pública tão dependente de um conhecimento científico que se mostra tão pouco apto a instruir, isoladamente, respostas práticas de que se necessita em processos como esse (Parker, 2000).

Alguns aspectos foram fundamentais para a transformação das práticas de prevenção diante da aids. O isolamento laboratorial do vírus HIV em 1983, que contribuiu para delimitar o caráter transmissível da doença, e o licenciamento de um teste diagnóstico em 1985 que identificava anticorpos para o HIV abriram novas possibilidades para as práticas de saúde pública: detecção de portadores sãos, diagnóstico precoce de doentes, realização de *screenings*, clínicas sentinelas, desenvolvimento de vacinas e drogas específicas. A identificação do caráter pandêmico da epidemia de aids também foi fundamental para mostrar a diversidade das epidemias: em 1983 foram identificados os primeiros casos na África; neste continente a epidemia sempre teve caráter predominantemente heterossexual; em 1985, já havia a notificação de pelo menos um caso em cada um dos continentes, mostrando perfis epidêmicos diferentes nos diversos países.

A intensa reação social de alguns dos grupos rotulados como grupos de risco, por outro lado, em especial os grupos *gays* organizados norte-americanos, foi fundamental para balizar novas propostas de ação e de conhecimento diante da aids. Foram estes grupos que, em defesa de seu estilo de vida e de sua felicidade, propuseram a incorporação do uso dos preservativos, não como contraceptivos como predominantemente usados, mas visando evitar a troca de fluidos corporais que pudessem conter o HIV. Estratégias de abstinência e isolamento destinadas aos grupos de risco foram substituídas pelas chamadas estratégias de redução de risco, que tinham por base a difusão universal de informação, o controle dos bancos de sangue, o estímulo e a habilitação para incorporar o uso de preservativos e de práticas de "sexo mais seguro", testagem e aconselhamento e estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, com a introdução das práticas de distribuição ou troca de agulhas e seringas.

Um novo conceito instrumentalizou as práticas preventivas neste segundo momento de resposta à epidemia de aids: *comportamento de risco*. Fruto de interação mais positiva da investigação clínica e epidemio-

lógica com os campos da psicologia social e da educação, esta construção desloca o risco da idêntica de pertencimento identitário a um grupo populacional em direção à identificação dos comportamentos que efetivamente expõem as pessoas ao HIV. Tal instrumental apresentou como principal potencialidade a possibilidade de universalização da preocupação com a aids (qualquer pessoa pode adotar um comportamento de risco e se expor ao vírus) e o arrefecimento do estigma colocado sobre os grupos de maior incidência. Ao universalizar a preocupação com a epidemia, o conceito de comportamento de risco também buscou estimular o envolvimento ativo das pessoas com a prevenção, por meio da busca de transformação de seus comportamentos.

A principal limitação identificada na noção de comportamento de risco, no entanto, é o outro lado desse chamamento às responsabilidades de cada um: exatamente a potencialidade de culpabilização individual. A medida que uma pessoa se infecta com o HIV, tende-se a lhe atribuir a responsabilidade pela infecção, por não ter aderido a um comportamento seguro (e não arriscado), por ter falhado nos esforços de prevenção.

A crítica à noção de comportamento de risco como instrumental das práticas preventivas se fez por duas venentes. De um lado, grupos e movimentos organizados manifestaram suas críticas, como no caso do movimento pelos direitos das mulheres, que com a noção de *empowerment* (Batliwala, 1994) criticou os modelos comportamentalistas ao enfatizar que a mudança de comportamento não é a resultante necessária de "informação + vontade", mas é condicionada por coerções e pela disponibilidade de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre os sexos, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias (Gupta, 1996).

De outro lado, com o passar dos anos, o perfil da epidemia de aids se modificou radicalmente, afetando predominantemente grupos sociais com menor poder social — os mais pobres, as mulheres, os marginalizados, os negros, a periferia — o que foi caracterizado como processo de "pauperização da epidemia" (Grangeiro, 1994). A percepção dos novos rumos da epidemia motivou um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, naquele momento vinculados a uma iniciativa chamada Coalizão Global de Políticas contra a Aids, embrião do Programa das Nações Unidas para a Aids (Unaid), a propor, no início da década de 1990, um novo instrumental para compreender e intervir sobre a epidemia de aids, a análise de *vulnerabilidade* à infecção pelo HIV e à aids (Mann et al., 1993).

De forma geral, a noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. As análises de vulnerabilidade buscam, assim, integrar três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas, de comunidades ou, até mesmo, nações, que as tornam mais ou menos susceptíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento ou morte por aids, que passaremos a expor a seguir.

As análises de vulnerabilidade

Dimensão individual da vulnerabilidade

As análises da dimensão individual da vulnerabilidade partem do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela aids. Tais análises tomam como ponto de partida aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ao vírus ou, ao contrário, protegesse. Ou seja, diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre a aids e suas formas de transmissão, bem como sobre sexualidade, uso de drogas e serviços; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas efetivas de prevenção.

Dimensão social da vulnerabilidade

A análise dos aspectos individualmente delimitáveis que expõem indivíduos à aids já reclama, se entendemos os processos saúde-doença como processos sociais, outras avaliações que não podem ser respondidas neste plano individual. O acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem ante os valores e interesses das pessoas, as possibilidades efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade. Nesse sentido, este componente analítico busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual. Aspectos

tais como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc., são aspectos que permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção.

Não temos pretensão de tentar compreender a nossa complexa organização social aqui, mas ressaltar que a obtenção de informações, as possibilidades de metabolização dessas informações e o poder de as incorporar a mudanças práticas, não dependem só das pessoas individualmente, mas de aspectos como: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, etc., todos estes aspectos devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade.

Dimensão programática da vulnerabilidade

A vida das pessoas nas sociedades está sempre mediada pelas diversas instituições sociais: famílias, escolas, serviços de saúde, etc. Para que os recursos sociais de que as pessoas precisam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é necessário que existam esforços programáticos (institucionais) nesta direção.

O plano de análise da dimensão programática (ou institucional) da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. O quanto nossos serviços de saúde, educação, etc., estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade? Por isso, diagnósticos de vulnerabilidade e, conseqüentemente, elaboração de propostas de intervenção, devem sempre considerar a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis. Assim, elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua per-

meabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade.

Uma síntese dos elementos que se sugere considerar nas análises de vulnerabilidade, em suas três dimensões, encontra-se no Quadro 1, a seguir. É claro que esta lista não é nem exaustiva nem absoluta. Na prática, os aspectos a serem considerados e articulados dependerão das situações concretas em exame e das condições objetivas de que se dispõe para análises e intervenções.

Quadro 1 Aspectos a serem considerados nas três dimensões das análises de vulnerabilidade

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA (FUNÇÃO NO SETOR SAÚDE)
Valores	Normas sociais	Compromisso político dos governos
Interesses	Referências culturais	Definição de políticas específicas
Crenças	Relações de gênero	Planejamento e avaliação das políticas
Credos	Relações de raça/etnia	Participação social no planejamento e avaliação
Desejos	Relações entre gerações	Recursos humanos e materiais para as políticas
Conhecimentos	Normas e crenças religiosas	Governabilidade
Atitudes	Estigma e discriminação	Controle social
Comportamentos	Emprego	Sustentabilidade política, institucional e material da política
Relações familiares	Salários	Articulação multisectorial das ações
Relações de amizade	Acesso a saúde	Atividades intersectoriais
Relações afetivo-sexuais	Acesso a educação	Organização do setor saúde
Relações profissionais	Acesso a justiça	Acesso aos serviços
Situação material	Acesso a cultura, lazer, esporte	Qualidade dos serviços
Situação psico-emocional	Acesso a mídia	Integralidade da atenção
Situação física	Liberdade de pensamento e expressão	Equidade das ações
Redes e suportes sociais	Participação política	Equipes multidisciplinares
	Cidadania	Enfoques interdisciplinares
		Integração entre prevenção, promoção e assistência
		Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes
		Compromisso e responsabilidade dos profissionais
		Respeito, proteção e promoção de direitos humanos
		Participação comunitária na gestão dos serviços
		Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços
		Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Da Saúde Coletiva para a aids e de volta

Deve ter ficado claro, pelo acima exposto, que o quadro conceitual da vulnerabilidade na verdade sintetiza, sistematiza, aperfeiçoa e enriquece um conjunto de preocupações e proposições que já há mais de um século vem instruindo as teorias e práticas preocupadas com o conhecimento e intervenção sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença, como acontece no caso do atual movimento da Saúde Coletiva brasileira. Talvez a experiência-limite da pandemia de aids, somada a outras condições nos ambientes políticos, científicos e tecnológicos desta modernidade tardia, tenham dado condições renovadas para sua elaboração na forma de uma proposição mais articulada. O fato é que, com todas as nuances, imprecisões e ambigüidades ainda presentes, a discussão da vulnerabilidade têm-se expandido visivelmente para outras áreas da saúde, como saúde da criança (Vig et al., 2005), saúde de adolescentes (Telfair et al., 2005), saúde do idoso (Fried, 2003), violência (Sant'anna et al., 2005), atenção primária à saúde de modo geral (Shi et al., 2003, 2004; Shi & Stevens, 2005) e outros aspectos de implicações psicossociais (Delor & Hubert, 2000).

É importante salientar que as análises de vulnerabilidade não prescindem de análises epidemiológicas de risco. No caso da aids, por exemplo, o estabelecimento de associações probabilísticas da distribuição populacional da infecção entre diferentes condições objetivas e mensuráveis, tais como sexo, idade, profissão e práticas sexuais continua sendo uma importante ferramenta para nos informar sobre os rumos da epidemia e para testar hipóteses. A grande preocupação expressa na proposição da vulnerabilidade diz respeito à necessidade de atribuir sentidos e interpretar a variabilidade e a dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco à luz de seus significados sociais concretos, de forma que tais categorias analíticas abstratas não sejam incorporadas sem as necessárias mediações ao desenho de práticas de intervenção. Mas é correto afirmar, por outro lado, que as análises de risco e de vulnerabilidade são, de certa forma, inversas: enquanto as análises de risco trabalham com uma racionalidade analítica na qual os fenômenos em estudo precisam ser partidos, isolados, discriminados, as análises de vulnerabilidade trabalham com uma racionalidade sintética, na qual se privilegia a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que os fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa.

Nesse sentido, o que para análises de risco consistentes deve ser cuidadosamente deixado "de fora" é o que constitui a quintessência dos estudos de vulnerabilidade — a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço.

Essas mudanças de perspectiva teórica articulam-se também com alterações nas perspectivas de intervenção prática. Voltemos ao caso exemplar da aids, e vejamos no Quadro 2, a seguir, como pode ser sintetizada essa nova perspectiva quando comparada com intervenções apoiadas nos conceitos de grupo de risco e comportamento de risco.

Quadro 2. Comparação das diferentes perspectivas de intervenção preventiva do HIV/aids

CONCEITO	PROBLEMA-ALVO	RESULTADO ESPERADO
Grupo de risco	Contato entre infectado e suscetível	Barreira à transmissão
Comportamento de risco	Exposição ao vírus	Práticas seguras
Vulnerabilidade	Suscetibilidades populacionais	Resposta social

Reproduzido de Ayres et al., 2003b

O conceito de grupo de risco tem como alvo um velho desafio da saúde pública: o contacto entre agente infeccioso e novos hospedeiros potenciais, propondo como solução a imposição de barreiras entre infectados e suscetíveis. Quando se passou a privilegiar o conceito de comportamento de risco, o alvo das ações deixou de ser o contato entre infectado e suscetível e passou a ser o isolamento do agente infeccioso mediante estratégias capazes de impedir sua movimentação no ambiente humano. Nesse sentido, a população não é mais dividida entre "indivíduos atingidos e/ou perigosos" e "indivíduos a proteger", e sim entre o perigo e a população exposta em geral. Em vez da barreira entre os indivíduos, e na falta de uma tecnologia que atue diretamente sobre o agressor, paralisando-o, propõe-se uma série de mudanças nas práticas das pessoas, de modo que diminua as chances de elas "encontrarem" o vírus.

A percepção, porém, de que a exposição ao vírus não é homogênea na população em geral, e de que, relacionado a isso, as possibilidades de mudança de práticas não dependem apenas da vontade individual, mas do contexto onde essas individualidades se conformam e manifestam, fez surgir a necessidade de focalizar as ações nas diferentes suscetibilidades à infecção observadas nas populações expostas. Por outro lado, passou-se a buscar uma mobilização para a superação des-

sa suscetibilidade que atingisse radicalmente as relações sociais, sem o que nunca se conseguiria modificar de forma efetiva e sustentada os comportamentos e práticas que precisavam ser mudados. Ficou clara a necessidade de as pessoas responderem à transformação das práticas não no plano escrito da individualidade privada, mas como sujeitos sociais, como agentes da esfera pública da vida social. Intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica, defesa dos Direitos Humanos, tudo isso passa a ser entendido como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado.

Quando, a partir do painel traçado no Quadro 2, pensamos nos conteúdos e estratégias específicos das ações de prevenção e promoção da saúde na perspectiva da vulnerabilidade, é preciso também destacar algumas mudanças, conforme esquematizado no Quadro 3, abaixo:

Quadro 3. Comparação das diferentes estratégias de ação preventiva em HIV/aids

ASPECTO DA ESTRATÉGIA	PREVENÇÃO TRADICIONAL	REDUÇÃO DA VULNERABILIDADE
Alvo	Indivíduos expostos	Populações suscetíveis
Finalidade	Alertar	Favorecer capacidades de resposta
Processos educativos	Modeladores	Construtivistas
Informação	Transmissão unilateral	Compartilhamento bilateral
Base institucional	Saúde	Intersetorial
Agentes privilegiados	Técnicos	Paras
Expectativa de resposta	Adesão	Autonomia
Impacto visado	Mudança de comportamento	Transferência de contextos e relações

Reproduzido de Ayres et al., 2003b

As abordagens de redução de vulnerabilidade, como vimos, têm procurado ampliar do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas o alvo de suas intervenções, mesmo quando se pensa em ações de intervenção de caráter individualizado, como um aconselhamento em consultório, por exemplo. Nesse sentido, assume uma responsabilidade que se estende para além da tarefa de apenas alertar sobre o problema. É preciso concorrer para que os sujeitos sociais sejam alertados sim, mas que, para além disso, possam responder de forma que superem os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis, mesmo quando individualmente alertas. Mais que ser informadas, é preciso que as pessoas saibam

como se proteger e se mobilizem para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas.

Por esta mesma razão o enfoque educacional, tão fundamental nos processos de promoção da saúde e prevenção de agravos, não pode ficar preso às tendências modeladoras, fortemente difundidas a partir de paradigmas comportamentalistas. A atitude construtivista, que parte dos saberes e experiências dos que visamos com nossos processos educativos, é a que melhor parece concorrer para que as pessoas possam de fato buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam.

Uma tal ampliação de objetos e estratégias torna claro, por outro lado, que as ações de redução de vulnerabilidade não podem tornar-se efetivas e operacionais se as mantivermos restritas à esfera institucional da saúde. A ação intersetorial é fundamental. No mínimo saúde e educação, mas quando conseguimos articular também as áreas do trabalho, bem-estar social, jurídica e cultural as chances de melhores resultados se expandem proporcionalmente.

Parece igualmente claro que a busca de resposta social coloca no centro da arena das práticas preventivas não mais o sujeito técnico, com seu saber e recursos especializados, mas sim os capazes de melhor apreender e lidar com os obstáculos à sua saúde, os próprios sujeitos sociais afetados. É bom que se frise que isso não esvazia o papel do técnico, apenas o reposiciona e complexifica suas tarefas na concepção, desenvolvimento e monitoramento das estratégias. O técnico da saúde, e nisso ele será insubstituível, deve ser agora um mediador do encontro que deve dar-se entre os sujeitos visados pela prevenção e o conjunto de recursos de que devem dispor para construir sua saúde. Por isso também não se espera deles adesão ao que lhes prescrevemos, mas autonomia para construir as estratégias que de fato possam lhes servir.

Finalmente, é importante destacar que a redução de vulnerabilidade nas modalidades preventivas, ainda que este seja talvez um dos aspectos menos claros para muitos de seus próprios implementadores, estão promovendo um deslocamento significativo também no produto de suas intervenções, e que nos parece que deve ser estimulado. É que o modo como os problemas de saúde e a construção de respostas são entendidos reconstrói a velha noção de que, se nós, profissionais da prevenção, trabalharmos bem as pessoas, ao cabo de um certo tempo, terão mudado seus comportamentos numa direção mais saudável. Na verdade, o que a abordagem da vulnerabilidade pressupõe e demons-

tra, simultaneamente, é que tal mudança não parte do indivíduo em relação ao Outro e seu entorno. As mudanças mais profundas e interessantes acontecem quando se enxerga e constrói possibilidades de os indivíduos estarem uns de frente aos outros em seu entorno, de modo que torne a saúde de todos mais satisfatória. Não é senão da transformação de contextos de intersubjetividade que estamos tratando quando constatamos maior facilidade de falar de sexualidade e camisinha hoje, se comparado com a era pré-aids (Paiva, 2000), ou de termos uma legislação, nascida à custa de muita desobediência civil, que garante as estratégias de redução de danos entre usuários de drogas (Mesquita & Bastos, 1994), de estarmos, mais e mais, difundindo e amadurecendo a reflexão e ação sobre as relações de gênero em nossas práticas de saúde sexual e reprodutiva (Vilela & Barbosa, 1996); de estarmos estreitando as relações entre saúde e direitos humanos em nossas estratégias de prevenção e cuidado (Cruskin & Tarantola, 2005; Ayres et al., 2004).

Redução de Vulnerabilidade: um relato de experiência

Para concluir esta discussão, exemplificaremos a mudança de perspectiva teórico-prática proposta pelo quadro conceitual da vulnerabilidade comentando uma experiência de ação preventiva por nós desenvolvida (Ayres et al., 2003a; Ayres et al., 2003c). É claro que a totalidade dessa rica experiência terá de ser bastante resumida no espaço deste capítulo, mas procuraremos ressaltar alguns aspectos selecionados que nos parecem expressar com muita vida a abertura de horizontes que identificamos nessa prática de redução de vulnerabilidade.

Entre 1997 e 2002, nossa equipe (Faculdade de Medicina da USP/ Departamento de Medicina Preventiva/Centro de Saúde Escola do Butantã) desenvolveu um projeto de redução de vulnerabilidade em colaboração com uma escola pública de ensino médio da região do Butantã, periferia oeste da cidade de São Paulo.⁵ O trabalho inicial da equipe da USP consistiu de entrevistas em profundidade com educadores e grupos focais com alunos para a construção de um diagnóstico de vulnerabilidade (aspectos comportamentais, sociais e institucionais, considerando a Escola e serviços de saúde a que os alunos tinham acesso).

⁵ Esta parceria foi estabelecida a partir das proposições do projeto "Prevenção Também se Ensina", desenvolvido em conjunto com as Secretarias de Estado da Educação e da Saúde de São Paulo, envolvendo, desde 1996 até os dias atuais, mais de setecentas escolas da Capital, Grande São Paulo e Interior. O projeto foi orientado em seu planejamento e avaliação pelo quadro da vulnerabilidade. Ver a propósito Tozzi et al., 1996.

Nesse "diagnóstico" inicial chamou-nos de imediato a atenção uma crise de confiança dos professores em relação aos alunos e vice-versa. Desse modo, já partíamos de uma situação de pouca sustentação para projetos pedagógicos, especialmente em relação a temas tabus e delicados, como os da prevenção da aids e do abuso de drogas. Ao mesmo tempo, os alunos avaliavam que a participação dos professores era imprescindível para o sucesso de qualquer atividade que eles propusessem fazer na escola em relação à prevenção. Esse paradoxo foi entendido como uma solicitação pelo suporte dos professores para se transformar a situação de participação dos alunos na construção do projeto pedagógico da escola. Era necessário reverter o quadro de desconfiança, fortalecendo laços de solidariedade. A mudança do ambiente escolar era, assim, uma condição necessária para começarmos a reduzir vulnerabilidade naquela comunidade escolar.

A equipe da USP ofereceu uma retaguarda para o projeto de prevenção, legitimou a participação dos professores e iniciou um processo de formação de alunos multiplicadores (educação por pares). Após uma série de atividades de formação, esses alunos realizavam, nas diversas classes da escola, oficinas⁶ de prevenção, sob nossa supervisão, mas sob sua inteira responsabilidade (os professores se retiravam das salas nos momentos de oficinas). Além disso, intensificaram sua participação em outras atividades com apoio da direção escolar, suprimindo, entre outras coisas, a inexistência de um grêmio estudantil.

Os alunos multiplicadores passaram a ser realmente uma referência para os pares. Eram procurados pelos colegas como pessoas confiáveis para apoios de diversas ordens, especialmente os relacionados a questões de saúde sexual e reprodutiva. A direção escolar também solicitava a participação desses alunos em atividades de representação escolar. Nesse período, a escola ampliou suas parcerias e diversificou seus projetos. O projeto de prevenção se desdobrou na realização sistemática de oficinas de discussão de temáticas relacionadas com a vulnerabilidade dos jovens à aids e de gincanas anuais em que se celebrava o Dia Mundial de Luta contra Aids e simultaneamente o encerramento do ano letivo (formação de uma turma de alunos com homenagem ao corpo docente, discente, pais e colaboradores da escola). A gincana foi batizada de *SolidariedAids*.

⁶ Prática de trabalho educativo em pequenos grupos, baseada na construção multilateral de trocas de conhecimento e experiência, estimulada por dinâmicas de grupo que lançam mão de trabalho corporal, jogos, teatralização e debate

A definição da estratégia de redução de vulnerabilidade dos jovens da escola a partir e em torno do problema base da falta de espaços de participação e da crise mútua de confiança trouxe resultados. O projeto de prevenção foi o estopim para transformações escolares. Os encontros com professores e a gradual apresentação de resultados das atividades desenvolvidas pelos multiplicadores foi progressivamente legitimando a proposta e abrindo espaços de interlocução mesmo entre os professores mais resistentes ao projeto e às transformações em curso no contexto escolar. Isso incluía intensificar e diversificar os espaços de diálogo sobre a vida sexual e reprodutiva, ao mesmo tempo, a tematização da vulnerabilidade nas diferentes matrizes disciplinares. A gincana de final de ano mobilizava corpo discente e docente, momento de sensibilização de alguns docentes mais inseguros quanto à viabilidade de um projeto com participação juvenil que estimulava a apropriação do espaço escolar pelos próprios alunos (inicialmente vistos como "desinteressados"). A ampliação do quadro de professores sensibilizados para o projeto de prevenção e a formação de turmas subseqüentes de alunos multiplicadores mostrou que o trabalho teve êxito em seu objetivo: redução de vulnerabilidade, ou seja, fortalecimento da solidariedade, construção de uma resposta da comunidade. Bem-sucedido nas etapas de sensibilização da escola e de implementação de uma cultura de prevenção e solidariedade, o próximo desafio do projeto era sua *sustentabilidade*.

A identidade de multiplicador inovou as possibilidades de relacionamento aluno-escola e aluno-aluno. O multiplicador significou a presença constante da prevenção na escola. Muitas vezes, os professores estabeleciam parceria na sala de aula com os multiplicadores. Um problema para sustentabilidade desse modelo de projeto, no entanto, era que a formação dos multiplicadores permanecia atrelada à equipe da USP. Por diversas vezes, professores mais sensibilizados para as atividades do projeto de redução de vulnerabilidade quiseram preparar-se para assumir o espaço de formação dos multiplicadores. Isso nunca se viabilizou porque a escola deveria remanejar tempo de sala de aula para as atividades de formação de multiplicadores, o que era difícil fazer.

O primeiro problema para a sustentabilidade desse modelo de trabalho encontrava-se, assim, na rigidez da estrutura escolar para legitimar o trabalho do professor fora da sala de aula. A resposta social promovida na escola para redução da vulnerabilidade se deparava com uma qualidade de resposta institucional já sedimentado nesse ambiente. A parceria externa (USP) assumia a responsabilidade de formar os

multiplicadores para a escola até a consolidação do trabalho. Tal compromisso nunca foi assumido pela escola. Outra dificuldade era que os professores não permaneciam nas salas de aula quando os alunos multiplicadores desenvolviam suas oficinas, pois isso era importante para criar um novo espaço de intersubjetividade na sala de aula, e estimular a autonomia dos alunos. O que não se debateu suficientemente foram os significados que giravam em torno dessa "tomada de lugar" dos multiplicadores em relação aos professores. Soma-se, então, uma valoração negativa dos professores nessa atividade (nuclear) do projeto. Os professores asseguravam a importância do trabalho de prevenção na escola, mas até então não contavam com a segurança de um espaço próprio para sua específica contribuição.

A atividade mais integradora entre alunos, professores e funcionários era a Gincana de SolidariédAids. Ao longo dos anos, consolidou-se como festividade aguardada no calendário escolar. Na Gincana, os professores trabalhavam o tema da prevenção com os alunos e eram apoiados pela equipe parceira (USP). Alguns professores, que contestavam a validade do trabalho na escola, tiveram opiniões transformadas após participarem das gincanas. Contudo, nos últimos anos, adotou-se um sistema complexo de pontuação de tarefas. A equipe vencedora premiava o professor responsável pela coordenação do trabalho. A gincana se tornou um modo de alcançar reconhecimento pelo trabalho docente, inserindo o fator da competitividade entre equipes. Na época, os multiplicadores avaliaram que já não integravam o trabalho de produção da gincana de forma criativa, arcando com a responsabilidade de viabilizar uma estrutura de organização da qual discordavam. Mais uma vez, distanciavam-se alunos e professores de uma articulação fundamental para avanço no sentido de sustentação do trabalho já desenvolvido e para enfrentamento dos desafios a fim de suprir as deficiências do projeto. Reconhecemos que esse sistema de mérito pessoal e competição preenche com sentidos uma série de atividades do mundo atual, até da formação escolar para concorrência no vestibular. Ao promovermos um projeto visando a resposta social, estávamos nos deparando com uma série de formas de produzir e organizar respostas já presentes no mundo, nem sempre as desejadas. A cada dificuldade encontrada, o resgate da história do projeto, da situação escolar antes das atividades redutoras de vulnerabilidade e a perspectiva de avançar ou perder conquistas em relação à solidariedade no ambiente escolar tornaram-se vitais.

Diante dessa situação, enfrentamos um período de revisão do projeto em que uma atividade escolar contribuiu de maneira fundamen-

tal. A escola se deparava com o uso de drogas e a preocupação de pais e alunos com esse assunto. Os professores se organizaram em suas reuniões de trabalho para produção de uma feira temática que debateria o tema "uso, abuso e dependência de drogas". Propuseram uma estrutura "acadêmica" de trabalho. Os alunos escolheriam um professor orientador e formariam grupos de trabalho. Cada grupo de trabalho produziria uma atividade sobre a temática utilizando qualquer linguagem: audiovisual, artes plásticas, teatro, dança, etc. A equipe da USP teve dupla incumbência: preparar os multiplicadores para a ação conjunta com os professores e debater em dois encontros a temática com os professores. Pela primeira vez, eram os professores que solicitavam uma atividade de formação, já que anteriormente essa iniciativa era da coordenação pedagógica e da equipe da USP. A escola vestiu a camisa da atividade e ficou repleta de projetos e produtos. No período noturno, havia sessões simultâneas de filmes, dada a quantidade de material produzido. As salas ficavam lotadas, nem mesmo a equipe da USP garantiu espaço para assistir a todas as atividades. Outro destaque foi uma instalação de arte em que os visitantes participavam da encenação. O ambiente representava um espaço de festa em que tudo podia acontecer. As pessoas escolhiam ou não usar drogas (ficcionalmente) e, ao término da festa, discutiam o que estava acontecendo e reviam a forma como construíram suas escolhas. A Feira revelou que muitos alunos eram multiplicadores sem ser formalmente multiplicadores do projeto. Eles tinham idéias, assunto e estratégias diversificadas para contribuir com o projeto de redução de vulnerabilidade da escola. Os professores foram os mediadores do trabalho, não impuseram idéias próprias, apenas subsidiaram os grupos de trabalho. Uma das preocupações foi não desvalorizar os trabalhos, não defender um tipo de informação "correta" e com isso inibir a livre manifestação dos alunos.

Desde então, a equipe da USP transformou sua proposta de ação, sem abdicar da tradição de trabalho já instaurada. A primeira mudança foi fazer da ação entre pares o fundamento para um trabalho intersectorial. Os multiplicadores foram convidados a participar de Fóruns regionais que debatiam juventude e saúde. Também foram convidados a apresentar seu trabalho em outras escolas da região. Conseguiu-se recursos de uma agência de fomento para que três multiplicadores da escola recebessem uma bolsa de auxílio⁷ para atuarem como coordena-

⁷ Com recursos do Programa Gênero, Reprodução, Ação e Liderança da Fundação Carlos Chagas

dores da extensão das atividades de multiplicação para outras escolas e instituições da região. A segunda mudança foi diversificar as linguagens para as atividades de multiplicação, incluindo vídeo e artes plásticas. A atuação regional dos multiplicadores recebeu o nome de *Projeto Jovem Inventivo* (Salletti Filho et al., s.d.).

Entretanto, um fato marcaria a história do Projeto Jovem Inventivo. O período de organização inicial desse trabalho (ainda sem os coordenadores jovens), coincide com o período pós-feira sobre "uso, abuso e dependência de drogas". Professores e multiplicadores tinham se aproximado e buscavam recuperar os sentidos fundadores da gincana da *SolidariedAids*. A escola contava com um Conselho Gestor do projeto, composto por professores, alunos e nós, a equipe parceira da USP. A participação de alunos se incrementou no Conselho e, após algumas discussões iniciais, alunos e professores iniciaram o debate sobre as diretrizes da Gincana na escola. O Conselho avaliou criticamente a gincana precedente (2000) em que professores ficaram nervosos demais e disputavam a conquista da premiação (simbólica). A coordenação pedagógica discordou das propostas e organizou a Gincana independentemente do Conselho. Os multiplicadores se dividiram. Uma parte deles seguiu o Conselho, a outra a coordenação pedagógica. A Gincana aconteceu num ambiente de desentendimento no Conselho e no próprio grupo de multiplicadores, seguindo sem avançar no enfrentamento das dificuldades. No ano seguinte (2002), em que vigora o Projeto Jovem Inventivo, o Conselho é esvaziado, alguns professores se aposentam e alguns migram suas ações para outros projetos que compunham a cena escolar. Quando o Projeto Jovem Inventivo assume novas linguagens para as atividades de multiplicação, a escola já não está organizada. O Projeto Jovem Inventivo inicia suas ações em outras escolas e apenas no final do ano consegue fazer algo na sua escola de origem.

Foi nesse ambiente que a coordenação do Projeto Jovem Inventivo recebeu um convite para apresentar a proposta de seu trabalho em um evento popular, promovido por um Fórum em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente. Duas atitudes foram tomadas. A primeira foi desencadear um treinamento regional de jovens multiplicadores tal como acontecia na escola. A segunda foi desencadear nesse grupo uma discussão sobre a caracterização da forma de apresentação do trabalho no evento citado. Como resultado, foi produzida uma barraca itinerante (intitulada "sexo, libido e manifestação") em que os visitantes entravam e se deparavam com um conjunto de peças de artes plásticas e

montagem de som e vídeo (a barraca tinha o formato de uma tenda coberta com lona de caminhão e com estrutura de canos de PVC e ferro). O Projeto Jovem Inventivo ganhou reconhecimento regional e municipal pela atividade, ampliando sua participação em fóruns e debates sobre saúde e juventude. Regionalmente, os jovens multiplicadores da escola orientaram a construção de um projeto de prevenção da aids numa outra escola da região. O diálogo foi estabelecido com um grupo de estudantes dessa escola, que organizou um grêmio estudantil e, identificando-se com a proposta do trabalho de saúde, difundiu uma nova identidade estudantil na escola: jovens inventivos.

Há vários aspectos em que o relato acima nos remete a dimensões relevantes do enfoque da vulnerabilidade. Em primeiro lugar, parece-nos ter sido exemplificado o que queremos dizer com resposta social como resultado esperado de uma intervenção preventiva. Ao mesmo tempo é possível perceber nas estratégias, resultados e reflexões relatados diversos dos elementos antes citados abstratamente (a delimitação de situações de grupo, não indivíduos isolados como alvo da ação, a construção conjunta de capacidades, para além do alerta, a comunicação de mão dupla, o privilegiamento dos pares como agentes, a ação intersetorial, o estímulo à autonomia, e, finalmente, a transformação de contextos e relações).

Os resultados da iniciativa foram avaliados nos trabalhos acima citados. Avaliações muito mais de processo e de resultados mais setoriais, em sua maioria bastante animadores. Mas, claro, mostrando também fragilidades e desafios a serem enfrentados, mesmo avaliações de impacto, em experiências mais extensivas que a que desenvolvemos. O importante, porém, é que mesmo os insucessos em relação a algumas aspirações ou processos das ações preventivas sejam vistos como parte da experiência prática da qual se toma parte, e não como tarefa técnica malograda. O fracasso nos diz da vida real, de sua completa "indisciplina" em face das nossas disciplinas científicas e, nesse sentido, deve ser visto como corretor de rumo — não apenas das nossas intervenções, mas especialmente dos pressupostos e teorias que as orientaram.

CAMINHOS PARA CRIAR

De modo coerente com os pressupostos de intersubjetividade e construtivismo do quadro conceitual da vulnerabilidade, seria impossível concluir este capítulo com algum tipo de receita fechada sobre quais caminhos para trilhar na construção de estratégias de redução de

vulnerabilidade nas práticas de prevenção e promoção da saúde. Mas certamente será possível recomendar alguns "caminhos para criar", já que também defendemos o sentido pragmático, compartilhado e processual dos saberes que interessam à redução de vulnerabilidade. Nesse sentido, seguem, a título de conclusão, alguns princípios que, de nossa própria experiência prática e teórica, emergem como propiciadores da construção de saberes e práticas para a redução de vulnerabilidade:

a) *Identificação/construção de contextos intersubjetivos potentes.* Dependendo de quais grupos populacionais ou comunidades queremos atingir, e de qual vulnerabilidade está em questão, devemos procurar, de forma não dogmática, reconhecer quais são os espaços, interlocutores e processos que mais beneficiam a expressão produtiva dos sujeitos interessados, o compartilhamento de saberes, a construção solidária de respostas.

b) *Produção/articulação de redes de diálogo.* Diagnósticos de vulnerabilidade e caminhos para sua redução reclamam, como vimos, movimentos de síntese de saberes diversos, compartilhamentos, transformações contextuais. Por isso, quanto mais conseguirmos conectar diferentes culturas de trocas, redes de diálogos que atravessam uma comunidade, melhores serão as condições para trabalharmos na perspectiva da redução de vulnerabilidade. Ao identificar essas redes e conectá-las, estaremos construindo novos diálogos — outros temas, identidades e relações vão surgir das novas interlocuções, trazendo renovadas possibilidades de compreensão e intervenção sobre a situação.

c) *Experimentação de linguagens.* Ao experimentar novos diálogos, novas linguagens podem e devem ser exploradas e testadas, desde seus meios até suas formas de expressão — e aqui os experimentos com as artes e com a cultura popular são fundamentais.

d) *Consolidação de respostas — processos e recursos.* Não se constroem respostas sociais sem recursos. Portanto, inventariar e disseminar os que já se tem, partindo deles, e identificar e conquistar outros que se mostrem necessários é tarefa fundamental.

e) *Retro-alimentação/dinamização das respostas.* Planejar e avaliar é dar às ações de redução de vulnerabilidade uma "carta de navegação". Como a carta de navegação, processos de planejamento e avaliação não determinam para onde se vai navegar, não nos dão o controle do que vai acontecer na travessia, nem substituem o ato mesmo de navegar. Mas eles podem nos ajudar a definir em que direção queremos seguir, perceber o que vai acontecendo pelo caminho e o que podemos e queremos fazer diante desses acontecimentos. O planejamento e a avaliação não

precisam ser necessariamente processos formais, complexos e trabalhosos. Dependendo da situação-problema em questão, da extensão das ações que buscamos desenvolver, da complexidade da estratégia, etc. podem ser mesmo necessários processos mais especializados, exigindo maior *expertise*. Nesses casos, se não a temos, a busca de parcerias é uma alternativa que deve ser considerada. De toda forma, não podemos esquecer que, independente do grau de complexidade e tecnicidade desses processos, o mais importante da atividade planejadora/avaliadora é não abrir mão de uma atitude de constante reflexão e troca sobre o que estamos buscando e como o estamos fazendo, de uma perspectiva puramente instrumental até, e principalmente, do ponto de vista ético.

ALGUMAS LEITURAS RECOMENDADAS

A recomendação de leituras para aprofundamento de tema tão vasto é tarefa difícil. Alguns dos aspectos relevantes para análises e estratégias de vulnerabilidade, como determinantes sociais do processo saúde-doença, questões de gênero, questões de raça, questões de idade e geracionais, a própria *aids*, conformam um amplo universo de produções. Parece-nos, então, que talvez seja bom recomendar começar pelos aspectos mais especificamente ligados às construções de risco, vulnerabilidade e ações de prevenção e promoção. Nesse sentido, recomendamos:

- Para o conhecimento do desenvolvimento dos saberes e práticas relacionados à saúde pública, de modo geral:

George Rosen. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec-Unesp-Abrasco, 1994. Este clássico da historiografia da saúde pública foi escrito em meados do século passado, mas ainda guarda vivo interesse. Traça um painel rigoroso, mas de fácil leitura, das diferentes etapas de estruturação da saúde pública na história da humanidade, com maior ênfase nos movimentos modernos e nas sociedades européias e norte-americanas, paradigmáticas do que veio a se disseminar no mundo como a moderna saúde pública.

- Para conhecer uma abordagem crítica das práticas de saúde modernas, cuja influência deita raízes nas origens mesmas do movimento da Saúde Coletiva:

Maria Cecília Ferro Donnangelo & Luis Pereira. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. — Obra esgotada, mas fácil de encontrar.

trar nas bibliotecas de nossas escolas de Saúde Pública, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, este texto denso e algumas vezes difícil em uma primeira leitura nos permite desenvolver um olhar crítico sobre as práticas de saúde nas sociedades capitalistas, mesmo que não sigamos, às últimas consequências, os autores em seus quadros teóricos e suas conclusões.

• Numa perspectiva crítica igualmente, mas com enfoque específico na questão da prevenção, não há como deixar de recomendar:

Antônio Sérgio Arouca. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina social*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003. — Essa é a recente publicação de uma tese escrita em 1975, nunca antes publicada na forma de livro e, não obstante, um dos mais influentes textos na construção teórica da Saúde Coletiva brasileira. Na edição, cada um dos capítulos da tese original vem acompanhado de comentários atuais de reconhecidas autoridades e lideranças intelectuais dessa área.

• Para a discussão específica sobre o conceito de risco:

José Ricardo de C. M. Ayres. *Sobre o risco*. 2.^a ed. São Paulo: Hucitec, 2002. — A sugestão deste texto, de autoria de um dos autores deste artigo, encontra-se na possibilidade de o interessado encontrar aí uma sistematização do desenvolvimento da epidemiologia, ao mesmo tempo que se faz uma discussão sobre fundamentos, princípios e métodos que foram configurando, no interior desta ciência, o importante conceito de risco.

• Para conhecer mais sobre o conceito de vulnerabilidade:

Jonathan Mann & Daniel Tarantola. *Aids in the World II*. Nova York: Oxford University Press, 2006. — Não traduzido para o português, essa obra é, porém, uma referência mundial sobre o conceito de vulnerabilidade. Diferente da obra anterior (*Aids no Mundo*, esta traduzida), o interesse particular da discussão sobre vulnerabilidade que os autores fazem aqui é, de um lado, o contraste que estabelecem entre risco e vulnerabilidade, e, de outro, a discussão sobre a rica e fecunda interlocução que se pode estabelecer entre vulnerabilidade e direitos humanos na construção de práticas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerknecht, E. A. Hygiene in France, 1815-1848. *Bulletin of the History of Medicine*, 22, pp. 562-93, 1948.
- Ackerknecht, E. W. *A Short History of Medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1982.
- Almeida Filho, N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: APCE-Abrasco, 1997.
- Ayres, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. 2.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002a.
- . *Sobre o risco*. 2.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002b.
- Ayres, J. R. C. M.; G. J. Calazans & H. C. Saletti Filho. Adolescência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS: avaliação de uma estratégia de prevenção entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo. *Divulgação em Saúde para Debate*, 29, pp. 93-114, 2003a.
- Ayres, J. R. C. M.; I. França Jr.; G. J. Calazans & H. C. Saletti Filho. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: D. Czeresnia & C. M. Freitas (org.). *Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 117-39, 2003b.
- Ayres, J. R. C. M.; A. C. Freitas; M. A. S. Santos & I. França Júnior. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), pp. 123-38, 2003c.
- Ayres, J. R. C. M.; V. Paiva; I. França Jr.; N. Gravato; R. Lacerda; M. Della Negra; H. H. S. Marques; E. Galano; P. Lecussan; A. A. C. Segurado & M. H. Silva. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Care Needs of Young People Living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 96(6), pp. 1.001-006, 2006.
- Ayres, J. R. C. M.; A. A. C. Segurado; E. Galano; H. H. S. Marques; I. França Jr.; M. H. Silva; M. Della Negra; N. G. Silva; P. L. Gutierrez; R. Lacerda & V. Paiva. *Adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional*. São Paulo, 2004. Disponível em <http://www.cri.saude.sp.gov.br/down/ManualECI_final.pdf> (acessado em 19 de junho de 2006).
- Barreto, M. L. A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: D. C. Costa (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 19-38.

- Batliwala, S. The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action. In: G. Sen; A. Germain & L. C. Chen, L. C. (ed.). *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*. Cambridge: Harvard University Press, pp. 127-38, 1994.
- Breilh, I. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(3), pp. 207-33, 1998.
- Breslow, L. Risk Factor Intervention for Health Maintenance. *Science*, 200, pp. 908-12, 1978.
- Camargo Jr., K. R. *As ciências da Aids e a Aids das ciências: o discurso médico e a construção da Aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-Abia-IMS/Uerj, 1994 (Coleção História Social da Aids, 4).
- Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1982.
- Castiel, L. D. *A medida do possível. . . saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa-Fiocruz, 1999.
- Chor, D. & E. Faerstein. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), pp. 241-4, 2000.
- Costa, N. C. A. *O conhecimento científico*. São Paulo: Discurso Editorial, 1997.
- Daniel, H. *Vida antes da morte*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Abia, 1994.
- Delor, F. & M. Hubert. Revisiting the Concept of Vulnerability. *Social Sciences and Medicine*, 50, pp. 1.557-70, 2000.
- Donnangelo, M. C. F. & L. Pereira. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- Fee, E. *Disease and Discovery: a History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1987.
- . Sin versus Science: Venereal Disease in the Twentieth-century Baltimore. In: E. Fee & D. M. Fox (ed.). *AIDS: the Burdens of History*. Berkeley: University of Califórnia Press, pp. 121-46, 1988.
- França Júnior, I. *A antropometria como prática social de saúde: uma abordagem histórica*. Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1993.
- Frias, I. *Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica*. Rio de Janeiro-São Paulo: Ed. PUC-Rio-Loyola, 2004.
- Fried, L. P. Establishing Benchmarks for Quality Care for an Aging Population: Caring for Vulnerable Older Adults. *Annals of Internal Medicine*, 139(9), pp. 784-6, 2003
- Frost, W. H. Epidemiology, in: K. F. Maxcy *Papers of Wade Hampton Frost*:

- a *Contribution to Epidemiological Method*. Nova York, Commonwealth Fund, 1941, pp. 493-542.
- . Some Conceptions of Epidemics in General. *American Journal of Epidemiology*, 103, pp. 141-51, 1976.
- Grangeiro, A. O perfil socioeconômico dos casos de AIDS na cidade de São Paulo. In: R. Parker; C. Bastos; J. Galvão & J. S. Pedrosa (org.). *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-Abia-IMS/Uerj (História social da AIDS, 2), pp. 91-125, 1994.
- Granger, G. G. *A ciência, as ciências*. São Paulo: Unesp, 1994.
- Gruslin, S. & D. Tarantola. Health and Human Rights. In: S. Gruskin; Ma. Grodin; G. J. Annas & S. P. Marks (ed.). *Perspectives on Health and Human Rights*. Nova York: Routledge, pp. 3-57, 2005.
- Gupta, G. R. *Strengthening Alliances for Sexual Health: a Framework for Action*. Cambridge, II International Conference on Health and Human Rights (mimeo), 1996.
- Habermas, J. *La lógica de las ciencias sociales*. Madri: Tecnos, 1990.
- Hamer, W. H. Epidemic Diseases in England: the Evidence of Variability and of Persistence of Type. *The Lancet*, II, pp. 569-74, 655-62, 733-9, 1906.
- Hayes, M. V. On the Epistemology of Risk: Language, Logic and Social Science. *Social Sciences and Medicine*, 35(40), pp. 401-07, 1992.
- . The Risk Approach: Unassailable Logic? *Social Sciences and Medicine*, 33(1), pp. 55-70, 1991.
- Kalichman, A. O. *Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas*. Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1993.
- Krieger, N. Epidemiology and the Web of Causation: Has Anyone Seen the Spider? *Social Sciences and Medicine*, 39, pp. 887-903, 1994.
- Kuhn, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- Lalande, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- Lilienfeld, D. Definitions of Epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 107, pp. 87-90, 1978.
- MacMahon, B. Profile: Department of Epidemiology. *Harvard Public Health Alumni Bulletin*, June, 8-10, 1959.
- MacMahon, B. & T. Pugh T. *Princípios y métodos de epidemiología*. México, La Prensa Médica Mexicana, 1975.
- Mann, J. & D. J. M. Tarantola (ed.). *Aids in the World II*. Nova York: Oxford University Press, 1996.

- Mann, J. & D. J. M. Tarantola & T. W. Netter (org.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumarã-Abia-IMS/Uerj (Historia social da AIDS, 1), 1993.
- Mendes-Gonçalves, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica propósito das doenças crônicas degenerativas. In: D. C. Costa (org.), *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, pp. 39-86, 1990.
- Mesquita, F. & F. J. Bastos (org.). *Drogas e aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo, Hucitec, 1994.
- Miettinen, O. S. *Theoretical Epidemiology: Principles of Occurrence Research in Medicine*. Nova York: John Wiley & Sons, 1985.
- Paiva, V. "Fazendo arte com camisinha": sexualidades jovens em tempo de aids. São Paulo: Summus, 2000.
- Parker, R. *Na contramão da aids — sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro-São Paulo: Abia-Ed. 34, 2000.
- Pettenkofer, M. The Value of Health to a City. II. *Bulletin of the History of Medicine*, 11, pp. 593-613, 1942.
- Rose, G. Individuos enfermos, poblaciones enfermas. In: C. Buck; A. Llopis; E. Nájera & M. Terris (ed.). *El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de Salud (Publicación Científica n.º 505), pp. 901-09, 1988.
- Rosen, G. What is Social Medicine? *Bulletin of the History of Medicine*, 21, pp. 674-733, 1947.
- Saletti Filho, H. C.; J. R. C. M. Ayres, C. S. Tavares & M. L. Cavalcanti. *Barraca inventiva: acesso e reflexão sobre a camisinha*. São Paulo, s.d. Disponível em <<http://www.usp.br/nepaids/barracaitinerante-1.pdf>> (acessado em 19/6/2006).
- Sant'Anna A.; D. Aerts & M. J. Lopes. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), pp. 120-9, 2005.
- Shi, L.; C. B. Forrest; S. von Schrader & J. Ng. Vulnerability and the Patient-practitioner Relationship: the Roles of Gatekeeping and Primary Care performance. *American Journal of Public Health*, 93, pp. 138-44, 2003.
- Shi, L.; L. Green & S. Kazakova. Primary Care Experience and Racial Disparities in Self-reported Health Status. *Journal of the American Board of Family Pracionner*, 17, pp. 443-52, 2004.
- Shi, L. & D. Stevens D. Vulnerability and Unmet Health Care Needs: Influence of Multiple Risk Factors. *Journal of General Internal Medicine*, 20, p. 148, 2005.

- Shy, C. M. The Failure of Academic Epidemiology: Witness of the Prosecution. *American Journal of Epidemiology*, 145(6), pp. 479-84, 1997.
- Sigerist, H. *A History of Medicine II: Early Greek, Hindu and Persian Medicine*. Nova York: Oxford University Press, 1987.
- Skolbekken, J. A. The Risk Epidemic in Medical Journals. *Social Sciences and Medicine*, 40(3), pp. 291-305, 1995.
- Susser, M. & E. Susser. Choosing a Future for Epidemiology I: Eras and Paradigms. *American Journal of Public Health*, 86, pp. 668-73, 1996.
- Telfair, J.; P. L. Alleman-Velez; P. Dickens & P. Loosier. Quality Health Care for Adolescents with Special Health-care Needs: Issues and Clinical Implications. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(1):15-24, 2005.
- Vandenbroucke, J. P.; H. M. E. Rodda & H. Beukers. Who Made John Snow a Hero? *American Journal of Epidemiology*, 133, pp. 967-73, 1991.
- Tozzi, D. A.; N. L. Santos; C. M. Amaro; E. Almeida; E. J. Silva & M. L. Pereira (org.). *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996 (Série Idéias, n.º 29).
- Vig, S.; S. Chinitz & L. Shulman. Young Children in Foster Care: Multiple Vulnerabilities and Complex Services Needs. *Infants & Young Children*, 18(2), pp. 147-60, 2005.
- Villela, W. & R. M. Barbosa. Repensando as relações entre gênero e sexualidade. . . In: R. Parker & R. M. Barbosa (org.). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-Abia-IMS/UERJ, pp. 189-99, 1996.
- Weed, D. L. & S. Hursting. Biologic Plausibility in Causal Inference: Current Method and Practice. *American Journal of Epidemiology*, 147(5), pp. 415-25, 1998.
- WHO — World Health Organization. *Risk Approach for Maternal and Child Health Care*. Genebra (WHO Offset Publication n.º 39), 1978.
- Wing, S. Limits of Epidemiology. *Medicine and Global Survival*, 1(2), pp. 74-86, 1994.
- Winslow, C. E. A. *The Conquest of Epidemic Disease: a Chapter in the History of Ideas*. Princeton: Princeton University Press, 1943.

EPIDEMIOLOGIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: CONCEITOS, INSTRUMENTOS E MODOS DE FAZER

Marcos Drumond Jr.

A EPIDEMIOLOGIA VEM APRESENTANDO um grande desenvolvimento nas últimas décadas no Brasil. O avanço pode ser observado na investigação científica, na capacitação e nos serviços de saúde. Na investigação científica a incorporação de abordagens teórico-metodológicas mais robustas de produção do conhecimento acompanha o crescimento e a diversidade no espectro de temas considerados. Na capacitação a epidemiologia tem espaço de destaque em cursos da área da Saúde Coletiva na graduação e na pós-graduação incluindo a ampliação da oferta de manuais da disciplina disponíveis no País. Nos serviços de saúde o uso da epidemiologia para realização de diagnósticos de saúde e vigilância epidemiológica se ampliou com sua incorporação na clínica, na gestão, na organização dos serviços e na condução das ações que acompanhou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua presença foi marcante no debate do estabelecimento de princípios e diretrizes do sistema seguindo-se o aprimoramento da sua institucionalização nos diversos níveis.

Apesar desse desenvolvimento marcante, não existe uma sistematização própria do significado, métodos e usos da epidemiologia para os serviços de saúde. Neste capítulo abordaremos exclusivamente este uso da epidemiologia com destaque para a esfera municipal e unidades de saúde, espaços privilegiados de execução das ações. Para o desenvolvimento deste projeto iniciaremos pela sua redefinição e estabelecimento do seu escopo após análise das características necessárias para o uso desta perspectiva assim como das bases epidemiológicas que subsidiam esta atuação. Em seguida discutiremos os instrumentos e modos de fazer epidemiologia nos serviços de saúde englobando a informação e os sistemas de informação, as metodologias e técnicas aplicadas aos serviços de saúde e as atividades do diagnóstico, vigilância, moni-

toramento e avaliação. Complementaremos este projeto com uma análise das formas de organização da epidemiologia nos serviços com foco na intervenção.

EPIDEMIOLOGIA COMO TECNOLOGIA E SEUS USOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A epidemiologia trata do processo saúde-doença no coletivo. Rouquayrol & Goldbaum (2003) a conceituam como a "ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle e erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde". A análise da distribuição e dos determinantes enfatiza a frequência dos agravos à saúde das populações utilizando indicadores de diversos tipos para a comparação da magnitude dos agravos à saúde segundo características dos indivíduos e grupos estudados, do local e do tempo. Estas comparações permitem descrever e inferir condições e fatores que possam contribuir para explicar os níveis, padrões e tendências da saúde-doença no coletivo subsidiando a atuação dos serviços de saúde.

Consideramos os serviços de saúde como espaços institucionais onde profissionais e equipes atuam com a missão de produzir saúde, individual e coletiva. O uso da epidemiologia vai contribuir com esta missão produzindo conhecimento e desenvolvendo ações de impacto coletivo, voltadas à identificação e intervenção sobre problemas que dificultam o alcance do objetivo de melhorar a situação de saúde de indivíduos e populações. Para a produção do conhecimento e desenvolvimento de ações adequadas nos serviços de saúde a epidemiologia necessita reforçar certas características.

A prática da epidemiologia após a implementação do SUS e o aumento do seu uso nos serviços de saúde acompanha uma mudança no seu âmbito de atuação com os níveis descentralizados ampliando sua importância na elaboração de políticas e execução das ações. Em decorrência deste deslocamento, os problemas de saúde e sua abordagem se especificam. A descentralização reforça o papel dos municípios e unidades de saúde na condução da política de saúde exigindo criatividade tanto para o diagnóstico de problemas que consiga orientar a captação das especificidades nas suas áreas de atuação, quanto para as interven-

ções adequadas e oportunas para as diferentes situações encontradas. A agilidade na produção de conhecimento aprimora a decisão e a intervenção, necessitando acesso para análise oportuna das bases de dados existentes.

A articulação epidemiologia-informação passa a ser característica importante com o entendimento de que a informação é produto essencial do trabalho cotidiano nos serviços. O conhecimento da distribuição e determinantes dos agravos à saúde vai partir do acesso a dados adequados para a produção da informação. Portanto vai depender da observação das etapas prévias como a definição de dados a coletar, instrumentos de coleta, formato e conteúdo dos relatórios produzidos, formas de disponibilização, tecnologia de informática adequada, entre outros aspectos.

Além da qualidade de dados disponíveis, o deslocamento espaço-temporal necessário ao uso da epidemiologia nos serviços de saúde exige ainda instrumental adequado à abordagem oportuna de agravos à saúde coletiva nos níveis descentralizados, em especial no local, e capacitação das equipes de saúde para a atuação nestes níveis. A articulação dos conceitos e métodos deve ser adequada para produzir um conhecimento descentralizado, especificado e ágil.

Num contexto mais amplo, o uso adequado e criativo da epidemiologia na prática dos serviços de saúde vai se beneficiar do entendimento de que os processos de trabalho que ocorrem neste espaço articulam diferentes áreas, disciplinas e setores. Os problemas são complexos e a fragmentação dos olhares e ações dificulta sua abordagem. Torna-se necessária uma ruptura de fronteiras disciplinares. A produção do conhecimento para contribuir na condução da política de saúde na abordagem dos agravos necessita articular as áreas assistenciais, de ação coletiva, de planejamento, de controle e regulação, de decisão, entre outras, para a construção da intervenção. O problema, e não a disciplina, deve definir a política de organização e intervenção propostas, conseguindo mesclar conceitos, metodologias e processos de trabalho das diversas áreas envolvidas conduzidas por profissionais com diferentes olhares aprimorando uma intervenção articulada e adequada.

Com base nestas características tomamos a epidemiologia para uso nos serviços de saúde como tecnologia. Merhy et al (1997) referem como tecnologia do trabalho em saúde não apenas as tecnologias duras, como as máquinas, normas e estruturas organizacionais. Nos serviços de saúde consideramos a epidemiologia como tecnologia de dupla inserção. Com base em saberes bem estruturados é uma tecnologia leve-dura,

com conceitos e métodos que conformam o núcleo de saberes e práticas da disciplina (Campos, 2000), utilizada segundo a compreensão que os trabalhadores de saúde têm deles. Nesta inserção a epidemiologia caracteriza-se predominantemente pelo uso do método, pela apropriação das técnicas de apreensão do coletivo. Neste aspecto, assim como a clínica faz sentido tecnológico pleno nas intervenções individuais da assistência à saúde, a epidemiologia fará nas ações próprias da saúde pública, nas intervenções de caráter coletivo (Schraiber, 1992).

Schraiber (1992), no entanto, considera que a restrição a este entendimento da epidemiologia dificulta o "entrecruzamento" individual-coletivo, essencial para o trabalho em saúde na perspectiva da integralidade da atenção. Para esta articulação seria preciso subverter o núcleo substantivo das tecnologias de ação da disciplina com a incorporação do uso da lógica epidemiológica no serviço de saúde. Neste caso aplicar a epidemiologia deixa de ser uma tarefa em si, mas contribui para a organização tecnológica do trabalho coletivo, epidemiologicamente orientado. Nesta inserção consideramos a epidemiologia como tecnologia leve ao contribuir na gestão ou nas formas de organizar e governar processos de trabalho que orienta a intervenção na abordagem de problemas contribuindo no campo geral da saúde conformado por outros núcleos de saberes e práticas que lhe fazem fronteira.

A epidemiologia neste contexto não é considerada apenas um método para produção de conhecimentos ou de intervenção sobre agravos específicos, mas como um conhecimento fundamental, entre outros, e neste caso sobre o processo saúde-doença no coletivo e que, articulado a outros conhecimentos, orienta práticas de planejamento, gestão e intervenção assistencial ou preventiva; portanto tomada como tecnologia que fornece bases essenciais e não exclusivas, para a produção de saúde. Dessa forma consideramos a epidemiologia como instrumento e modo de conhecer e transformar as condições de produção da saúde-doença no coletivo, contribuindo e atuando para a produção de saúde mediante intervenções de impacto individual e coletivo nos serviços de saúde. Enfim uma epidemiologia que busca dar base à atuação de profissionais e equipes de saúde no processo de construção e condução das políticas, ações e serviços de saúde.

A organização do sistema de saúde utilizando o conhecimento do processo saúde-doença no coletivo ajuda a definir uma forma de produção nos serviços de saúde, voltada à priorização das ações sobre agravos e situações que se expressam de forma relevante. Esta relevância pode decorrer de diferentes aspectos como a magnitude, a vulnerabi-

lidade, a importância política e social, a iniquidade na utilização dos serviços, entre outros aspectos.

A epidemiologia, como um eixo de organização das práticas, apresenta interfaces com implicações nos diversos níveis e instâncias do sistema e dos serviços de saúde. A mais evidente relaciona-se à valorização da prevenção de agravos, área na qual a epidemiologia construiu seu campo hegemônico de atuação no Brasil, abarcando a imunização, a vigilância epidemiológica e o controle das doenças de notificação compulsória. Com a mudança do quadro sanitário da população e com a implantação do SUS nacional, a epidemiologia ampliou o escopo de agravos sob vigilância passando a abordar doenças tais como as crônicas não transmissíveis, as decorrentes dos acidentes e violência e a mortalidade evitável.

Porém, a mudança mais abrangente foi a retomada de seu compromisso histórico com ampliação da sua atuação no campo da promoção da saúde, reconhecendo a determinação de agravos em contextos mais amplos e incorporando aspectos tais como os ambientais, socioeconômicos e culturais. Esta tendência levou ao desenvolvimento do conceito de vigilância em saúde e da incorporação dos diagnósticos ampliados nas análises da situação de saúde que passaram a valorizar as desigualdades sociais e riscos ambientais na determinação de agravos e padrões epidemiológicos.

No entanto, nos serviços de saúde o espectro de usos da epidemiologia não se restringe às ações de promoção e prevenção incorporados na vigilância epidemiológica ou na visão ampliada da vigilância em saúde. Considera-se também sua articulação e participação no estabelecimento das bases para abordagem assistencial, na qualificação e concepção de construção e análise dos sistemas de informação, além da participação na definição e gestão do modelo de atenção e na própria concepção da política de saúde. Enfim, num amplo conjunto de atividades e questões que extrapolam a visão hegemônica inicial do uso da epidemiologia na vigilância epidemiológica e mesmo na ampliada, seja abarcando agravos não infecciosos, seja na produção de diagnósticos que captem a complexidade da determinação de agravos de diversos tipos.

Do ponto de vista assistencial, as contribuições da epidemiologia vão desde a reorientação e ampliação da prática clínica em direção à integralidade da atenção, incorporando a perspectiva preventiva e coletiva na sua abordagem até o fornecimento de métodos e conhecimentos que aprimoram a tomada de decisão com base em evidências cien-

tíficas relativas ao diagnóstico, prognóstico e escolha do tratamento, entre outros aspectos.

Com relação aos sistemas de informação, a epidemiologia abarca acúmulo considerável de conhecimentos técnicos sobre construção de questionários e instrumentos de coleta de dados, listas de codificação, indicadores, cobertura, validação, análise de dados, entre outros essenciais aos processos de construção dos sistemas de informação, sua utilização qualificada e sua articulação com a política de saúde e o modelo de atenção. Neste uso a epidemiologia tem ampliado sua contribuição na abordagem crítica e analítica de todos os sistemas gerenciais utilizados nos serviços de saúde, até os não especificamente epidemiológicos.

Quanto ao modelo assistencial e à política de saúde, a epidemiologia se articula intimamente aos princípios e diretrizes do SUS com contribuições para a organização e definição dos processos de descentralização, integralidade da atenção, promoção da equidade, democratização da informação e comunicação social, humanização e qualidade, enfim, sua inserção no sistema é ampla. Nesse sentido, as contribuições da epidemiologia nos serviços de saúde têm apresentado uma tendência de ruptura com a visão meramente disciplinar e de atuação restrita, ampliando sua inserção matricial nas propostas e processos de trabalho com diferentes propósitos e nos diversos níveis do sistema (Prefeitura do Município de São Paulo, 2004).

BASES EPIDEMIOLÓGICAS PARA ABORDAGEM DE PROBLEMAS E ATUAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As bases epidemiológicas para a atuação nos serviços de saúde podem ser categorizadas segundo o tipo de inserção da epidemiologia no serviço. Se tomarmos a epidemiologia como uma tecnologia predominantemente leve-dura e própria para intervenção coletiva de saúde, seu uso provém das bases técnicas para abordagem dos agravos de notificação compulsória e da necessidade de produção de conhecimento para ação. Como tecnologia predominantemente leve, as bases epidemiológicas que contribuem na organização das ações e serviços de saúde podem ser sintetizadas nos enfoques de risco e populacional como eixos de organização de ações e serviços com seus desdobramentos e usos.

As doenças infecciosas de notificação compulsória têm sua forma de abordagem epidemiológica estruturada. Das bases técnicas que informam sobre as características específicas das doenças, o que inclui os

modos de transmissão, períodos de incubação e de transmissibilidade, produzidas nas pesquisas e na experiência de abordagem de um agravo, derivam as normas técnicas. Estas constituem um conjunto de procedimentos padronizados voltados ao estabelecimento do plano de abordagem do agravo, especificando ações e orientações para que as equipes aprofundem o conhecimento sobre um agravo de potencial endêmico ou epidêmico ou mesmo ocasional, mas de relevância pública, e atuem visando seu controle. A aplicação dessas normas a partir da notificação de um caso, confirmado ou suspeito, caracteriza grande parte do que se chama comumente de epidemiologia nos serviços e sua observância é atribuição da equipe de vigilância epidemiológica e controle de doenças.

No entanto o perfil de morbimortalidade da população agrega um amplo espectro de problemas que extrapolam o elenco das doenças infecciosas de notificação compulsória. A abordagem desses agravos vai se beneficiar da outra forma de atuação de grande potencial criativo da epidemiologia nos serviços de saúde que é a capacidade de produzir informações. Estas contribuem no conhecimento da realidade em que os serviços estão inseridos e orienta ações visando abordar problemas e promover a saúde da população. A partir da captação de dados e com a utilização de indicadores, técnicas e métodos a epidemiologia vai contribuir no diagnóstico, vigilância, monitoramento e avaliação de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, referentes a qualquer agravo. Neste uso a epidemiologia pode contribuir nos diversos níveis do sistema de saúde ou mesmo fora do setor para a abordagem de problemas e orientação de práticas.

Como forma de organização integral da ação nos serviços de saúde o enfoque de risco é a abordagem epidemiológica mais disseminada. Este deriva da constatação de que diferentes grupos populacionais apresentam riscos diferenciados de danos à saúde em decorrência de características/exposições individuais ou de circunstâncias sociais: os fatores de risco. O enfoque se estrutura a partir da consideração de que estes fatores estão presentes e podem ser identificados antes da ocorrência dos danos. César (1998) ressalta a ampla operacionalidade desse enfoque pela sua capacidade preditiva, com a possibilidade de controle ou eliminação dos fatores de risco e com a conseqüente redução da probabilidade de ocorrência dos agravos por meio da identificação dos grupos de maior risco e seu acompanhamento prioritário. O enfoque de risco alcançou grande destaque na organização dos serviços de saúde também pela sua capacidade de racionalizar recursos escassos. Inicialmente abarcando crianças e gestantes, acompanhou a mudança do

perfil epidemiológico ampliando sua utilização para outros problemas de saúde, com destaque para as doenças crônicas não transmissíveis tais como hipertensão arterial, diabetes e alguns tipos de câncer.

Muitas críticas sobre o enfoque de risco têm sido apresentadas. Rose (1985) questiona sua hegemonia como estratégia única de abordagem epidemiológica nos serviços de saúde, analisando dados sobre algumas doenças que têm recebido atenção predominante pelo enfoque, como a Síndrome de Down e o Infarto do Miocárdio. Nesta análise anuncia o paradoxo de que podem existir mais casos de uma doença entre pessoas de baixo risco do que nas de alto risco o que faz com que na incidência populacional da doença seja expressiva a contribuição daqueles casos. Assim, o êxito da estratégia de alto risco no grupo priorizado pode levar a pequena redução na incidência populacional. O autor pondera que a estratégia preventiva de alto risco de base individual é um recurso necessário para proteger susceptíveis, mas insuficiente como estratégia única, considerando que esta se aplica quando são desconhecidas e incontroláveis as causas da incidência dos agravos. Se as causas são conhecidas, a priorização do enfoque populacional dos problemas de saúde busca modificar o perfil de risco de toda a população produzindo maior impacto coletivo, sobretudo por meio da promoção da saúde.

Apesar de os fatores sociais de risco constarem da proposta original, na prática o enfoque valorizou os riscos individuais na abordagem, mais coerente com as metodologias epidemiológicas utilizadas no seu estabelecimento, o que contribuiu para uma visão restrita da sua aplicação incluindo a responsabilização do indivíduo pelo seu estado de saúde. Castellanos (1987) ampliou a discussão afirmando a necessidade de passar de uma epidemiologia do "quê" (agravo no indivíduo) para uma epidemiologia do "quem" (perfis epidemiológicos de grupos sociais). Identificando a epidemiologia do enfoque de risco com a tendência em estimular serviços de saúde pública verticais, específicos e especializados, desarticulados com as outras áreas da saúde pública e distanciados da participação popular, ponderou que o enfoque de risco traria pouca contribuição para desenvolver serviços permanentes de saúde para a população geral e a promoção da equidade em saúde.

O projeto de construção dos "Sistemas nacionais de vigilância da situação de saúde segundo condições de vida e do impacto das ações de saúde e bem-estar" (Castellanos, 1991) teve ampla divulgação no País durante os anos de estruturação do SUS e influenciou diversas experiências de formulação teórica e de práticas em serviços apoiadas no planejamento estratégico. Nesse contexto a discussão sobre equi-

dade tornou-se prioridade e a epidemiologia deslocou-se de um predomínio das técnicas de determinação de risco de indivíduos e prioridade na abordagem das doenças de notificação compulsória para uma busca do estabelecimento da situação de saúde das populações vivendo em piores condições de vida, incorporando na discussão das prioridades outros agravos e determinantes.

Uma outra vertente problematizadora do enfoque de risco nasceu do questionamento do uso do conceito de grupo de risco para aids e a inadequação do estabelecimento do risco por meio do agrupamento de pessoas segundo características individuais ou coletivas tomadas genericamente tal como considerar opção sexual, drogadição ou mesmo condições sociais, desconsiderando práticas seguras com relação à transmissão adotadas por estes grupos ou indivíduos. Este questionamento permitiu aprofundar a abordagem das situações de risco e construir o conceito de vulnerabilidade. Este tem como objetivo "propiciar uma avaliação realista das chances que todo indivíduo tem de se infectar, seja heterossexual, homossexual, negro, branco, etc., sem considerar nenhum aspecto isoladamente, mas ao contrário, procurando analisar a situação formada pelo conjunto de aspectos na situação particular de cada indivíduo ou comunidade" (Ayres, 1996). As experiências de operacionalização deste conceito têm indicado caminhos para a abordagem de diversos agravos e situações na prática cotidiana dos serviços de saúde com extenso campo potencial de aplicação ainda pouco explorado.

Com diferentes inserções nos serviços de saúde as bases epidemiológicas têm sido utilizadas contribuindo em diversos processos de trabalho, formas de organização de ações, estabelecimento de prioridades na gestão e na política de saúde e contribuindo na ampliação do uso da epidemiologia como tecnologia essencial na condução das ações nos serviços de saúde. Uma visão do elenco de instrumentos e formas específicas de sua utilização pode ampliar a compreensão da epidemiologia nos espaços institucionais e dar suporte para a sua incorporação no cotidiano de equipes e serviços.

INSTRUMENTOS E MODOS DE FAZER EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Informações e sistemas de informação de uso epidemiológico

A informação é elemento-chave para o uso da epidemiologia. Uma forma de sistematização do processo de trabalho de produção da in-

formação considera o dado como a matéria-prima e a informação como o produto. O trabalhador (profissional de saúde), com um projeto em mente (objetivo), vai manipular (organizar, tabular, analisar) a matéria-prima (dados) utilizando ferramentas (conceitos, indicadores, técnicas e métodos) de um certo modo (modelo de organização do processo) para obtenção do produto (informação). Moraes (1994) trouxe contribuições importantes para o entendimento do seu uso nos serviços de saúde ao diferenciar dado de informação pelo referencial explicativo ausente no primeiro e contido na última. Entendendo informação como uma representação da realidade a autora contribui para a compreensão e potencializa seu uso ao esclarecer que no percurso entre o dado e a informação existe sempre um sujeito, individual ou coletivo, que dá sentido ao dado, transformando-o em informação, neste ato.

Este sujeito procura a informação, pois tem um objetivo que pode ser conhecer uma situação, observar novos aspectos da situação conhecida, acompanhar o andamento de um projeto, vigiar a ocorrência de um agravo, avaliar o impacto de uma ação, enfim, este sujeito olha para o dado orientado por uma intenção. Ele procura respostas para suas perguntas prévias, mesmo quando não explicitadas. Dessa forma, nos serviços de saúde são profissionais de saúde e usuários que dão sentido à informação. A informação é representação de uma realidade para eles. Assim, um coeficiente de mortalidade infantil pode ser tomado como um dado ou uma informação. Será informação se inserido no referencial explicativo de um projeto ou de um processo de trabalho voltado a transformar aquela situação. Se uma equipe atua para reduzir a mortalidade infantil, o acompanhamento do coeficiente vai indicar se a atuação está produzindo o resultado esperado. Portanto, o coeficiente de mortalidade infantil torna-se informação para os sujeitos envolvidos naquela ação.

O indicador é um operador dos métodos que faz a mediação do percurso. Ele pode fornecer uma visão geral, sintética, ou especificar certos aspectos de uma situação observada. Ele indica uma direção para o olhar. Podemos acompanhar o andamento geral de um projeto pelo impacto no coeficiente de mortalidade infantil ou especificar o olhar para as mortes por problemas infecciosos decorrentes da manipulação intensiva dos prematuros. Portanto a escolha de um indicador é etapa essencial da relação entre o problema abordado e o significado da informação produzida podendo ter maior ou menor adequação aos objetivos perseguidos.

Apesar da relevância que as informações quantitativas têm para a epidemiologia é importante destacar que não estamos nos referindo

apenas a estas, quando discutimos informação epidemiológica nos serviços de saúde. Mota & Carvalho (2003) ressaltam que "a informação necessária nem sempre resulta da quantificação de eventos. Informações de natureza qualitativa que incluem registros ou relatos diversos sobre os eventos e condições relacionadas, opiniões e expressões de percepções são igualmente importantes para compor o quadro de conhecimentos" necessários à condução de ações e tomada de decisão nos serviços de saúde.

Os sistemas de informação são mecanismos de coleta, processamento, análise e divulgação de dados e informações. São vários os sistemas de informação disponíveis no SUS que fornecem dados para a análise epidemiológica. Alguns são de base populacional, ou seja, se propõem a contemplar todos os eventos daquela natureza existentes na população, como os de mortalidade (Sistema de Informações de Mortalidade — SIM), nascidos vivos (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos — Sinasc) e agravos notificáveis (Sistema de Informações de Agravos sob Notificação — Sinan). Ainda compõem grandes bases de dados nacionais que podem ser utilizadas na produção de informações de interesse epidemiológico os sistemas de registro das internações hospitalares no SUS (Sistema de Informações Hospitalares — SIIH-SUS) e procedimentos ambulatoriais (Sistema de Informações Ambulatoriais — SIA-SUS e seu subsistema de registro de autorização de procedimentos de alta complexidade — Apac).

Outros sistemas, alguns com menor cobertura nacional abordam grupos de agravos e situações específicas como as internações hospitalares independente de vínculo com o SUS (Comunicação de Internação Hospitalar — CIIH), imunizações (Sistema de Informações de Avaliação do Programa de Imunizações — API), vigilância e controle do mosquito transmissor da dengue e febre amarela (Sistema de Informação das Atividades de Vigilância e Controle de *Aedes aegypti* — Sisaedes), agravos nutricionais (Sistema de Informações e Vigilância de Agravos Nutricionais — Sisvan), cadastro de gestantes e acompanhamento do pré-natal (Sistema de Informações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento — Sisprenatal), cadastro e acompanhamento da atenção no Programa de Saúde da Família — PSF (Sistema de Informações da Atenção Básica — Siab), câncer da mulher (Sistema de Informações do Câncer da Mulher — Siscam), hipertensão arterial e diabetes (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos — Hiperdia) e câncer (Registro de Câncer de Base Populacional — RCBP).

Os sistemas de informações da saúde estão passando por muitas transformações acompanhando a implantação do SUS, o desenvolvimento de tecnologias de informação e informática e a ampliação do uso da epidemiologia nos serviços de saúde. Muitos desses sistemas foram criados num contexto coerente com uma concepção de sistema de saúde cuja responsabilidade pela condução da política cabia aos níveis centrais e a descentralização era incipiente. Dessa forma a agilidade de processamento era definida por estas necessidades, o que tornava os sistemas de faturamento e controle financeiro aqueles com maior urgência de consolidação. As lógicas administrativa e demográfica predominavam na construção e processamento dos sistemas epidemiológicos considerados adequados ao fornecer informações, muitas vezes tardias, para grandes abrangências territoriais.

Com as mudanças na política de saúde e em decorrência na de informações os sistemas passaram a ser gerenciados e utilizados pelos serviços geradores dos dados, em especial nos municípios e suas unidades de saúde. Como consequência, o enfoque epidemiológico e descentralizado passou a ser contemplado no processamento e utilização das informações. Por este enfoque a ficha de coleta do dado torna-se um caso epidemiológico devendo estar disponível rapidamente para as investigações e intervenções pertinentes das equipes de saúde. A avaliação da qualidade e cobertura dos dados também se beneficiou destas mudanças podendo ser verificada oportunamente bem como o desencadeamento das ações de aprimoramento. Da mesma forma o acompanhamento de eventos tornou-se oportuno passando a contemplar necessidades dos níveis descentralizados do sistema de saúde para ação imediata.

No entanto a ampliação na oferta de sistemas específicos para muitos agravos e situações gerou fragmentação com desarticulação e duplicação de coleta de dados trazendo dificuldades para o seu processamento e uso. O diagnóstico deste problema é consensual e a construção de um sistema integrado com o registro único de usuários, profissionais de saúde e serviços é a proposta para reduzir esta fragmentação. Pela proposta estes encontros usuário-profissionais-serviço seriam mediados pelo registro de atos de saúde (procedimentos realizados) e motivo/diagnóstico de procura. Experiências de elaboração deste sistema integrado estão em andamento, mas carecem de articular avanços tecnológicos de informática, necessidades da construção dos cadastros e listas de apoio atualizadas, e registro de eventos dinâmicos tais como os fluxos de usuários no sistema, com as condições precárias de infra-

estrutura e capacitação para operá-los nos diversos níveis do SUI. O sucesso da proposta poderia conduzir à extinção de muitos dos múltiplos sistemas existentes.

Quanto à disseminação de informações, além da ampliação da elaboração de relatórios e boletins pelos serviços de saúde com dados epidemiológicos, destacamos, com referência a grande parte destes sistemas, a política de disponibilização dos dados no *site* do Datasus onde é possível obter bases de dados e realizar tabulações *on line* por meio do aplicativo público Tabnet com abrangência territorial do país até os municípios. Alguns estados e municípios, em coerência com esta política, estão disponibilizando mais rapidamente suas bases de dados, e os municípios acrescentam a possibilidade de obtenção de dados para suas subdivisões territoriais.¹

Estes sistemas de informação de rotina cobrem um amplo espectro de agravos, no entanto, mantêm lacunas importantes na capacidade de produzir conhecimento permanente e descentralizado sobre a saúde da população e alguns dos seus problemas mais relevantes. Muitos municípios organizam sistemas de informações específicos para contemplar algumas destas omissões como aqueles para registro da violência, acidentes de trabalho e trânsito, entre outros. Entre as lacunas destacamos a prevalência populacional de fatores de risco e agravos crônicos não transmissíveis como diabetes, hipertensão arterial e doenças mentais. A realização de inquéritos de base populacional tem sido a única fonte para suprir esta carência. Estes têm fornecido informações importantes sobre morbidade, exposição aos fatores de risco e uso de serviços. A realização periódica destes inquéritos vai permitir o monitoramento de tendências e avaliação do impacto das políticas adotadas. Ressaltamos que os inquéritos nacionais que têm sido realizados não têm representatividade para análises nos níveis descentralizados do sistema, como os municípios e suas áreas de atuação.

Dados originados em outros setores, também essenciais à atuação dos serviços de saúde, têm sido utilizados segundo os fluxos e prazos definidos pelas instituições produtoras. Dentre estes destacamos os dados demográficos de onde se obtêm as populações de áreas de atuação. Esses dados vêm de contagens e estimativas populacionais e em geral são subdivididos por sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda e condições de saneamento básico. A divulgação dessas informações tem

¹ Em anexo encontra-se a lista de instituições do SUI nos diversos níveis que possuem bases de dados disponíveis para tabulação *on-line*, segundo o Datasus

sido tardia e, com exceção dos anos censitários, freqüentemente não contemplam áreas de atuação descentralizadas. Além disso, existem diferenças e contradições nas estimativas fornecidas segundo o método utilizado pela instituição produtora.

Metodologias, técnicas e indicadores aplicados aos serviços de saúde

Retomando o esquema proposto no início do tópico anterior, os conceitos, métodos e técnicas são tomados como ferramentas auxiliares que vão contribuir na produção do conhecimento transformando dados em informações para uso no serviço de saúde. A epidemiologia oferece uma grande quantidade destas ferramentas, porém vamos nos concentrar na discussão breve das mais utilizadas nos serviços ou que poderiam ser utilizados sem necessidade da aquisição de conhecimentos especializados da disciplina, referentes à produção e análise de informações e obtenção de dados. A metodologia epidemiológica é tradicionalmente dividida em descritiva e analítica. Na prática dos serviços de saúde a epidemiologia descritiva é um instrumento de grande valor para produzir conhecimento e orientar intervenções. A distribuição de eventos e situações no espaço, no tempo e segundo características individuais ou de grupos sociais fornece a base para produção de informações epidemiológicas nos serviços de saúde.

Nessas descrições são utilizados diversos indicadores. Os manuais de epidemiologia discutem e apresentam seus tipos (taxas, coeficientes, proporções, razões e alguns especiais de elaboração mais complexa), usos, forma de cálculo, limitações e exemplos da sua aplicação. Entre estes se destacam os coeficientes de mortalidade e a mortalidade proporcional por causas, sexo e idade, os coeficientes de mortalidade infantil e seus componentes, a razão de mortalidade materna, os coeficientes gerais de mortalidade, natalidade e fecundidade, os coeficientes de incidência, prevalência e letalidade, a esperança de vida ao nascer e os anos potenciais de vida perdidos. Muitos são tomados como parâmetros internacionais e utilizados na descrição das condições de saúde no coletivo, nas comparações entre populações diversas, nas análises de tendências e o seu uso no serviço contribui na produção do conhecimento sobre diversos aspectos da situação de saúde da população e do acompanhamento das ações executadas.

Outros indicadores relevantes para análise de dados nos serviços de saúde sintetizam as comparações entre grupos populacionais tais

como o excesso de mortes e a razão de mortalidade excessiva, a razão padronizada de mortalidade e a razão ou diferença entre coeficientes populacionais. Todos são calculados tomando um grupo ou área como parâmetro e medindo a relação entre os grupos ou comparando a situação encontrada com uma esperada, o que pode contribuir no estabelecimento e acompanhamento de metas. As razões ou diferenças entre coeficientes populacionais de locais diversos são correlatos aos riscos relativo e atribuível, muito valorizados na metodologia epidemiológica de base individual, e têm grande poder analítico para uso nos serviços de saúde, em base coletiva.

No entanto é preciso estar atento aos problemas metodológicos do uso destes indicadores nos serviços de saúde, em especial nos níveis descentralizados. Podemos citar a inadequação do uso de indicadores como os coeficientes de mortalidade geral ou por doenças crônico-degenerativas para revelar e comparar a situação de populações com diferentes estruturas etárias. Esta estrutura vai, muitas vezes, expressar os coeficientes mais altos nas regiões onde os coeficientes específicos são menores, apontando erroneamente para áreas prioritárias com base na intensidade média da ocorrência do evento. Para solucionar este problema podemos utilizar técnicas de padronização de coeficientes, disponíveis nos manuais nos métodos direto e indireto.

Um outro problema metodológico para a utilização de muitos destes indicadores e técnicas em nível descentralizado, em especial nas localidades menores ou nas áreas de abrangência das unidades de saúde, decorre do pequeno número de eventos considerados nos cálculos e análises. Este problema produz instabilidade nos valores de indicadores tais como tendências aleatórias flutuantes ou achados anômalos extremos o que dificulta ou impossibilita a comparação entre locais diferentes ou o seu acompanhamento. Ganha relevância nestes níveis do sistema, assim como nas unidades de saúde as técnicas mais simples de estabilização de pequenos números como as médias obtidas pela soma de vários períodos de tempo ou o consolidado de áreas. No entanto estes problemas, que dificultam um diagnóstico adequado e a orientação para intervenções específicas, devem ser avaliados criticamente.

Nas unidades de saúde as análises utilizando números absolutos e proporções refletem a distribuição de eventos ocorridos, gerando informações muito relevantes e adequadas para o trabalho cotidiano. O uso criativo e crítico destes indicadores deve ser estimulado neste espaço. Como exemplo não devemos comparar números absolutos entre áreas com bases populacionais diferentes, mas para curtos intervalos

de tempo, acompanhar número de eventos num mesmo local onde não houve mudança de base populacional pode ser um recurso de análise muito útil. A concentração de números absolutos revelada na distribuição de eventos analisados neste nível do sistema poderá fornecer informações adequadas e imprescindíveis para a ação local e deverá ser investigada. A construção de "indicadores caseiros" (Fialho Jr., 2004) pode fornecer resposta para muitas necessidades das equipes.

Ressaltamos que quando falamos em epidemiologia descritiva não estamos conotando a descrição dos fenômenos destituída da sua interpretação (Barata, 1997). No entanto muitas vezes os relatórios produzidos nos serviços de saúde ficam restritos à apresentação de tabelas indicando que a capacitação para análise de dados é uma das maiores necessidades nos serviços de saúde. A interpretação dos achados implica a inserção da análise num contexto de onde emergem as questões, na escolha adequada de aspectos do tema que sejam relevantes para serem considerados, na definição de indicadores, medidas e unidades adequados para revelar as facetas procuradas dos problemas, na escolha e obtenção dos dados que permitirão a geração dos indicadores, na seleção da técnica mais adequada para a análise quantitativa ou qualitativa, na opção pela forma de apresentação de dados e informações em tabelas, gráficos e mapas. Enfim, são diversos os aspectos a considerar para a realização da análise de dados e a produção das informações relevantes à ação nos serviços de saúde.

Entre as técnicas disponíveis para análise epidemiológica quantitativa nos serviços de saúde a estatística descritiva é essencial. As noções básicas de estatística, a apresentação tabular e gráfica e as medidas de tendência central e dispersão estão entre os conteúdos mais apropriados para fornecer informações relevantes na descrição de eventos, contribuindo para a análise dos problemas considerados. O uso das técnicas mais simples para cálculo do tamanho e seleção de amostras e conteúdos como correlação, regressão, distribuições de probabilidades, cálculo de intervalos de confiança e χ -quadrado com suas respectivas interpretações pode ampliar muito estas capacidades. Tópicos mais avançados de estatística analítica têm uso eventual nos serviços de saúde. O conhecimento das técnicas demográficas mais simples para obtenção de estimativas populacionais é aquisição importante para o trabalho cotidiano nos serviços.

Entre as análises temporais utilizadas no serviço de saúde que consideram diferentes padrões de distribuição, como as variações cíclicas, sazonais e tendência, destacamos a construção dos diagramas de con-

trole, utilizados na vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. Estes gráficos são construídos tomando como base uma série histórica mensal de dados de um agravo e contém as faixas de valores esperados (limiar endêmico) para o número de casos. Estas faixas são definidas em geral utilizando medidas de tendência central ou dispersão. A ocorrência de eventos em número superior aos limites necessita ser verificada rapidamente e pode indicar o início de uma epidemia ou alguma variação inesperada que deve ser investigada. Esta técnica de controle estatístico de processos, que tem tido um grande desenvolvimento fora do setor saúde, pode ser mais utilizada para o acompanhamento de outros eventos e situações no serviço indicando sinais de atenção para desencadear ações. Análises de séries temporais mais complexas exigem conhecimentos mais especializados e o uso de aplicativos de informática mais robustos.

A apresentação de dados em mapas facilita a análise dos fenômenos de saúde e a comunicação. Algumas formas simples e muito úteis do seu uso nos serviços contemplam a localização de pontos (eventos) e os mapas temáticos (áreas identificadas com cores diferentes segundo diferentes faixas de valores). A concentração de eventos em mapas foi ponto de partida de muitas investigações e intervenções que acompanharam a história da epidemiologia. A confecção de mapas temáticos pode ser realizada por meio de tecnologias públicas de informática disponíveis tais como o Epimap e o Tabwin que identificam as áreas segundo o conteúdo de variáveis das bases de dados existentes. Na perspectiva da análise espacial esses mapas podem ser considerados componentes de uma etapa descritiva e simplificada do sistema de informação geográfica (SIG). Esses são mais complexos e não se restringem a mapas temáticos ou digitalizados, ou ainda à sobreposição de camadas com diferentes informações, como se fossem transparências sobrepostas. Os SIG utilizam a sobreposição para produzir informações novas ou analisar espacialmente a dinâmica do fenômeno, por meio das técnicas de análise espacial. Para essas análises são necessários conhecimentos especializados além de aplicativos de informática e bases cartográficas digitalizadas de custo elevado.

Os aplicativos de informática são instrumentos auxiliares que contribuem para o uso da epidemiologia nos serviços de saúde. Para as análises mais complexas é preciso lançar mão de aplicativos mais robustos, com menor disponibilidade. No entanto para as análises mais simples, largamente utilizadas nos serviços de saúde, o EPI-Info e o Tabwin, ambos de domínio público, estão entre os mais adequados.

No EPI-Info destacamos suas capacidades para criação e preenchimento de questionários e análise de bases de dados compostas de casos, sendo simples o seu uso para explorar características destes casos, sua distribuição espacial e temporal e sua apresentação em tabelas e gráficos. Estatísticas descritivas e analíticas são realizadas pelo aplicativo sem nenhuma dificuldade para o usuário, senão a de interpretá-las.

Na perspectiva da produção de informações em níveis agregados, o Tabwin apresenta maiores facilidades de operação e mais recursos analíticos. O aplicativo é um tabulador que permite aprimoramentos e análises da tabela produzida, além de elaborar gráficos e mapas. Nas suas versões mais recentes o Tabwin incorporou interface com aplicativo de análise estatística mais robusta (R) que opera sobre as tabulações realizadas, e incluiu técnicas para operação de bases de dados relacionais, análise de mapas de fluxo, cálculo de média móvel em séries temporais, entre outras inovações. A operação do aplicativo é simples e os arquivos necessários para tabular as bases de dados do SUS são disponibilizadas para todo o País no *site* do Datasus.

Com relação à obtenção de dados não registrados rotineiramente nos serviços de saúde podem ser utilizadas diversas metodologias. Os inquéritos estão entre as mais valorizadas. Grandes inquéritos domiciliares são de elaboração complexa e em geral são realizados em parcerias com as universidades. No entanto inquéritos rápidos podem ser realizados pelos serviços para levantar aspectos pontuais, utilizando instrumentos de coleta simplificados em entrevistas domiciliares ou aproveitando momentos de grande afluxo da população ao serviço, como nas campanhas vacinais, para obter dados sobre alguma questão específica. A estimativa rápida é outra forma para obtenção de informações que consiste num levantamento realizado em curto período de tempo e sem grandes gastos. A técnica utiliza como fontes principais de dados, além dos registros existentes, as entrevistas com informantes-chave por meio de questionários curtos e observação de campo (Acúrcio et al., 1998). Outras formas para obtenção de informações que pode ser aplicada nos serviços de saúde são as técnicas de consenso que buscam levantar problemas por meio da discussão de grupos participantes compostos por leigos e/ou especialistas (Dever, 1988).

Outra forma de obtenção de informações muito utilizada e relevante nos níveis descentralizados e unidades de saúde consiste na investigação de casos epidemiológicos. Estes procedimentos essenciais na abordagem das doenças de notificação compulsória orientam o estabelecimento do diagnóstico e o desencadeamento de ações de con-

trole. O foco é a agilidade e precisão na identificação do problema com conseqüente controle oportuno e adequado. No entanto, a metodologia de investigações pode ter sua utilização ampliada com outros focos nos serviços de saúde. Metodologias como os eventos sentinela ou as condições marcadoras podem ser bons instrumentos de trabalho nos níveis descentralizados.

Os eventos-sentinela são doenças, incapacidades e mortes evitáveis ou inaceitáveis. São os que não deveriam ocorrer e para os quais a existência de um único caso deveria desencadear uma investigação para responder por que aquilo teria acontecido (Rutstein, 1976). As condições marcadoras são aquelas cuja abordagem está bem estabelecida em protocolos de condutas e a avaliação dos casos vai dizer se esta foi corretamente seguida (Penna, 1997). Essas metodologias foram propostas como instrumento de avaliação da qualidade das ações de saúde. A intervenção desencadeada por um caso pode gerar impactos que se ampliam para todos os casos semelhantes, portanto ampliando a ação específica para uma extensão no coletivo. A investigação rápida pode gerar as condições necessárias para a mudança. Diversos projetos têm sido estruturados em serviços de saúde visando captar situações para análise e intervenção.

Atividades com uso da epidemiologia nos serviços de saúde

Epidemiologia no diagnóstico

O diagnóstico de saúde, do ponto de vista epidemiológico, consiste na descrição dos problemas de saúde existentes numa localidade e na explicação da sua determinação na situação analisada. Assim como na clínica o diagnóstico é uma síntese do levantamento de sinais e sintomas que vai orientar o plano terapêutico específico do indivíduo, o diagnóstico coletivo de saúde nos serviços tem como objetivo selecionar e fornecer conhecimento para ampliar a capacidade de atuar sobre os problemas existentes orientando a decisão sobre quais as ações são mais efetivas para a abordagem (Vaughan & Morrow, 1992). A epidemiologia, ao informar sobre a distribuição e determinantes dos agravos nas populações, traz elementos importantes para o diagnóstico de saúde.

A apresentação de informações de mortalidade e morbidade predomina na elaboração do perfil ou quadro epidemiológico de uma localidade. Estas são apresentadas segundo diferentes tipos de indicadores que podem ressaltar diversos aspectos do problema analisado.

As informações de mortalidade são processadas em um sistema de codificação padronizada segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde que facilita a comparação entre locais e situações diversas. A mortalidade reflete desde a condição geral de vida e saúde da população até as condições específicas que contribuíram para uma morte. As causas de morte são múltiplas e podem contribuir na produção de informações sobre diferentes aspectos tais como a qualidade dos serviços de saúde nos atendimentos de emergência e rotina, sobre o ambiente num sentido amplo considerando condições da poluição atmosférica, saneamento básico ou trânsito, sobre condições de vida e saúde em áreas e situações de riscos fatais diversos, sobre a dinâmica de produção da violência, enfim, de muitos aspectos do cotidiano de uma localidade ou de um serviço.

As informações de morbidade provêm de múltiplas fontes e seu uso no diagnóstico necessita de conhecimento dos sistemas e formas da sua obtenção para que possam ser analisadas. Para o diagnóstico de saúde as mais usadas nos serviços de saúde são as fornecidas por sistemas universais que registram eventos na população geral como as doenças de notificação compulsória e os nascimentos. As informações sobre os recém-nascidos contribuem para o conhecimento das condições da saúde materno-infantil por meio de dados da gestação, parto e pós-parto imediato. As doenças de notificação compulsória são prioritárias nos serviços de saúde e suas muitas bases de dados permitem explorar aspectos referentes ao agravo considerado como sua incidência, entre outros mais operacionais como a identificação dos locais de concentração de casos autóctones de uma doença e as proporções de cura e abandono do tratamento de agravos. Os inquéritos de saúde sobre morbidade referida ou comprovada também informam sobre o perfil epidemiológico da população e tratam de muitos aspectos inexistentes nos registros de rotina como a prevalência de agravos crônicos e dos fatores de risco. Diversos outros agravos tais como os cânceres, os decorrentes de agressões e acidentes no trânsito e no trabalho também podem ser utilizados nos diagnósticos, quando existirem informações disponíveis na localidade.

Informações de morbidade da demanda atendida podem ser obtidas sobre internações hospitalares além do registro dos agravos no atendimento ambulatorial nas unidades de saúde. Ressaltamos que, ao contrário dos sistemas universais, que se propõem a captar e processar todos os casos existentes e, portanto, são importantes para contribuir no diagnóstico das necessidades de saúde, os sistemas de registro da

demanda atendida tratam da população que utiliza as unidades. Para uma visão dos problemas de saúde da população geral estes sistemas são insuficientes por se referirem à parcela da população atendida, mas sua utilização com enfoque epidemiológico e gerencial pode ocorrer nas unidades e nos diversos níveis e áreas do sistema para complementação diagnóstica, vigilância, monitoramento ou avaliação. A apresentação de informações sobre agravos na demanda atendida nos diagnósticos de saúde permite um aprofundamento do conhecimento sobre o que se atende nos serviços de saúde. Por outro lado, a base populacional do diagnóstico epidemiológico ajuda a definir as necessidades não contempladas pelas ações e que podem ser fundamentais ao trabalho em saúde na abordagem de problemas (Dussault, 1995), informando sobre o que se deixa de fazer. Esta dupla perspectiva contribui na análise da adequação da oferta para as necessidades da população.

Além da descrição e análise de eventos os diagnósticos podem avançar com aprofundamentos conceituais e tratar de diversos temas relevantes para a orientação das intervenções em saúde. As desigualdades nas condições de vida, adoecimento e morte dos diferentes grupos sociais que habitam uma cidade ou as iniquidades no atendimento de um serviço podem ser reveladas por meio da distribuição dos casos segundo variáveis tais como ocupação, escolaridade, raça/cor ou local de moradia. Conceitos como os de morte ou adoecimento precoce, qualidade de vida e agravos evitáveis, podem enriquecer um diagnóstico de saúde. Outra possibilidade é considerar os custos ou recursos utilizados na atenção aos diferentes agravos contribuindo na análise da sua adequação. Dessa forma, os diagnósticos podem ganhar em poder para a definição de intervenções prioritárias e mesmo mobilizar equipes para a transformação das condições encontradas ou aspectos indesejados na política institucional e alimentar práticas de busca da equidade, da qualidade, da garantia do acesso, da necessidade de articulação de ações, ou o desenvolvimento de projetos para abordar situações problemáticas, entre outros aspectos.

Num sentido mais amplo, como etapa do processo de planejamento ou de construção de projetos, o diagnóstico coletivo de saúde engloba outros aspectos além do processo saúde-doença como os ecológicos, sociopolíticos, demográficos e dos recursos disponíveis (Pereira, 1995). Os modelos de planejamento de políticas, sistemas e serviços de saúde valorizam o diagnóstico como etapa essencial de conhecimento da realidade a ser trabalhada e trouxeram contribuições importantes que influenciaram e demarcaram formas de uso da epidemiologia

nos serviços de saúde. O método mais difundido do modelo de planejamento normativo nos serviços de saúde propôs o diagnóstico de saúde como etapa inicial para a alocação de recursos e os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade dos danos para definição de prioridades. Como a ênfase do modelo assenta na alocação de recursos econômicos, a epidemiologia, como uma das ferramentas do diagnóstico, utilizada numa perspectiva normativa e centralizada fornece elementos essenciais a estes macrodiagnósticos que são posteriormente submetidos a análises econômicas, de onde se estabelecem as prioridades.

O planejamento estratégico emergiu num contexto de repressão política conduzido pelas ditaduras militares da América Latina criticando a centralização e pretensa neutralidade técnica do planejamento normativo e valorizando a arena política. Nessa perspectiva a descrição e a explicação dos problemas passou a considerar interesses conflitantes dos atores em disputa contribuindo para a definição de estratégias para condução das ações. No método mais difundido na reforma sanitária brasileira, o Planejamento Estratégico Situacional, a epidemiologia incorporou papel de destaque com características diferentes do enfoque normativo. Os macrodiagnósticos foram criticados e o que passou a predominar foram análises de situação de saúde que valorizavam diagnósticos descentralizados como forma de captar determinantes do processo saúde-doença e as necessidades diferenciadas dos grupos sociais, em especial os residentes em diferentes áreas ou territórios de uma cidade. Nestas análises ganhou relevância, além das técnicas adequadas para revelar os problemas de saúde, as ações sociais necessárias para a redução das iniquidades em saúde ampliando a relevância da participação no processo de outras disciplinas do campo da saúde pública (Escrivão Junior, 1999).

O diagnóstico de saúde no modelo normativo encontra relativa facilidade de elaboração utilizando dados disponibilizados nos sistemas de informações do SUS. Estes diagnósticos fornecem uma visão panorâmica dos problemas, em geral não se especificam pelos agravos mais relevantes e utilizam indicadores genéricos fornecendo linhas gerais do quadro sanitário da população. Dessa forma refletem certo conservadorismo no modo de se ver, pensar e medir saúde (Capucci, 1999). Muitos desses diagnósticos não têm função de transformação da realidade sanitária problemática, restringindo-se a um inventário de dados centralizados, vagos, genéricos e insuficientes para permitir conhecer a realidade preservando como uma das suas principais funções o cumprimento de critérios formais de repasse de verbas, fazendo com que a existência do diagnóstico em si seja mais importante que seu conteúdo (Drumond, 2003).

Com as análises da situação de saúde foi atingida maior complexidade do diagnóstico com maior articulação com a necessidade de conhecimento de determinantes e ampliação do seu conteúdo para além do setor saúde. Nesse contexto e com o andamento do processo de descentralização do SUS e organização da epidemiologia nas instituições de saúde o uso dos diagnósticos descentralizados foi ampliado. Estes passaram a especificar o conhecimento trazendo o foco do olhar para uma realidade mais próxima do cotidiano das equipes e usuários. No entanto, apesar dos avanços nos sistemas de informações disponíveis persistem dificuldades para obtenção de informação para produzir este olhar focado. Essa dificuldade se amplia com a mera transposição de métodos do diagnóstico centralizado para o nível descentralizado sem uma revisão da adequação de indicadores. Como visto no tópico anterior, muitos indicadores podem apresentar problemas quando do seu uso no nível local ou institucional.

Um outro aspecto problemático referente aos diagnósticos de saúde, centralizados ou descentralizados, é o seu distanciamento da intervenção com a hipervalorização do estabelecimento do ponto de partida. As instituições tendem a valorizar os começos, com redefinição de problemas prioritários e de ações para abordá-los numa adaptação à contínua alternância de poder e da mudança do enfoque da política institucional. Porém estes diagnósticos tendem ao esgotamento após seu desencadeamento inicial. Definidos os problemas e aspectos prioritários, a questão passa a ser a intervenção para enfrentar a situação identificada. Muitos problemas são de vasto conhecimento das equipes e o que faz falta é saber o que fazer com eles, ou avaliar se o que tem sido feito tem produzido as respostas adequadas. Este é um problema que envolve principalmente a gestão das ações em andamento, pois para aprimorar as intervenções sobre o que é prioridade traduzida em ações estruturadas, nem sempre é essencial um diagnóstico, mas fazer funcionar. Para adequar o diagnóstico à intervenção é importante ressaltar na sua elaboração os aspectos relevantes que possam ser abordados naquele nível do sistema e construir formas de acompanhamento permanente da intervenção, em atividades de monitoramento e avaliação continuada.

Enquanto um diagnóstico nacional ou municipal pode ajudar a definir prioridades na política de saúde e dar base para a eleição de problemas que deveriam ser considerados, no nível local e institucional o diagnóstico pode ganhar em poder de intervenção específica apontando para ações mais pontuais e adequadas àquela realidade. Mas é

preciso considerar que a definição de prioridades sempre se dá no cruzamento de políticas, técnicas e recursos, e tem uma marca forte tanto da tradição, quanto das imposições normativas dos sistemas e instituições. A tomada de decisão ocorre na esfera política que tem suas próprias determinações, e a epidemiologia é um instrumento auxiliar, nessa perspectiva. A decisão sofre outras influências nas quais o papel da epidemiologia pode ser nulo, de pequena relevância ou, ao contrário, bastante valorizado (Pereira, 1995). Uma epidemiologia não genérica e criativa pode dar substancial contribuição, em parceria com outras áreas, seja valorizando objetos de relevância, avaliando políticas voltadas às prioridades assumidas ou mesmo contribuindo para avaliar tecnologias e custos. Nesse sentido, mais do que como definidora de prioridades, a epidemiologia pode ser muito útil como instrumento de avaliação da abordagem das prioridades assumidas. Estabelecidas as prioridades e intenções e desenvolvidas as ações, é preciso avaliar as respostas, e a epidemiologia pode contribuir para fornecer a informação para algumas delas.

A capacidade de a epidemiologia interferir na decisão pode ser ampliada pela adequação dos aspectos diagnósticos que aborda, pela utilização de métodos que contribuam para potencializar a tomada de decisões, pela criatividade de revelar facetas novas e relevantes da realidade, ou pela aproximação com os núcleos de decisão. Várias são as possibilidades de ampliar sua participação na escolha das intervenções nos serviços de saúde. E esta é tanto maior quando estruturada na perspectiva da continuidade de projetos e não em pontos de partida para grandes propostas de planejamento. A construção de sistemas de informações ágeis e o uso de indicadores adequados podem promover a aproximação espacial e temporal dos diagnósticos com a intervenção. Diagnósticos imediatos e/ou permanentes voltados à necessidade de maior conhecimento de problemas específicos podem ser utilizados de forma mais intensa. Bases de dados disponíveis, qualificadas e descentralizadas nos diversos sistemas podem ser acessadas segundo a demanda por ação e fornecer informações relevantes integrados em projetos de intervenção cotidiana.

Epidemiologia na vigilância e monitoramento

Com relação a vigilância epidemiológica, a área de atuação mais tradicional da epidemiologia nos serviços de saúde no Brasil, e que é tratada em outro capítulo deste livro, discutimos, na perspectiva aqui

desenvolvida a sua articulação no serviço ou sistema de saúde como um todo em especial suas interfaces com a gestão. Waldman (1998) discute as semelhanças e diferenças entre vigilância e monitoramento: a vigilância por definição acompanha o comportamento específico de eventos adversos à saúde da comunidade, sendo um instrumento exclusivo da saúde pública, enquanto o monitoramento trabalha especificamente com indicadores e estes podem referir-se a outras áreas que não a da saúde pública. A vigilância acompanha e produz informações para aprimorar e desencadear o controle das doenças e atua mediante critérios explícitos e validados de avaliação de desempenho, expressos nas bases e normas técnicas.

O monitoramento, por seu lado, talvez seja o principal instrumento para identificação de prioridades para políticas no setor saúde, contribuindo no conhecimento e acompanhamento dos problemas de saúde existentes em uma localidade. A principal semelhança entre vigilância e monitoramento é o fato de constituir atividade contínua, composta de três componentes: coleta de dados, análise regular destes dados e ampla e periódica disseminação dos dados a todos que dele necessitam (Waldman, 1998). O monitoramento com o recurso ao conhecimento epidemiológico pode informar sobre o andamento de ações de saúde priorizados num serviço ou num certo espaço e que serão abordados pela atuação principal de outras áreas do sistema de saúde, como na gestão da assistência, ou na avaliação de uma política de promoção da saúde ou prevenção de problemas, portanto articula-se com as atividades do diagnóstico permanente e da avaliação.

Quanto à vigilância das doenças de notificação compulsória, uma discussão recorrente nos serviços de saúde é a ampliação do espectro da sua abordagem com a inclusão na lista de condições sujeitas à vigilância epidemiológica de agravos que não tem suas bases técnicas estabelecidas ou propostas de intervenção específica. Apesar de considerar que esta ampliação contribui para maior integralidade das ofertas e amplia o escopo de intervenções sobre responsabilidade de um serviço de saúde, considera-se que existe um conjunto de condições ou problemas de saúde cuja abordagem necessita de ações imediatas e especializadas específicas da epidemiologia que não podem ser negligenciadas. O mesmo ocorre com as ações de vigilância sanitária, ou sobre determinantes de riscos de agravos.

Barata (1993) sistematiza as posições produzidas sobre o conceito de vigilância no processo de revisão crítica do sistema de vigilância epidemiológica que acompanhou a implantação do SUS. A primeira dilui-

ria as atividades da vigilância epidemiológica no conceito de vigilância à saúde que amplia as responsabilidades dos serviços de saúde abarcando também as condições de vida e os determinantes ambientais do processo saúde-doença. A segunda, "embora assumindo a necessidade de ampliação do raio de ação dos sistemas de vigilância epidemiológica, busca preservar certas características específicas deste conjunto de atividades", diversificando os objetos-problema, sem descaracterizar um certo processo de trabalho que a distingue de outras práticas nos serviços de saúde, afirmando que "a negação das especificidades e especialização na realização de atividades não garante, por si só, nem o atendimento das necessidades de saúde, nem a qualidade destes serviços".

Consideramos que a integração das práticas é essencial assim como a ampliação do escopo de problemas e aspectos que os serviços de saúde devem abordar, mas a especificidade deve ser preservada, evitando-se indiferenciação que desconsidere a necessidade social de dar respostas competentes aos problemas de saúde pública. Com o alto grau de estruturação das bases e normas técnicas destas doenças, considera-se que a prioridade é que a vigilância e o controle de agravos estejam capacitados para sua atuação eficaz e neste caso resta fazer funcionar. Isto remete para a estruturação de equipes, a descentralização das ações, seu gerenciamento adequado e a busca de aprimoramento constante. No entanto, quando o agravo depende da atuação articulada de áreas diversas do serviço de saúde ou mesmo fora do setor, como ocorre com a dengue e a aids, ocorrem dificuldades de diálogo e nas contradições de forma de trabalhar de equipes diversas. A tradição de práticas isoladas das diferentes áreas e equipes nos serviços de saúde torna-se a cada dia mais insuficiente na abordagem de problemas complexos. Neste caso mais do que a capacitação especializada em epidemiologia do agravo para as equipes de saúde responsáveis, é preciso incorporar conteúdos das práticas das diferentes áreas de fronteira na formação dos profissionais de saúde, na direção da interdisciplinaridade e da intersectorialidade, buscando superar a fragmentação que tem sido dominante na estruturação destas equipes em serviços de saúde.

Os novos agravos incorporados à vigilância, como as mortes maternas e infantis, os recém-nascidos de risco, as doenças crônicas não transmissíveis, as agressões, acidentes de trânsito e de trabalho reforçam esta característica de necessidade de articulação interdisciplinar e intersectorial na abordagem. Estes têm trazido uma oportunidade única de questionar um sistema fragmentado ao ampliar o alcance da ação de saúde pública, em especial para a clínica e para a promoção da saúde.

Todos são agravos em áreas de fronteira e que têm exigido que os serviços se articulem para abordá-los. Dessa forma estes têm ampliado a visão de investigação para além da confirmação do caso e desencadeamento de ações de controle, incorporando a avaliação de ações, têm indicado que as intervenções não podem ser exclusivas de uma equipe fechada, mas necessitam de projetos mais amplos que buscam amarrar áreas tradicionalmente separadas no serviço de saúde; e ainda que o monitoramento é complemento essencial para acompanhamento de agravos e suas características na prática dos serviços de saúde. Enfim, têm apontado para uma nova forma de organização e atuação dos serviços de saúde, mais integral.

Epidemiologia na avaliação

A avaliação apresentou grande expansão no final do século XX configurando grande diversidade conceitual e terminológica, pluralidade metodológica e multiplicidade de questões consideradas como objeto da sua ação (Vieira da Silva, 2005). César & Tanaka (1996) advertem sobre o grau de subjetividade inerente na avaliação, que é sempre baseada num juízo de valor e este depende da visão de mundo de quem a executa. Dessa forma, não existiria uma abordagem correta ou uma metodologia ideal para realizá-la e sim uma composição de métodos e instrumentos organizados de forma que se atinja o objetivo de emitir um juízo de valor em relação ao objeto ou ao sujeito social avaliado.

Nos serviços de saúde o uso da avaliação é ainda incipiente em especial se considerada sua contribuição na mudança das práticas. Em parte, isto se deve ao entendimento de que a avaliação deve ser realizada por especialistas e envolve grande complexidade para elaboração. Tanaka & Melo (2001) buscam desmitificar esta idéia considerando que a avaliação deve ser uma aplicação destinada à tomada de decisão e ser realizada por todos os envolvidos no planejamento e na execução dos projetos. Nessa concepção a avaliação contribui para "consolidar entendimentos, apoiar necessárias atuações e ampliar o comprometimento e o aperfeiçoamento de indivíduos, grupos, programas, instituições e sistemas, enquanto permite a formulação de juízos e recomendações que geram ações, políticas, conhecimento e transformações" (Penna Firme, 2003).

Vieira da Silva (2005) considera que a avaliação "pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualida-

de técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito". A classificação da avaliação nas abordagens de estrutura, processo e resultado é muito utilizada. A estrutura trata dos recursos existentes para operar as ações. A avaliação de processo é centrada nas atividades desenvolvidas na interação profissionais-usuários e a de resultado nos efeitos alcançados no produto das ações incluindo o estado de saúde de indivíduos e população. Também são clássicas as medidas de eficácia, efetividade e eficiência utilizadas nos processos de avaliação. Eficácia relacionando objetivos alcançados entre os pretendidos em situações ideais (tais como nos estudos controlados de avaliação de eficácia de vacinas), efetividade medindo o alcance em situações reais (eficácia de uma vacina numa dada população concreta que decorre de todo o processo envolvendo da disponibilidade à imunização produzida pela vacina, considerando transporte, armazenamento, divulgação, cumprimento do calendário, entre outros aspectos). A medida da eficiência busca relacionar objetivos alcançados com os recursos utilizados, em especial seus custos. Dessa forma um mesmo resultado alcançado utilizando menos recursos ou recursos menos dispendiosos seria mais eficiente.

Nos serviços de saúde a avaliação normativa é a mais utilizada. Esta consiste no julgamento de uma intervenção comparando recursos utilizados, serviços ou bens produzidos e resultados obtidos com critérios e normas (Contandriopoulos et al., 1997). Estes parâmetros para comparação são derivados de pesquisas avaliativas ou no julgamento de especialistas na área. Esta é a forma de avaliação que se preconiza explicitamente no SUS, atribuição das áreas de Controle e Avaliação que, no entanto, têm restringido sua atuação ao controle dos prestadores de serviço com enfoque financeiro, sem utilizar a avaliação como um julgamento voltado ao planejamento com redefinição de ações ou mesmo ao seu componente educativo e preventivo de aprimoramento do sistema às necessidades da população. Hartz (1999) adverte que é preciso não confundir avaliação com o monitoramento de informações dos sistemas rotineiros. O que requer um certo grau de institucionalização da avaliação envolvida com a formulação das perguntas que orientam as análises e os possíveis sentidos a serem atribuídos aos achados empíricos.

A epidemiologia pode contribuir na avaliação por meio da disponibilização de dados e informações, do uso de indicadores, técnicas, métodos e das atividades, em especial do diagnóstico e monitoramento. Pereira (1995) discute o uso da epidemiologia na pesquisa avaliativa

fazendo um paralelo entre a relação causa e efeito considerada no método epidemiológico e a relação estrutura-processo e resultados da avaliação afirmando das possibilidades de uso do método epidemiológico neste processo. O entendimento do uso da epidemiologia é mais simples na avaliação de resultados, em especial as avaliações de impacto, quando se aferem as modificações produzidas na frequência dos agravos por medidas de saúde pública ou políticas sociais, ou novas formas de trabalho em um serviço de saúde. Portanto, revisitando um problema já diagnosticado e para o qual foram definidas e implementadas ações para sua abordagem e, dessa forma, pode-se avaliar diferentes aspectos envolvidos. No entanto a variação da frequência dos agravos tem múltiplas e complexas determinações dificultando o estabelecimento de uma relação simples de causa e efeito de algum aspecto particular com a medida síntese que representa a ocorrência de agravos.

Quanto à avaliação de processo, a epidemiologia tem ampliado sua contribuição nos serviços de saúde na definição e captação de eventos, na construção dos questionários de investigação ou no estabelecimento de parâmetros para análise de dados levantados. As metodologias de investigação de eventos sentinela e das condições traçadoras citadas em tópico anterior têm sido utilizadas nos serviços de saúde contribuindo para a avaliação da qualidade das ações realizadas. No entanto, a utilização da epidemiologia na avaliação de processo pode abranger outras situações e ser desencadeada por meio do monitoramento de resultados de exames complementares ou dos problemas decorrentes do projeto terapêutico tal como ocorre nas infecções secundárias, fornecendo sinais de emergência para investigação e modificação dos procedimentos e ações. Mais uma vez, nestas atividades é imprescindível a capilarização da epidemiologia em diferentes processos e áreas do serviço de saúde.

Alguns serviços têm buscado desenvolver metodologias de monitoramento da política de saúde como instrumentos para avaliação cotidiana, inspiradas nas experiências com o uso da epidemiologia (Drumond & Mendes, 2003). Partindo dos eixos prioritários da política de saúde institucional é definido um pequeno elenco de indicadores sintéticos de gestão que informam sobre o andamento dos projetos conduzidos, nas suas diversas facetas consideradas relevantes ou críticas. Este elenco é monitorado num painel de controle do andamento da política que utiliza prioritariamente indicadores extraídos das bases de dados do SUS. A metodologia de análise valoriza a variação dos indicadores segundo curtos intervalos de tempo como meses ou trimestres

emitindo sinais de alertas quando a tendência detectada contradiz os objetivos pretendidos. Segue-se o aprofundamento do conhecimento do problema detectado para identificação dos aspectos que possam explicar a situação e que devem ser objeto de abordagem prioritária para tomada de decisão e intervenção oportuna. Os eixos deste painel de monitoramento atravessam os diversos níveis do sistema de saúde e os indicadores escolhidos devem informar sobre problemas adequados à governabilidade de cada nível na abordagem do tema. O projeto é conduzido pelos próprios profissionais de saúde, ao mesmo tempo avaliadores e avaliados, ampliando o comprometimento com a transformação julgada necessária.

Na interface estrutura-processos-resultados a epidemiologia pode ainda contribuir para a compreensão da utilização dos serviços de saúde, como ocorre nas avaliações de cobertura, acesso e equidade. A análise da relação necessidade-demanda-oferta pode facilitar essas avaliações. Partindo de um esquema funcional de que as necessidades da população podem produzir demanda ao serviço e a utilização efetiva vai também ser condicionada pela oferta, Pereira (1995) explora aspectos interessantes desta inter-relação. Na situação ideal, as necessidades encontram oferta adequada que produz demanda atendida, portanto a população pode encontrar resposta para o seu problema. No entanto, esta não é a regra na utilização dos serviços de saúde. A cobertura vai ser aferida da relação entre usuários que efetivamente utilizaram o serviço e a população potencialmente usuária. A acessibilidade (Frenk, 1985) vai depender de condições da população e do serviço. Entre as características da população pode-se considerar desde o desejo da procura pelo serviço que incorpora crenças, hábitos e confiança até questões econômicas relativas ao pagamento pela atenção ou pelo transporte. Dessa forma muitas necessidades podem não se efetivar em acesso.

Entre as características do serviço podemos considerar desde a acessibilidade geográfica relativa à sua localização até a oferta oportuna e adequada de atenção ou disponibilidade efetiva de recursos e serviços. Para muitas necessidades não existe oferta, e se houver demanda, não será atendida. Outras situações podem ser exploradas como a existência de oferta para as necessidades da população que, no entanto, desconhece e não demanda o serviço ou o desperdício representado pela oferta que pode ou não produzir demanda sem que haja necessidade da população. Este exercício de relacionamentos entre necessidades-demanda-oferta pode ser aplicado ao sistema como um todo, às unidades do sistema ou a um serviço de uma unidade, e mostra potencial

analítico para avaliar o uso efetivo do serviço de saúde e seus impedimentos.

As características demográficas, sociais e epidemiológicas da população podem apresentar diferentes padrões na utilização indicando diversas oportunidades de acesso que refletem iniquidades ou uso seletivo podendo contribuir para a avaliação da política, programas e serviços de saúde e na tomada de decisão. Algumas unidades de saúde têm utilizado o mapeamento da origem da população usuária para delimitação de áreas sob sua responsabilidade contribuindo no seu planejamento e organização, no entanto a análise dos padrões epidemiológicos relacionados aos fluxos e utilização dos serviços deve ser estimulada, pois pode revelar discrepâncias a serem avaliadas na política local visando adequação da oferta às necessidades dos usuários.

EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ARTICULAÇÃO E INTERVENÇÃO

A epidemiologia amplia sua capacidade de contribuir nos serviços de saúde quando articula o saber específico, nuclear da disciplina, com outros saberes necessários à abordagem dos problemas por meio da ampliação do conhecimento, do acompanhamento e da avaliação das ações de saúde. O isolamento das equipes e profissionais em áreas estanques restringe e dificulta seu uso no cotidiano dos serviços. Entendemos que a epidemiologia pode dar substancial contribuição para a atuação dos serviços de saúde tanto por meio do seu núcleo de saberes próprio, quanto na sua extensão ao campo mais geral da saúde, compartilhado por outros núcleos de saberes. Dessa forma pode contribuir em diferentes processos de trabalho e atividades no serviço de saúde abarcando a clínica, a gestão, o planejamento, a educação em saúde, a vigilância sanitária, entre outros conduzidos no serviço. Ela também pode contribuir em outras áreas de atuação, fora do setor saúde, como na habitação, bem-estar social, segurança pública e trânsito. A organização de áreas responsáveis pelas ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças de notificação compulsória está consolidada nos serviços de saúde nos níveis centrais do sistema em todas as esferas de governo. Em muitas instituições de saúde e no nível local do sistema também existem equipes ou profissionais com estas atribuições e em algumas foram constituídos núcleos de vigilância mais estruturados. Durante o processo de descentralização que acompanhou a implantação do SUS os municípios passaram a assumir tam-

bem as atividades da vigilância sanitária e ambiental, antes responsável sobretudo do nível estadual do sistema. No entanto, observa-se frequentemente um distanciamento desses serviços com as áreas assistenciais e os processos de planejamento e gestão da política de saúde.

Atividades de uso da epidemiologia articuladas com a informação não têm sido assumidas em muitos destes serviços de forma organizada, exceto na captação de suspeitas, desencadeamento de investigações e de ações de controle dos agravos infecciosos e seus vetores. Atividades com o uso da epidemiologia mais articuladas com a abordagem do coletivo para produção de conhecimento e organização das ações carecem de uma ampliação do seu escopo. O conceito de vigilância à saúde neste contexto é um reflexo da necessidade de ampliação da forma de abordar as ações coletivas de saúde para além de alguns agravos sujeitos à notificação compulsória abarcando a produção de conhecimento e controle de problemas de relevância pública na sua dimensão coletiva, incluindo danos, riscos e necessidades sociais de saúde abordados pela promoção, prevenção e assistência (Paim & Teixeira, 1993).

Consideramos que esta ampliação deve superar uma transição da epidemiologia do "quê" para a epidemiologia do "quem" (Castellanos, 1987) ou de uma epidemiologia com foco no indivíduo para uma de base populacional. Ambos os enfoques são essenciais e muitas vezes se aplicam a situações diversas. O acúmulo de conhecimento sobre agravos específicos é grande e deve ser valorizado. No entanto, devemos evitar a estruturação do serviço com base numa lógica fragmentada, dividindo a instituição em pequenos pedaços, cada um com seus técnicos exclusivos, verticalizado numa hierarquia com um topo de pensadores e uma base de executores de tarefas rígidas, alienados do objeto. Por outro lado, também não basta uma horizontalização que diagnostica grupos sociais com seus problemas, sem referência em intervenções específicas, quando pertinente, ou compromisso com sua transformação.

Nos níveis centrais do sistema é preciso ampliar a visão do entendimento do que seja a epidemiologia considerando sua capacidade de contribuir para todas as áreas do serviço em articulações matriciais. Nesse sentido não basta organizar uma equipe exclusiva de epidemiologia no nível central. Existem objetos que se beneficiam com as contribuições da epidemiologia e que atravessam diversas áreas e processos de trabalho. A especialização crescente dos objetos sob responsabilidade dos técnicos que trabalham com a epidemiologia nas suas múltiplas inser-

ções no serviço de saúde dificulta a concentração de saberes e práticas em espaços exclusivos. É preciso integrar a capacidade de responder às ameaças sanitárias representada pelas epidemias, da mesma forma que é preciso promover produtos e ambientes saudáveis ou produzir informações que subsidiem ações cotidianas e tomada de decisão na perspectiva de integralidade.

O núcleo de saberes das equipes responsáveis pela saúde coletiva, qualquer que seja o nível e as áreas onde estão estruturadas, incluiria o conhecimento da epidemiologia aplicada aos serviços de saúde, com o domínio das bases e normas técnicas para controle de agravos e dos métodos e técnicas epidemiológicas de produção de informações relevantes para diagnóstico, vigilância e avaliação abarcando estatística, epidemiologia e análise da informação. No entanto, este núcleo precisa estar articulado com outros conhecimentos de fronteira, como a clínica, a gestão, o planejamento e a construção de projetos de intervenção, que fortaleçam uma visão integral de saúde, como construção coletiva, com outras equipes e áreas da saúde e de outros setores.

No nível local do sistema, experiências recentes (Fialho Jr., 2005 e Vilela, 2005) sugerem caminhos promissores nesta ampliação com a constituição de equipes capacitadas nos conteúdos da saúde coletiva e epidemiologia nas instituições. Para essas ações ampliadas, essas equipes ou núcleos de saúde coletiva, têm se responsabilizado por suas ações específicas em objetos próprios e exclusivos e, num esquema matricial, contribuído no conselho de saúde, no planejamento, administração e gestão das unidades, na vigilância sanitária, na clínica, em projetos intersetoriais. Estas equipes têm se tomado uma referência em promoção da saúde e prevenção de agravos subsidiando a ação de toda a unidade. Acolhendo os problemas coletivos e se responsabilizando pela sua abordagem no que esta pode beneficiar-se do seu cardápio de ofertas. Mais do que contribuindo com seu núcleo de saberes ampliado este movimento tem apontado para a emergência de novos sujeitos coletivos no espaço singular das unidades de saúde, que exercem a integralidade na prática por meio de um intenso fazer coletivo (Vilela, 2005).

Em suma, o desafio nos serviços de saúde é a construção de uma epidemiologia do cotidiano que seja leve, ágil e integradora. Atrevida para usar e abusar criticamente da epidemiologia descritiva, dos números absolutos, dos casos como sentinelas do coletivo, da inspiração e da criatividade, baseada na intervenção e no compromisso de sujeitos. Intervenção como construção e responsabilidade de uma equipe estimulada. Compromisso com a radical defesa da vida, com a solidarieda-

de social, com a democracia, com a eqüidade, com a humanização das relações de trabalho e da abordagem do sofrimento dos sujeitos, parceiros desta construção. Não uma epidemiologia mínima e comportada do Estado omissivo do início do novo milênio, que aceita passivamente o papel restrito de contar e controlar os resultados perversos da produção da doença na sociedade, nem a que olha de cima e reluta em contribuir na abordagem das imperfeições do cotidiano, mas uma epidemiologia ousada e sempre disponível para assumir responsabilidades na produção da saúde e na construção do sistema de saúde nacional.

REFERÊNCIAS BÁSICAS COMENTADAS

Dever, G. E. A. *A Epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988.

Manual que discute a epidemiologia na administração dos serviços de saúde relacionando indicadores e seus usos nas diversas fases do trabalho com enfoque operacional. Trata da epidemiologia articulada com a utilização dos serviços, portanto na fronteira com temas tratados em outras disciplinas discutindo seus usos nas análises de prioridades, de acesso aos serviços, na avaliação, na tomada de decisão, no custo, enfim num amplo espectro de questões relevantes para o cotidiano.

Drumond Jr., M. *Epidemiologia nos municípios. Muito além das normas*. São Paulo: Hucitec, 2003.

Publicação de tese de doutorado que analisa instrumentos e modos de utilização da epidemiologia nos serviços de saúde municipais para promoção e prevenção da saúde após mais de uma década de implantação do SUS. A análise é realizada por meio de levantamento de dados de municípios sentinela que se destacaram pelo seu uso. A discussão é realizada buscando sistematizar o tema da epidemiologia em serviços de saúde.

Fialho Jr., R. B. *Informação em Saúde e Epidemiologia como coadjuvantes as práticas em saúde, na intimidade da área e da microárea — Como (O)usar Mesmo?*. Mestrado apresentado na FCM-Unicamp, 2004.

Dissertação que recebeu o Prêmio Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS do Ministério da Saúde em 2004. O trabalho discute a epidemiologia no nível local do sistema de saúde e a articulação epidemiologia e informação no cotidiano das unidades de saúde e equipes do PSF em Campinas SP. Disponível na internet: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/ct/prem_2004.htm>

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

O manual tem dois capítulos exclusivos sobre o uso da epidemiologia nos serviços de saúde com visão abrangente e destaque na utilização para avaliação. Além desse conteúdo específico o autor discute aspectos relativos aos serviços de saúde nos temas tratados em diversos outros capítulos do livro.

Rose, G. Individuos enfermos e poblaciones enfermas. In: *El desafio de la epidemiología — problemas e lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n.º 505, pp. 900-09, 1989

Artigo essencial para compreensão crítica do enfoque de risco no serviço de saúde e que estabelece as bases do enfoque populacional demarcando as contribuições da clínica e da epidemiologia na política de saúde e na organização das ações.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

Acúrcio, F. A.; M. A. Santos & S. M. G. Ferreira. A aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: E. V. Mendes (org.) *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.

Barata, R. C. B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. *Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: FNS/Cenepi, 1993.

—. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), pp. 531-7, 1997.

Campos, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), pp. 219-30, 2000b.

Capucci, P. F. *Uso de indicadores em sistemas locais de saúde: um estudo sobre municípios entre 100.000 e 300.000 habitantes no estado de São Paulo*. Mestrado. São Paulo: Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, 105 pp., 1999.

Castellanos, P. L. Epidemiología e organización de los servicios. In: *La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud*, pp. 30-40. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Serie Desarrollo de Recursos Humanos n.º 88, 1987.

—. *Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud segun condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1991.

- César, C. L. G. O "enfoque de risco" em saúde pública. In: *Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde*. Cap. 7, pp. 79-92. Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.
- César, C. L. G. & O. Y. Tanaka. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(supl. 2), pp. 59-70, 1996.
- Contandriopoulos, A. P.; F. Champagne; J. L. Denis & R. Pineault, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Z. M. A. Hartz *Avaliação em saúde. Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- Drumond Jr., M. & R. Mendes. O painel de monitoramento das condições de vida e da situação dos serviços de saúde: instrumento para uma gestão cidadã. In: M. F. Sousa & A. Mendes. *Tempos radicais da saúde em São Paulo. A construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Dussault, G. La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. *Boletín Epidemiológico — Opas*, 16(2), 1995.
- Escrivão Jr., Álvaro. *Análise de situação de saúde: estudo numa área restrita da região metropolitana de São Paulo*. Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1999.
- Fremk, J. O. El concepto e la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), pp. 438-53, 1985.
- Hartz, Z. A. Institutionalizing the Evaluation of Health Programs and Policies in France. Cuisine Internationales Over Fast Food and Sur Measure Over Ready Maid. *Cadernos de Saúde Pública*, pp. 229-60, 1999.
- Merhy, E. E.; M. Chakkour; E. Stéfano; M. E. Stéfano; C. M. Santos, R. A. Rodrigues & P. C. P. Oliveira. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: *Agir em saúde. Um desafio para o público*, cap. 3, pp. 113-50. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar, 1997.
- Moraes, I. H. S. *Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.
- Mota, E. & D. M. T. Carvalho. Sistemas de informação em saúde. In: M. Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho. *Epidemiologia e saúde*. 6.^a ed., cap. 21. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- Paim, J. S. & M. G. L. C. Teixeira. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Anais do Semindrio Nacional de Vigilância Epidemiológica. Brasília: FNS/Cenepi, 1993.
- Penna, M. L. F. *Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde*. Texto elaborado para a bibliografia básica do Projeto Gerus, mimeo, 8 pp.
- Penna Firme, T. *Avaliação em rede* [S.l.], 2003. Disponível em <<http://www.rits.org.br>>, acesso em 15/3/2006.
- Prefeitura do Município de São Paulo. *CEInfo. Bases conceituais, cenário recente, produtos e consolidação*. Documento técnico, Coordenação de Epidemiologia e Informação, 14 pp., mimeo, agosto de 2005.
- Rouquayrol, M. Z. & Goldbaum, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: M. Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho. *Epidemiologia e saúde*, 6.ª ed., cap. 2, Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- Rutstein D. D.; W. Berenberger; T. C. Chalmers; A. P. Fishmen & E. B. Perrin. Measuring the Quality of Medical Care. *N. Engl. J. Med.*, 294, pp. 582-88, 1976.
- Schraiber, L. B. Epidemiologia em serviços: uma tecnologia de que tipo? *Informe Epidemiológico do SUS*, ano II, n.º 3, mai.-jul., 3-32, 1993.
- Tanaka, O. Y. & C. Melo. Introdução. In: *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de gazer*. Cap 1, São Paulo: Edusp, 2001.
- Vaughan, J. P & R. H. Morrow. *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- Vieira da Silva, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: L. M. Vieira da Silva & Z. A. Hartz. *Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de Saúde*. Salvador-Rio de Janeiro: Edufba-Fiocruz, 2005.
- Vilela, M. F. G. *Da moça da vigilância ao núcleo de saúde coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de campinas?* Doutorado. Campinas: FCM-Unicamp, 2005.
- Waldman, E. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII(3) pp. 7-26, 1998.

Softwares livres para uso em epidemiologia

- EPI-INFO 6.04d para DOS — <http://www.cdc.gov/epiinfo/Epi6/ei6.htm>
EPI-MAP 2 para DOS — <http://www.cdc.gov/epiinfo/Epi6/ei6.htm>
EPI-INFO 3.3.2 para Windows — <http://www.cdc.gov/epiinfo>
Tabwin 3.4 para Windows — <http://www.datasus.gov.br> no link Sistemas e Aplicativos — Tabulação

R 2.2.1 — The R project for statistical computing — <<http://www.rproject.org/>>.

Endereços nacionais disponíveis em 22/3/2006 para tabulação on-line com o Tabnet

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Departamento de Informática do SUS: "[Http://tabnet.data-sus.gov.br](http://tabnet.data-sus.gov.br)"

Coordenação de DST/Aids: http://www.aids.gov.br/tabnet_aids.htm

Agência Nacional de Vigilância Sanitária: <http://www.anvisa.gov.br> seguir os *links* Comitê de Política de Recursos Humanos para Vigilância Sanitária e Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária.

SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Alagoas: <http://www.saude.al.gov.br/tabnet/>

Bahia: <http://www.saude.ba.gov.br/tabnet/>

Espírito Santo: <http://www.saude.es.gov.br/default.asp> - seguir os *links* Profissional e Gestor de Saúde/Informações de Saúde

Rio de Janeiro: http://www.saude.rj.gov.br/informacoes/banco_dad.shtml

Santa Catarina: <http://www.saude.sc.gov.br/> — seguir os *links* Informações de Saúde/Banco de Dados (TabNet)

São Paulo — Fundação Oncocentro: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/>

Tocantins: <http://nis.saude.to.gov.br/tabnet.jsp>

SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Belém, Pará: <http://www.saude.bel.pa.gov.br/informacoes.htm>

Campinas, São Paulo: <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br/>

Fortaleza, Ceará: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/internet/default.asp> (*links* em Dados de Saúde)

Ribeirão Preto, São Paulo: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/i16principal.asp?pagina=/ssaude/vigilancia/vigep/tabnet/i16indice.htm>

São Paulo, São Paulo: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/tabnet/0002>

DESIGUALDADES SOCIAIS E SAÚDE

Rita Barradas Barata

O ESTUDO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS e suas relações com condições de saúde da população não é um tema novo. Desde as primeiras investigações epidemiológicas, ainda no século XIX, surtos epidêmicos, doenças ocupacionais, mortalidade infantil, e outros problemas de saúde foram estudados de modo que evidenciasse os diferenciais existentes entre os grupos sociais. Os trabalhos clássicos de Engels sobre as condições da classe trabalhadora inglesa, de Snow sobre as epidemias de cólera em Londres, de Louis sobre os trabalhadores de tecelagens na França, de Virchow sobre as epidemias de tifo nas minas da Silésia, tratavam de relacionar as condições de vida e a situação de saúde ressaltando o excesso de risco de adoecer e morrer observado entre as camadas mais pobres da população (Rosen, 1979).

Nos Estados Unidos, no início do século XX, os trabalhos de sanitários como Warren e Sydenstricker apontavam diferenças acentuadas nas condições de saúde de famílias pobres e ricas, não apenas no padrão de mortalidade, mas também no registro de morbidade. Estudos realizados no período da Depressão demonstraram que o impacto sobre a saúde foi maior entre as famílias que tiveram sua situação socioeconômica deteriorada, por comparação com famílias que já eram pobres anteriormente, sugerindo, assim, a importância não apenas da pobreza absoluta, mas também os impactos negativos da pobreza relativa.

Na América Latina, a produção sobre desigualdades sociais e saúde é mais recente, correspondendo à segunda metade do século XX, incluindo tanto investigações relativas à pobreza e a outros indicadores de nível socioeconômico em abordagens predominantemente funcionalistas quanto investigações sobre desigualdades baseadas no conceito de classe social e em abordagens materialistas históricas.

Durante os anos 1980, entretanto, na vigência do movimento que se convencionou chamar de neoliberalismo, a ausência de regulação

dos mercados financeiros, a globalização econômica e o conservadurismo político reduziram o interesse dos acadêmicos e dos tomadores de decisão, dos países desenvolvidos, pelas questões relativas à equidade socioeconômica, e até mesmo as conseqüências da pobreza sobre a saúde e o bem-estar foram retiradas da agenda política (Moss, 2000).

Na última década o interesse no estudo das relações entre situação socioeconômica e saúde tem ressurgido, nos países desenvolvidos, tanto nos meios acadêmicos quanto na agenda política, com especial ênfase na abordagem das desigualdades sociais. Vários autores atribuem este interesse renovado às conseqüências deletérias que o processo de globalização teve sobre as condições de vida e a situação de saúde dos povos ocidentais. Inicialmente observa-se o ressurgimento do tema da pobreza e as análises comparativas entre ricos e pobres sob a nova ótica da exclusão social. Paulatinamente, ganham espaço as investigações sobre as desigualdades sociais na perspectiva da iniquidade, ou seja, como injustiça social.

DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: CONTRIBUIÇÕES BRASILEIRAS

Na década de 1970, sob o impacto dos efeitos deletérios do modelo de desenvolvimento econômico adotado pelos governos militares, diversos estudos passam a apontar as relações entre condições de vida e saúde. Em *Saúde e Sociedade*, Cecília Donnangelo (1976) analisa os diversos vínculos existentes entre os processos de extensão de cobertura dos cuidados médicos, as políticas públicas de saúde e as necessidades do capitalismo para manter e reproduzir a força de trabalho, controlar as tensões e antagonismos sociais e realizar a acumulação de capital do setor industrial de equipamentos e insumos médicos.

No mesmo ano, Arouca (1976) elabora profunda reflexão crítica sobre o conceito ecológico de saúde e doença incorporado ao paradigma da História Natural da Doença proposto como modelo organizador da prática e da teoria em medicina preventiva. A tríade ecológica constituída pelos agentes etiológicos ou causadores da doença, hospedeiro e meio ambiente reduz a dimensão da organização social a fatores causais relacionados seja ao hospedeiro como atributo, seja ao ambiente como cenário do processo de adoecimento. A simples nomeação do social redundava em mitificação dessa dimensão com conseqüente naturalização, despolitização e esvaziamento teórico do processo saúde-

doença. As práticas preventivas são reduzidas a suas dimensões técnicas passando pelo mesmo processo de naturalização e despolitização.

Na década de 1980, como reação ao modelo anterior, predominam as tentativas de operacionalização do conceito de classe social como ferramenta capaz de, no plano empírico concreto, fornecer elementos para a compreensão das relações entre organização social e perfil patológico no âmbito populacional. Ainda em 1984, Barros & Carvalheiro publicam um artigo propondo que os inquéritos populacionais considerem a inserção social das famílias e grupos sociais para melhor compreender os perfis populacionais de morbimortalidade.

Diferentemente do movimento observado em outros países do continente, no Brasil os pesquisadores passaram a utilizar esse referencial teórico para estudar doenças e problemas de saúde específicos, em vez dos perfis epidemiológicos dos grupos sociais.

Dentre as tentativas de operacionalizar o conceito de classe social para sua utilização em estudos epidemiológicos destacam-se a adaptação feita por Marilisa Barros (1986) do esquema elaborado por Singer e a adaptação de Cíntia Lombardi do esquema proposto por Bronfman & Tuirán (1988). Ambas partem do conceito leninista de classe social e propõem formas de classificação dos indivíduos ou famílias segundo características da dimensão econômica tais como posição na ocupação, posse dos meios produtivos, qualificação profissional e renda.

Apesar do crescimento no número de pesquisas empíricas realizadas com esse referencial teórico e metodológico, os problemas, decorrentes da transformação de um conceito abstrato formulado para compreender as lutas políticas entre grupos na sociedade em ferramenta operacional de classificação de indivíduos e grupos em estudos da área da saúde, foram se avolumando. Solla, em 1996 apresenta uma análise consistente das limitações dos diferentes modelos de operacionalização de classes sociais para estudos na área de saúde. Os principais problemas apontados dizem respeito à perda do caráter dinâmico do conceito quando transformado em categoria descritiva, peculiaridades de cada formação social determinando ajustes constantes aos modelos, estabelecimento de pontos de corte arbitrários para as variáveis utilizadas, número grande de variáveis necessárias para a construção das classes, necessidade de amostras grandes para representar todas as frações, a determinação da inserção dos segmentos afastados da produção e o caráter de determinante distal inespecífico que as classes sociais tem na hierarquia de determinação dos problemas de saúde. Diante dessas dificuldades o conceito de classe deixou progressivamente de ser utili-

zado nas pesquisas da área, embora ocasionalmente ressurja em algumas investigações.

Em 1989, Cristina Possas elabora um modelo teórico de causalidade buscando articular os diversos conceitos em uso pela epidemiologia social latino-americana. Este modelo parte da inserção socioeconômica dos indivíduos e grupos sociais, definidora de suas posições de classe, para destacar duas dimensões relevantes para a determinação do perfil epidemiológico populacional: a inserção na estrutura produtiva e o modo de vida. A inserção na estrutura produtiva remete ao mercado de trabalho, às condições de trabalho e ao processo de trabalho que têm repercussões diretas e indiretas na saúde. O modo de vida, articulado com a dimensão anterior através da renda auferida no trabalho, desdobra-se em duas categorias: condições de vida e estilo de vida. As condições de vida referem-se às condições materiais necessárias à sobrevivência e o estilo de vida corresponde às formas culturais e sociais que caracterizam a vida cotidiana dos grupos sociais e dos indivíduos. O perfil epidemiológico populacional será a resultante da ação de todos esses mediadores entre a estrutura das classes sociais e o processo saúde-doença.

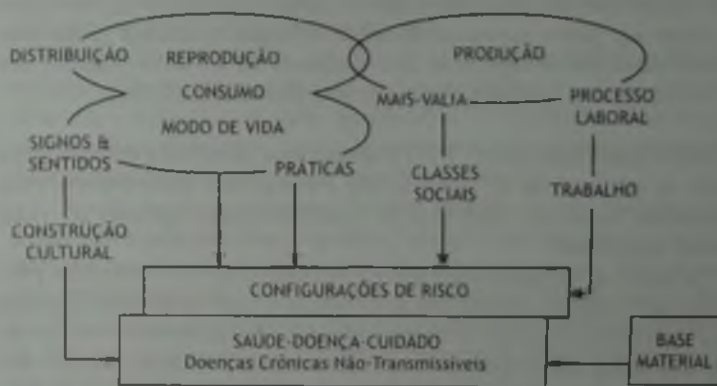
Paim (1997) chama atenção para o fato de que as condições de vida vão além das condições materiais de sobrevivência e do estilo de vida, incluindo não apenas os aspectos relacionados com o poder aquisitivo na esfera individual, mas também as políticas públicas que buscam garantir o atendimento de necessidades básicas para a sobrevivência, agregando assim a dimensão política a essa categoria. O espaço social da cidade, ao expressar as condições de vida dos segmentos sociais que o ocupam, representa uma dimensão da vida social que contém as outras dimensões que nele se reproduzem, mas que também é modificado permanentemente na interação com essas outras dimensões.

Partindo das contribuições de Bourdieu e Canguilhem, Paim (1997) concebe o mundo social como espaço multidimensional no qual os agentes sociais ocupam posições relativas em decorrência da posse de distintos capitais (econômico, social, cultural e simbólico) e das parcelas de poder derivadas dessa posse. O processo saúde-doença pode ser compreendido como resultante das possibilidades normativas dos indivíduos em relação ao mundo social e biológico. Suas relações com os diferentes agentes sociais posicionados no espaço social determinam os diferentes riscos de adoecer e morrer. Os indivíduos serão mais ou menos normativos em relação a seu meio na dependência do tipo e da quantidade de capital acumulado, capital entendido aqui na acepção de Bourdieu.

Chor & Faerstein (2000) recuperaram as contribuições seminais de Geoffrey Rose para a crítica às elaborações, razoavelmente ingênuas, baseadas no estilo de vida, em sua versão norte-americana e canadense, atribuindo a escolhas individuais os hábitos e comportamentos potencializadores das doenças ou da saúde. Os indivíduos não são independentes de seus grupos sociais na escolha dos hábitos de vida. Chor (1999) chama atenção para o fato de que "comportamentos socialmente desejáveis" influenciam as escolhas aparentemente individuais, revelando a força dos hábitos coletivos. É necessário, portanto, conhecer os determinantes mais complexos do comportamento humano além das condições materiais de vida dos grupos sociais para que as práticas de promoção da saúde e de prevenção possam ser efetivas.

Naomar de Almeida Filho (2004) revisando criticamente os modelos de determinação elaborados pela epidemiologia social norte-americana e latino-americana propõe a adoção do conceito de "modo de vida" como aquele com maior conteúdo empírico para uso em estudos epidemiológicos. O modelo elaborado por Almeida Filho resulta da "articulação dos três circuitos dialéticos fundamentais para a compreensão do processo saúde-enfermidade-atenção nas sociedades concretas (o trabalho, a reprodução social e o modo de vida)" conforme pode ser observado na figura abaixo:

Figura 1. Modelo epidemiológico (teoria do modo de vida & saúde)



Finalmente o autor propõe substituir a abordagem de fatores de risco por "modelos de vulnerabilidade" mais apropriados para expressar a complexidade do modelo.

* O QUE SÃO AS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE?

Há diferentes concepções acerca das desigualdades em saúde. Muitas vezes as expressões *diferenciais de saúde* e *desigualdades em saúde* são usadas como sinônimas, o mesmo ocorrendo entre os termos *desigualdade* e *iniquidade*.

Apesar de o conceito de igualdade significar a partilha de igual quantidade de bens ou de saúde para cada um, o conceito de desigualdade incorpora, para a maioria dos autores, a idéia de uma repartição desigual produzida pelo próprio processo social, isto é, a percepção de que o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde está fortemente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social.

O conceito de equidade, por sua vez, inclui a idéia de necessidade, ou seja, parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades. A impossibilidade de realizar as necessidades seria, então, vista como injusta ou iníqua.

Uma das conceituações mais utilizadas é a proposta por Margareth Whitehead na qual a equidade em saúde é definida da seguinte maneira:

[...] idealmente todos deveriam ter uma oportunidade justa para atingir seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria apresentar nenhuma desvantagem se isto pudesse ser evitado (Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation, 2000).

Pedro Luís Castellanos (1997) afirma que nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada iníqua, mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada às condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade.

Portanto, as desigualdades sociais em saúde são as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade. Teoricamente, em sociedades nas quais os valores de cooperação e solidariedade fossem dominantes, tais diferenças poderiam ter valor positivo e produtor de saúde, ao passo que, nas sociedades onde predominam a exploração e a dominação, essas diferenças são necessariamente negativas e produtoras de doença (Breilh, 1998).

Diferenças absolutas e diferenças relativas

A questão das desigualdades sociais em saúde pode ser abordada com base na verificação de diferenças absolutas nas condições de vida de diferentes populações ou por meio das diferenças relativas entre elas.

O primeiro enfoque está presente nos numerosos estudos sobre a pobreza, nos quais a situação de saúde é diretamente atribuída à privação. Parte considerável da população mundial está sujeita a um nível de pobreza que impede o atendimento às necessidades elementares. O Banco Mundial estabeleceu como parâmetro para a pobreza mundial o rendimento igual ou inferior a um dólar americano por dia, identificando assim a existência de um bilhão e trezentos milhões de pessoas pobres nos continentes asiático e africano (Cwatkin, 2000). No Brasil estabelece-se meio salário mínimo *per capita* como ponto de corte.

A institucionalização da linha de pobreza tornou possível monitorar tendências sociais e de saúde entre pobres e não pobres, seja na comparação entre países ou dentro dos países (Moss, 2000). Entretanto, ocorre um paradoxo: nem sempre os países mais ricos são os mais saudáveis, ou apresentam os melhores níveis de saúde (Wilkinson, 1996). As desigualdades assumem a forma de diferenciais relativos entre indivíduos situados em diferentes posições na organização social e se manifestam tanto nas sociedades desenvolvidas quanto nas em desenvolvimento ou não desenvolvidas.

Segundo Wilkinson, a saúde é fortemente afetada pela posição social dos indivíduos. No mundo desenvolvido os países com melhor nível de saúde são os mais igualitários no tocante a distribuição da riqueza. Supostamente, nos países com menores desigualdades de renda a organização social tende a ser mais coesa.

A relação entre pobreza absoluta e saúde é mais fácil de ser aceita tanto pelos pesquisadores quanto pela própria população, pois a relação direta e imediata entre privação de necessidades básicas e saúde está suficientemente demonstrada e assimilada. Já a aceitação da associação com desigualdade relativa é mais difícil de ser interpretada e aceita. Pensar a partir de relações entre grupos em vez de isolar efeitos sobre indivíduos requer mudança de perspectiva e principalmente de referencial teórico e metodológico.

EXEMPLO 1

Uma das maneiras mais simples de analisar as desigualdades sociais em saúde relacionadas com a pobreza, isto é, as privações materiais em termos absolutos é a comparação entre a situação de saúde dos estados do Sul e Sudeste com a dos estados do Norte e Nordeste. Na Figura 2 a taxa de pobreza é o indicador de condição socioeconômica e a mortalidade infantil é o indicador da situação de saúde.

Figura 2. Taxa de pobreza e mortalidade infantil, estado do Maranhão e São Paulo, 1998

ESTADO	TAXA DE POBREZA*	MORTALIDADE INFANTIL†	IRI‡
Maranhão	56,9%	44,9	2,6
São Paulo	12,3%	17,3	1,0

* porcentagem da população com renda per capita mensal de até meio salário mínimo

† obtidos em menores de um ano por 1.000 nascidos vivos

‡ risco relativo, categoria de referência São Paulo

Os dados mostram que a taxa de pobreza é cerca de cinco vezes maior no Maranhão do que em São Paulo enquanto a mortalidade infantil é 2,6 vezes maior. Estes dados sugerem que a taxa de pobreza não é o único determinante da mortalidade infantil e sugerem duas possíveis explicações, não excludentes. A mortalidade infantil no Maranhão pode ser menor do que a esperada para sua taxa de pobreza em decorrência de políticas de saúde capazes de compensar em parte os efeitos da desvantagem social, como, por exemplo, programas de atenção básica e imunizações. Por outro lado, a mortalidade infantil em São Paulo pode ser maior do que a esperada para seu nível de pobreza.

Desigualdades sociais e diferenças individuais

Alguns autores tentam reduzir as desigualdades em saúde a suas dimensões puramente individuais, desconsiderando o fato iniludível de que o homem não existe a não ser em sociedade. Feinstein reduz as desigualdades em saúde às diferenças decorrentes de características individuais ou a diferentes estágios da vida, como se não existissem outros determinantes do processo saúde-doença além dos estritamente biológicos (Rosenberg & Wilson, 2000).

Murray e colaboradores (1999) conceituam a desigualdade em saúde como a medida da variação no estado de saúde entre indivíduos em uma população e argumentam que ao adotar esta definição estão tornando a questão positiva e, portanto, passível de investigação científica, ao despi-la do caráter normativo implícito ao conceito de equidade. Além disso, consideram que esse tipo de medida é o complemento natural às taxas ou medidas do nível médio de saúde de uma população. Novamente, está subentendida a noção de que a população é apenas um conjunto relativamente heterogêneo de indivíduos e que entre o conjunto e as partes não há nenhuma mediação. A abordagem social das desigualdades é considerada pouco científica e os autores chegam a questionar se variáveis sociais, como posição social, realmente existem!

A maioria dos autores, entretanto, considera que estudar as desigualdades em saúde significa levar em conta, sistemática e explicitamente, as relações entre os determinantes sociais e a saúde. Vários autores reconhecem como dimensões de interesse a econômica, a social, a de gênero e de etnia (Braveman, 2000).

Hertzman & Siddiqi (2000) propõem que as desigualdades em saúde sejam estudadas em três dimensões articuladas. No nível macrosocial seriam considerados os fatores relativos ao Estado quais sejam a riqueza nacional, a distribuição da renda, a urbanização e industrialização, nível de emprego e a estrutura de oportunidades para suportar a saúde e o bem-estar da população. No nível intermediário seriam considerados os fatores relativos à organização social tais como, coesão, confiança, capacidade de resposta das instituições, que facilitam ou dificultam a solidariedade e a cooperação. No nível microsocial seriam analisadas as redes sociais de suporte familiar e pessoal.

Navarro & Shi (2001) destacam a importância de analisar também os aspectos políticos que têm sido menos valorizados nos estudos de desigualdades. Eles demonstram, por meio de dados empíricos, que os países europeus que tiveram por períodos mais longos governos trabalhistas ou social-democratas apresentam menores desigualdades em saúde do que aqueles cujos governos foram principalmente democratas cristãos ou liberais. Os autores atribuem estes resultados ao maior interesse dos partidos trabalhistas e social-democratas em instaurar políticas redistributivas.

Pensando o processo saúde doença como a resultante de um processo complexo de determinações e mediações entre as diferentes dimensões da realidade, é possível compreender as diversas dimensões importantes na abordagem do problema. Assim, a abordagem política

proposta por Navarro, por exemplo, refere-se a um nível mais distal de determinação, ou seja, uma dimensão abrangente, porém mais genérica, a partir da qual outros planos de mediação irão intervir.

O plano de mediação seguinte, entre o sistema político e o perfil de saúde-doença é a organização socioeconômica existente em uma dada formação social. Essa dimensão está subordinada à determinação política e funciona como mediadora para outras dimensões mais particulares tais como as etnias ou as relações de gênero. Estas por sua vez, sofrem a determinação das dimensões anteriores e funcionam como mediadoras para processos microsociais, tais como as relações familiares. A dimensão mais proximal é dada pelas características fenotípicas dos indivíduos resultantes das interações entre características genotípicas e o ambiente no qual o indivíduo vive.

Cada uma dessas dimensões pode ser privilegiada pelos pesquisadores no estudo das desigualdades sociais, sem que esta escolha signifique a negação das outras dimensões.

* Posição social atual ou influência da trajetória de vida?

Outra questão importante no estudo das desigualdades sociais em saúde diz respeito às influências da posição social atual e da posição social ao longo da vida. Os efeitos decorrentes da trajetória de vida referem-se a como o estado de saúde em qualquer momento da vida reflete não apenas as condições de vida presentes, mas a incorporação (no sentido forte da expressão) das condições de vida anteriores (Kawachi, 2002).

Para Krieger, o estado de saúde atual dos indivíduos resulta das trajetórias de desenvolvimento pessoal ao longo do tempo, conformadas pela história de cada um referida ao contexto social, econômico, político e tecnológico das sociedades nas quais tais trajetórias se desenvolveram.

Os efeitos do curso de vida sobre a saúde podem ser desdobrados em efeitos latentes correspondentes ao ambiente material e imaterial no qual decorreu a infância; efeitos modeladores caracterizados pelas experiências precoces que acabam por dirigir as trajetórias de vida individual com conseqüências para a saúde, e efeitos cumulativos resultantes da intensidade e duração de exposições nocivas ao longo da vida (Kawachi, 2002).

Há duas vertentes de explicação no modelo do curso de vida: uma vertente materialista que atribui às condições materiais associadas à estrutura de classes a determinação da distribuição das doenças; e uma vertente psicossocial que leva em conta, além dos aspectos materiais, a

ação de aspectos tais como sucesso, fracasso ou frustração sobre os sistemas adaptativos, produzindo doenças como resultado de múltiplos estressores e falta de habituação (Marmot, 2001).

MacLeod & Davey-Smith consideram que a dicotomia entre explicações psicossociais e explicações materiais é em grande medida falsa. Segundo eles, na maioria das populações as desvantagens materiais estão associadas a várias exposições psicossociais adversas caracterizando a situação de miséria ou exclusão social. Por outro lado, situações de exposição ao estresse, não acompanhadas de privação material embora resultem em impactos negativos sobre a saúde, apresentam menor intensidade do que os impactos decorrentes das situações de desvantagem material. As observações acumuladas parecem indicar a independência e a primazia dos aspectos materiais na determinação das doenças sugerindo que as condições materiais podem ser variáveis de confusão na associação entre fatores psicossociais e estado de saúde.

Marmot (2002) também prefere adotar um modelo complexo combinando aspectos materiais e não materiais, assim como características individuais e de contexto, na explicação da distribuição social das doenças. Ele considera que as privações materiais são extremamente importantes até certo limiar, a partir do qual outros aspectos passam a ter maior dominância. De qualquer modo, os determinantes contextuais exerceriam maior determinação do que as características individuais.

EXEMPLO 2

As influências da trajetória de vida sobre as desigualdades sociais em saúde podem ser exemplificadas pela mortalidade por câncer segundo a classe social dos pais. A Figura 3 mostra os riscos relativos para a mortalidade por câncer de pulmão e estômago segundo a classe social paterna, após ajuste para idade e classe social atual do indivíduo.

Figura 3. Risco relativo para a mortalidade por câncer de estômago e pulmão, padronizados por idade e classe social atual, Escócia, 1995.

CLASSE SOCIAL PATERNA	CA PULMÃO	CA ESTÔMAGO
I e II (profissionais e técnicos)	1,00	1,00
IIIa (trabalhadores não manuais)	1,35	1,06
IIIb (trabalhadores manuais)	1,62	1,51
(trabalhadores não qualificados)	1,24	2,95
χ^2 de tendência	$p = 0,75$	$p = 0,017$

Fonte: C. Davey-Smith, C. Hart, D. Illane & D. Hole. Adverse Socioeconomic Conditions in Childhood and Cause Specific Adult Mortality. Prospective Observational Study. *BMJ*, 316, pp. 1 631-5, 1998

Para o carcinoma de pulmão, cujo principal fator de risco é o hábito de fumar, os dados não mostram influência significativa da classe social paterna. Para o carcinoma de estômago, relacionado à infecção pelo *H. pylori*, mais frequente em situações mais precárias de saneamento e conservação de alimentos, a relação com a classe social paterna é significativa e mostra gradiente nítido do risco entre trabalhadores manuais e não manuais.

As teorias sobre as desigualdades em saúde

As teorias sobre as "causas" das desigualdades podem ser divididas em duas correntes principais: as que produzem uma explicação naturalizada das desigualdades e as que produzem uma explicação politizada, ou sócio-histórica delas.

Explicações naturalizadas

As explicações "naturalizadas" das desigualdades em saúde baseiam-se, geralmente, na sociologia funcionalista que trata a organização social como um sistema composto por partes articuladas e em cooperação para a obtenção de um objetivo. Essas partes correspondem aos estratos sociais que, em sociedades "sadias", têm na solidariedade sua forma predominante de relação, e nas sociedades "doentes", têm suas relações marcadas pela anomia, isto é, por um funcionamento no qual predominam os conflitos e em que emergem as desigualdades.

A estrutura social, na visão funcionalista e sistêmica, é formada pelos estratos sociais compostos por indivíduos que partilham determinadas características de inserção econômica (ocupação), prestígio social (escolaridade) e poder ou riqueza (renda), características utilizadas para alocá-los em uma escala ou gradiente de valores crescentes ou decrescentes.

As teorias de estratificação social tratam as desigualdades de um ponto de vista predominantemente quantitativo visto que os estratos são categorias eminentemente descritivas, construídas mediante a definição de determinados pontos de corte que repartem séries contínuas. As variáveis utilizadas na definição dos estratos referem-se a características individuais tomadas como indicadoras de condições sociais. Tais variáveis podem incluir a renda, a escolaridade, a ocupação, escalas de prestígio, e outras. Eventualmente os estratos podem ser construídos utilizando indicadores compostos nos quais as variáveis são arranjas por agregação, ponderação ou hierarquização.

O modelo de estratificação social privilegia a etapa de distribuição e consumo de bens e serviços em detrimento da etapa de produção, isto é, classifica os indivíduos na estrutura social não por sua inserção no processo produtivo, mas por sua capacidade de se apropriar de bens e consumir serviços. A desigualdade social, nesse enfoque, se confunde com o conceito de privação, ou seja, é tomada principalmente em sua dimensão de pobreza absoluta.

Implícito no modelo de estratificação social está a idéia liberal de mobilidade social visto que uma estrutura social baseada em indivíduos em diferentes postos por referência a suas características de renda, escolaridade, habitação e outras, teoricamente, não apresentaria maiores empecilhos para que os indivíduos possam galgar posições mais altas (Wohlfarth, 1997).

As investigações epidemiológicas feitas com base nesse referencial adotam o paradigma do risco e utilizam em suas análises funções lineares de determinação mantendo a coerência com uma teoria que individualiza os diferentes aspectos das condições de vida, tomando um único ou cada um deles como fator de risco para problemas de saúde. A desigualdade social é decomposta em diferentes variáveis explanatórias que passam a competir entre si, pela significância na associação.

A maioria desses estudos perde o potencial de denúncia política uma vez que as desigualdades são interpretadas sobretudo como resultando de maior ou menor empenho pessoal para alcançar mobilidade na escala. Ao não produzirem um conhecimento integrado que associe o processo saúde-doença ao processo de organização e reprodução da própria sociedade, eles perdem efetividade prática, pois não conseguem informar políticas sociais com a amplitude necessária para modificar a situação encontrada.

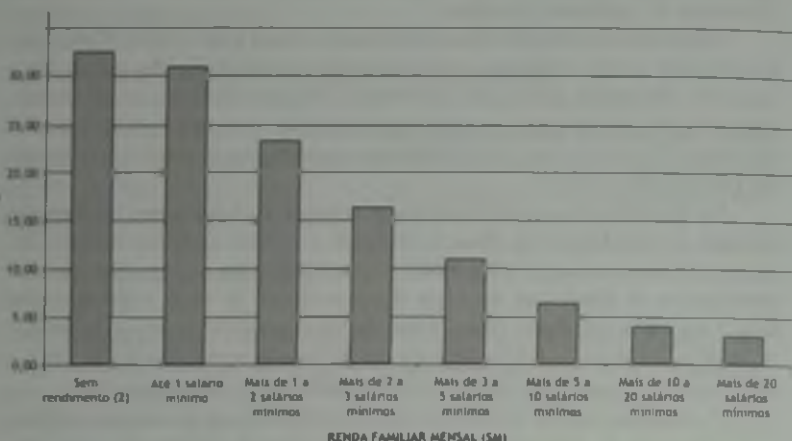
EXEMPLO 3

As abordagens das desigualdades sociais de saúde baseadas na estratificação social elegem um ou mais indicadores do nível socioeconômico ou constroem indicadores compostos ou sintéticos. O indicador de saúde escolhido é então estratificado segundo as classes do indicador socioeconômico permitindo a análise das desigualdades entre elas.

A figura 4 mostra a relação entre a proporção de pessoas que nunca consultaram o dentista, indicador de consumo de serviços de saúde, segundo classes de renda familiar mensal selecionada como indicador

socioeconômico. O gradiente é inversamente proporcional e aproximadamente linear revelando as desigualdades de acesso segundo a renda familiar.

Figura 4. Proporção da população que nunca consultou o dentista segundo renda familiar mensal. Brasil, 2003



✦ Explicações sócio-históricas

As explicações sócio-históricas das desigualdades em saúde baseiam-se na idéia de que "saúde é um produto social e algumas formas de organização social são mais sadias do que outras" (Wilkinson, 1996). Assim, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são os que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença.

O conceito-chave nessas abordagens é reprodução social. O processo de reprodução social dos grupos humanos implica a reprodução de diferentes domínios da vida. No nível mais elementar está a reprodução biológica do indivíduo que garante suas características como espécie biológica marcada principalmente pela interação entre genótipo e fenótipo, isto é, entre a herança genética e a modulação das potencialidades herdadas pelas condições concretas de existência que irão resultar nas manifestações fenotípicas. Como os homens vivem em comunidade, compartilhando um espaço e um tempo particulares, a reprodução social implica também a reprodução de um segundo domínio: o das

relações ecológicas dos grupos, ou seja, de suas relações com os ambientes, *senso lato*, em que tais comunidades se constituem. Estas comunidades partilham formas de consciência e de conduta resultantes das interações intersubjetivas que também participam dos processos de reprodução configurando o terceiro domínio: o da cultura. Finalmente, os grupos sociais se reproduzem reproduzindo as formas econômicas que lhes garantem o domínio sobre a natureza (Samaja, 1994).

Por sistema de reprodução social se entende também as formas de vida das diferentes frações de classe social incluindo os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social e política e a cultura. A esse sistema contraditório de relações, do qual participam processos benéficos mantenedores da saúde e processos deletérios produtores da doença, acoplam-se os padrões de saúde-doença das frações de classes sociais constituindo assim os perfis epidemiológicos de classe (Breilh, 1990). Todos esses processos implicam impactos sobre a saúde e a doença dos indivíduos representando, cada um deles, um conjunto de determinações e mediações cujo resultado final será a preservação da saúde ou a ocorrência da doença ou agravos à saúde. As desigualdades nas condições de vida, decorrentes de diferenças substantivas nesse processo de reprodução social terão reflexos nas situações de saúde que serão então identificadas como iniquidades.

As explicações históricas representam ruptura com a teoria da multicausalidade e com o paradigma do risco, adotando a idéia de determinação social, ou seja, processos de determinação histórica e social regidos pelas leis da dialética que estabelecem os limites dentro dos quais os fenômenos de menor nível de complexidade podem ocorrer. Por outro lado, a determinação social implica aceitar que cada domínio da realidade apresenta processos mediadores que interferem com a emergência de novas características nos níveis de complexidade crescente de modo que o resultado, quanto a saúde e doença, será sempre a resultante de um processo complexo de determinação-mediação.

Adotar esse tipo de explicação teórica significa romper com a concepção linear de causalidade e abandonar qualquer pretensão de identificar cadeias de causa-efeito entre características ou indicadores sociais e problemas de saúde, bem como entre indicadores de desigualdades sociais e saúde.

Com base no referencial da reprodução social as pesquisas empíricas sobre desigualdades sociais e saúde podem ser subdivididas em dois grupos: as que privilegiam a estrutura de classes como determinante

mediato e trabalham com o conceito de classe social, e as que privilegiam as condições de vida e elegem espaços sociais como categoria de análise.

Classes sociais

O conceito de classe social representa uma alternativa às variáveis de estratificação social para a descrição das desigualdades no tocante a relações sociais e relações de produção conferindo historicidade a elas, ou seja, entendendo o processo de produção das desigualdades como parte do processo de reprodução da própria estrutura social.

Marmot, Kogevinas & Elston afirmam que há razões de ordem teórica, metodológica e prática para a utilização do conceito de classe social em pesquisas epidemiológicas. No plano teórico, concordam com as postulações da teoria da determinação social e enfatizam as diferenças entre a determinação dos fenômenos no âmbito coletivo e as diferenças que operam no plano individual reforçando a idéia de que a determinação do processo saúde-doença se dá na mesma dimensão da estrutura de classes. Metodologicamente, portanto, as classes sociais ou frações de classe são agrupamentos adequados para o estudo das desigualdades em saúde, uma vez que representam um coletivo definido a partir de relações sociais compartilhadas pelos indivíduos que o compõem.

Para efeito das investigações epidemiológicas, o que se pede ao conceito de classe social é que, por meio dele, possam ser identificados grupos definidos com base em seus vínculos sociais estruturais, que são os determinantes mais imediatos das condições de vida das famílias e dos indivíduos e, portanto, da situação de saúde desses mesmos indivíduos.

Quanto à operacionalização do conceito de classe social observa-se que em muitas pesquisas empíricas a definição utilizada é bastante pobre e geralmente limitada à qualificação ocupacional. Mesmo considerando que a classificação por ocupação não discrimina satisfatoriamente as classes sociais como elas são concebidas pelo materialismo histórico, as pesquisas empíricas que utilizam essas classificações são capazes de detectar desigualdades em saúde associadas à estrutura de classes.

Durante a década de 1980 surgiram diferentes modelos visando à operacionalização do conceito de classes sociais sob a influência da produção teórica de Nicos Poulantzas e outros autores marxistas. A maioria das propostas de operacionalização baseia-se na definição leninista de classe social levando em consideração principal ou exclusivamente o componente econômico do conceito, ou o que se conveniou chamar a "classe em si".

Nas pesquisas conduzidas nos países desenvolvidos, os modelos de operacionalização mais utilizados foram os propostos por Wright e Erikson-Guldthorpe. Na América Latina têm sido utilizados principalmente dois esquemas de operacionalização do conceito de classe social: o modelo desenvolvido por Bronfman e Tuirán e o desenvolvido por Singer. Todos os modelos constroem classificações hierarquizadas iniciando pela posição na ocupação, ou seja, pela posse ou não dos instrumentos e meios de produção. Esses esquemas já foram utilizados para estudar diferentes problemas de saúde bem como para avaliar o consumo de bens e serviços em saúde.

As técnicas de análise de dados utilizadas nos estudos epidemiológicos apresentam dificuldades na avaliação do papel de "variáveis" complexas como classe social, que ocupam posição distal na cadeia de determinações. Pelo fato de existirem inúmeros mediadores entre a posição de classe e o perfil saúde-doença dos grupos e indivíduos, frequentemente as associações estatísticas obtidas são fracas levando os pesquisadores a descartarem a influência da classe social.

O conceito de classe social tem maior capacidade explicativa uma vez que não corresponde apenas a mais um indicador composto, mas significa a totalização, a síntese, de uma série de condições que compreendem tanto os valores quanto os contravalores determinantes do processo saúde-doença.

EXEMPLO 4

A importância da classe social como variável explicativa para a desigualdade em saúde pode ser apreciada nos dados apresentados na Figura 5. Um estudo realizado na rede hospitalar de Ribeirão Preto relacionou o baixo peso ao nascer à classe social e ao hábito de fumar das mães.

Figura 5. Incidência de baixo peso ao nascer, segundo classe social e hábito de fumar da mãe Ribeirão Preto, 1978-1979

CLASSE SOCIAL	NÃO FUMANTE	FUMANTE
Burguesia	1,91	4,36
Proletariado	5,93	9,52
Subproletariado	6,27	12,77

Fonte: Antonio A. M. da Silva, Filho A. Gomes & Heloisa Bettol et al. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. *Rev. Saúde Pública*, 26(3), pp. 150-4, 1992

Os dados mostram um gradiente de incidência segundo a classe social tanto para as fumantes como para as não fumantes, e também maior risco para as mães fumantes em todas as classes. Desse modo somos levados a concluir que tanto a classe social quanto o hábito de fumar são fatores de risco para baixo peso ao nascer. Entretanto, chama nossa atenção o fato de que os filhos de mães fumantes pertencentes à burguesia apresentam menor risco do que os filhos de mães não fumantes pertencentes ao proletariado e subproletariado.

*Espaço socialmente construído como mediador
entre condições de vida e saúde*

O espaço socialmente construído possibilita a estratificação da população segundo padrões mais ou menos homogêneos de condições de vida, dependendo do nível de agregação selecionado. De qualquer modo a unidade espaço-população tem a possibilidade de ser uma unidade onde operam os processos determinantes, onde se expressam os problemas de saúde e onde se desenvolvem as ações ou respostas sociais a esses problemas (Castellanos, 1992).

As pesquisas que utilizam como unidade de análise áreas geográfica, desde distritos municipais até estados ou países, procura, através da área geográfica, caracterizar as condições de vida predominantes e associá-las aos problemas de saúde de interesse. Mesmo que os indicadores de desigualdade escolhidos privilegiem uma única dimensão das condições socioeconômicas, eles podem ser utilizados como aproximações relativamente adequadas da situação em geral.

Ao escolher o espaço socialmente construído como indicador das condições de vida da população que aí vive e relacionar essas condições com a distribuição de indicadores de saúde, o pesquisador estará correlacionando indicadores de segunda ordem tais como taxas e médias, que têm expressão apenas no âmbito coletivo, não havendo assim o perigo do viés ecológico, ou seja, do surgimento de problemas inferenciais decorrentes do estabelecimento de relações entre variáveis pertencentes a diferentes domínios da realidade.

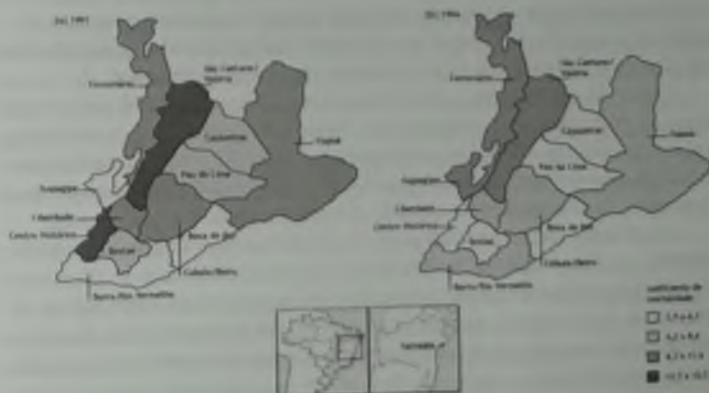
Pode-se, entretanto, utilizar a categoria espaço e as condições de vida da população que nele vive em uma matriz de dados na qual esse nível funcione como o nível estrutural, articulando-se com a formação social correspondente (nível contextual) e com estratégias familiares e/ou individuais específicas (nível analítico) enriquecendo assim a análise (Samaja, 1993).

Diversos estudos de condições de vida e situação de saúde têm utilizado o espaço socialmente construído como categoria de análise integradora das diversas dimensões da vida social. Nos estudos realizados no início da década de 1990 as unidades geográficas, estados, municípios ou regiões eram utilizadas principalmente como delimitadoras de uma população e de um certo modo de vida indiretamente indicado por elas. Nos últimos dez anos tem aumentado a utilização de técnicas de agrupamento de variáveis, tais como análise fatorial, análise de *cluster* ou análise de componentes principais para a estratificação de unidades espaciais com condições de vida ou técnicas de análise espacial para estudar a distribuição social das condições de saúde.

EXEMPLO 5

As desigualdades sociais em saúde também podem ser analisadas segundo áreas geográficas. Cada distrito ou bairro de uma cidade podem ser tomados como representantes de condições particulares de vida dos grupos populacionais que neles residem. A vantagem de utilizar espaços geográficos socialmente construídos como indicadores de condições de vida está em tomar a complexidade da organização social em seu todo em vez de fragmentá-la em diferentes variáveis.

Figura 6. Coeficiente padronizado de mortalidade por tuberculose segundo distrito sanitário. Salvador, Bahia, Brasil, 1991, 1994 e 1997.



A Figura 6 apresenta a distribuição dos coeficientes de mortalidade por tuberculose nos distritos sanitários de Salvador em 1991 e 1994. Agregando a estes cartogramas as informações sobre condições de vida em cada área é possível visualizar os diferenciais intra-urbanos relacionados ao modo de vida dos diferentes grupos sociais.

As relações entre estratificação social e estrutura de classes

As explicações sócio-históricas permitem incorporar como determinantes do processo saúde-doença tanto a estrutura de classes quanto as outras variáveis socioeconômicas habitualmente utilizadas para construir escalas de estratificação. Trata-se de dimensões diferentes da realidade que podem ser integradas nos modelos de compreensão das desigualdades sociais em saúde.

A formação social e a estrutura de classes encontram-se na dimensão macrossocial, isto é, são determinantes para a inserção econômica e social dos indivíduos, inserção esta que vai condicionar em grande medida os padrões de consumo e as estratégias familiares cotidianas retratadas pelo nível socioeconômico.

O conceito de totalidade é útil para a integração dessas diferentes dimensões da realidade social na explicação desses fenômenos, sobretudo se as variáveis socioeconômicas forem estudadas como mediadores entre a situação de classe e as estratégias familiares e individuais.

Os estilos de vida ou os comportamentos individuais são apenas as evidências mais imediatas de todo o processo de determinação-medição, que ocorre entre as diferentes dimensões desde a formação social concreta existente em determinado período histórico e espaço geográfico, passando pela estrutura de classes, pelas estratégias das frações de classes e famílias até os comportamentos dos indivíduos.

Dito de outra forma, as escalas de estratificação social podem ser úteis na investigação de diferenciais intraclasses, intrafrações de classe, ou entre diferentes famílias, auxiliando na especificação de relações particulares que possam explicar por meio de que características ou de que processos as desigualdades sociais produzem efeitos sobre a saúde.

As classes sociais são categorias qualitativas cujo ordenamento não remete, necessariamente, a diferenças quantitativas, mas a diferentes posições na estrutura social decorrentes da posse ou não dos meios de produção e do poder e participação na riqueza que essa posse acarreta. Ao definir a inserção de classe, qualquer que seja o modelo de operacionalização utilizado, o pesquisador estará considerando um conjunto

de variáveis socioeconômicas de maneira integrada, de tal forma que a classe social que se encontra na posição de dominação sobre as demais não reúne, obrigatoriamente, os mesmos indivíduos que estariam no topo de escalas de escolaridade, renda, prestígio ocupacional, e outras

Como medir as desigualdades sociais em saúde?

Há diferentes maneiras de analisar as desigualdades sociais em saúde, porém os indicadores poderiam ser divididos em três grupos: medidas relativas ou de diferença entre grupos, medidas de correlação e regressão e medidas que buscam avaliar a distribuição das variáveis de interesse calculando índices de concentração.

Risco relativo e risco atribuível

O risco relativo entre taxas de incidência, prevalência ou mortalidade pode ser usado como medida de desigualdade entre estratos construídos com base em indicadores de nível socioeconômico ou classe social. Esta medida indica a *chance* de ocorrência do desfecho de interesse para cada grupo em relação ao de melhor condição socioeconômica ou inserção social.

O risco atribuível entre taxas de incidência, prevalência ou mortalidade pode ser usado como medida de desigualdade entre grupos classificados segundo situação social, indicando quanto do risco poderia ser atribuído às diferentes posições quando comparadas com o grupo de melhor inserção social.

A principal vantagem dessas medidas está na facilidade do cálculo e de compreensão, e a principal desvantagem está em não considerar o tamanho de cada estrato ou classe. Embora o risco relativo e atribuível seja maior para o subproletariado, proporcionalmente este grupo é menor que o proletariado, e o impacto da interrupção do hábito de fumar seria maior se todas as mães que pertencessem ao proletariado deixassem de fumar mesmo que as do subproletariado continuassem fumando.

EXEMPLO 6

O uso do risco relativo e do risco atribuível como medidas de associação entre condições sociais e situação de saúde pode ser exemplificado pelos mesmos dados anteriormente apresentados para estudar a relação entre baixo peso ao nascer e hábito de fumar materno.

A Figura 7 mostra o risco relativo e o risco atribuível de baixo peso ao nascer por classe social para mães fumantes e não fumantes tomando as mães não fumantes da burguesia como grupo de referência, ou seja, o que apresenta o menor risco.

Figura 7 Risco relativo e risco atribuível de baixo peso ao nascer segundo classe social e hábito de fumar da mãe. Ribeirão Preto, 1978-1979

CLASSE SOCIAL	NÃO FUMANTE		FUMANTE	
	RR	RA (%)	RR	RA (%)
Burguesia	1,0	0,0	2,3	56,2
Proletariado	3,1	67,8	5,0	79,9
Subproletariado	3,3	69,5	6,7	85,0

Fonte: Antonio A. M. da Silva, Uílho A. Gomes, Heloisa Bertol et al. Associação entre idade, classe social e hábito de fumar maternos com peso ao nascer. *Rev. Saúde Pública*, 26(3), pp. 150-4, 1992.

Os dados mostram que as mães não fumantes apresentam risco crescente em função da classe social. As mães que pertencem ao proletariado ou ao subproletariado apresentam risco três vezes maior do que as que pertencem à burguesia de ter um filho com baixo peso ao nascer. Para as mães fumantes os riscos relativos são ainda maiores, pois agregam o efeito do hábito de fumar. O risco relativo avalia quanto do aumento do risco poderia ser atribuído à classe social (não fumantes) e à associação entre classe social e hábito de fumar (fumantes). Estes valores são estimativos visto que outros fatores não analisados poderiam também agir aumentando o risco relativo ou o risco atribuível.

Coefficiente de Gini, curva de Lorenz e índice de concentração

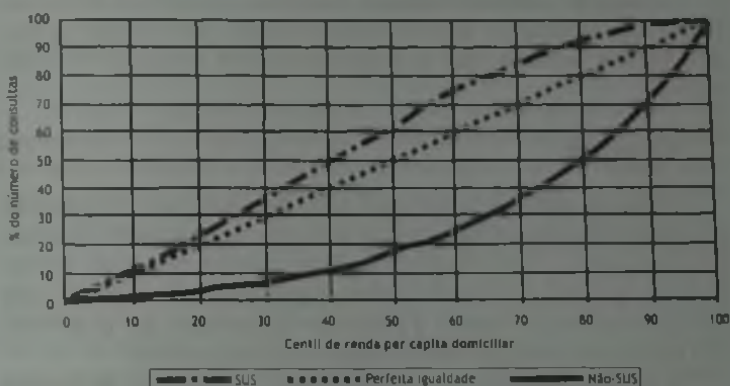
A curva de Lorenz é muito utilizada pelos economistas para calcular o coeficiente de Gini que é a medida mais utilizada para calcular a concentração em uma distribuição de renda. A curva apresenta no eixo do x a distribuição da renda segundo decis ou percentis do menor para o maior valor e no eixo de y a distribuição da população de acordo com os níveis de renda correspondentes. Havendo distribuição igual para cada grupo a curva deverá coincidir com a reta diagonal originada no ponto zero. A área entre a curva real e a diagonal será utilizada para o cálculo do coeficiente de Gini. Esta medida tem valor entre 0 e 1 sendo o 0 correspondente à ausência de concentração de renda e o 1 correspondente ao máximo de concentração de renda.

Abordagem semelhante pode ser usada para estudar a concentração de uso de serviços de saúde, por exemplo, ou a distribuição do estado de saúde segundo a distribuição da renda. O índice de concentração tem a vantagem de levar em conta a distribuição populacional e o tamanho de cada grupo.

EXEMPLO 7

A curva de Lorenz pode ser usada para comparar duas ou mais distribuições evidenciando graficamente a existência ou não de concentração na distribuição. A Figura 8 mostra a distribuição das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a distribuição das internações hospitalares financiadas pelo setor privado (não SUS) segundo percentis de renda domiciliar *per capita*.

Figura 8. Distribuição porcentual da cobertura hospitalar (SUS e não SUS) por decil de renda (curva de concentração) Brasil, 1998.



O tracejado mais fino indica a reta que seria esperada se a distribuição fosse completamente equitativa, isto é, se a proporção acumulada de internações correspondesse exatamente à proporção acumulada da renda domiciliar *per capita*. A linha tracejada forte mostra a distribuição das internações pelo SUS. Não há muito deslocamento em relação à linha diagonal mostrando que as internações se distribuem regularmente ao longo da distribuição de renda. Podemos observar que a mediana da renda *per capita* (percentil 50 no eixo do x) corresponde

a 60% das internações, isto é, proporcionalmente mais pessoas com renda baixa utilizam as internações pelo SUS. Praticamente não ocorrem internações pelo SUS acima do percentil 90, ou seja, para os 10% mais ricos da população. A curva de traçado cheio corresponde às internações financiadas pelo setor privado (seguro de saúde ou pagamento direto). Ela se afasta bastante da diagonal indicando a grande concentração de uso entre os mais ricos. A mediana da renda *per capita* corresponde apenas a 18% das internações e 50% das internações se concentram acima do percentil 80, ou seja, nos 20% mais ricos.

Correlação e regressão

O coeficiente de correlação detecta o grau de associação entre o indicador socioeconômico e o indicador de saúde selecionado, sem levar em conta o tamanho dos grupos correlacionados. É uma medida bastante utilizada em estudos de agregados nos quais as unidades de informação e análise são constituídas por áreas espaciais.

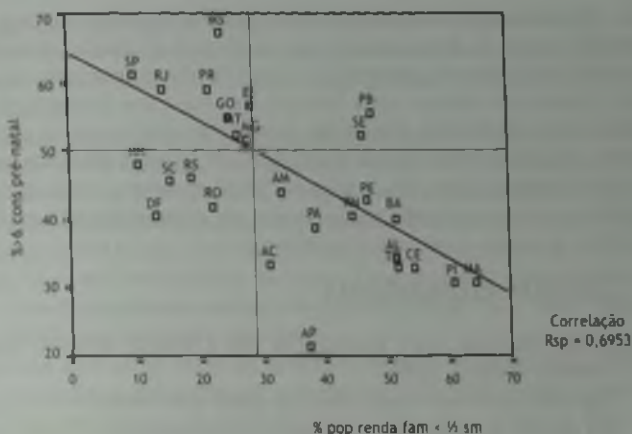
A regressão relaciona as taxas de incidência, prevalência ou mortalidade com as variáveis de nível socioeconômico. Para utilizar o modelo linear é necessário que os grupos apresentem um gradiente claro entre si.

EXEMPLO 8

Podemos ilustrar o uso do coeficiente de correlação e da regressão no estudos das desigualdades sociais em saúde com os dados apresentados no gráfico. Cada ponto corresponde a uma unidade da federação e sua posição no gráfico é definida pela dupla de variáveis cuja correlação está sendo testada: a proporção de mulheres que receberam pelo menos seis consultas de pré-natal e a taxa de pobreza.

Se existir correlação entre duas variáveis quantitativas os pontos devem distribuir-se em torno de uma reta. Se a relação entre elas for diretamente proporcional, ou seja, se os valores variarem na mesma direção, o coeficiente será positivo e próximo ao valor 1. Caso a correlação seja inversamente proporcional, o coeficiente será negativo e próximo a -1. Não existindo correlação, o valor tende a zero. No exemplo que estamos analisando a correlação é inversamente proporcional, ou seja, quanto menor o nível de pobreza maior a proporção de mulheres com pelo menos seis consultas de pré-natal, o coeficiente tem valor de 0,6953 e a correlação pode ser considerada satisfatória.

Figura 9. Distribuição dos estados segunda porcentagem da população com mais de seis consultas pré-natal e taxa de pobreza. Brasil, 1997



Fonte: IDB98/Datasus

A reta de regressão ajustada aos pontos mostra que a maioria das populações dos estados apresenta utilização de consultas de pré-natal compatível com seu nível de pobreza. Entretanto, alguns estados apresentam desvios importantes em relação ao esperado. No quadrante superior esquerdo estão representados os estados com taxa de pobreza menor do que 30% e 50% ou mais das mulheres com pelo menos seis consultas de pré-natal. No quadrante inferior esquerdo estão os estados que apesar de terem as menores taxas de pobreza apresentam menos de metade das mulheres com pelo menos seis consultas de pré-natal, sugerindo problemas de oferta ou acessibilidade. No quadrante inferior direito estão os estados com maiores concentrações de pobreza e menores coberturas de pré-natal. No quadrante superior direito estão os estados de Sergipe e Paraíba com coberturas maiores do que seria esperado pelos seus níveis de pobreza. Podemos ainda, analisar a distribuição dos pontos para o mesmo nível de pobreza identificando os estados com melhor ou pior desempenho em cobertura pré-natal. Por exemplo, para estados com taxa de pobreza entre 30 e 40%, observamos que no Amapá a cobertura está pouco acima de 20%, no Acre cerca de 32%, no Pará, 40% e no Amazonas 45%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As desigualdades sociais em saúde podem ser enfocadas em dois grandes grupos: as desigualdades que se referem ao estado de saúde e ao perfil patológico da população, e que são fortemente influenciadas pela organização social e pela inserção de classe dos indivíduos, podendo ser compensadas apenas em parte pelas políticas públicas; e as que se referem a oferta, acesso e utilização de serviços de saúde, e que são mais influenciadas pela política nacional de saúde e pela organização dos serviços, podendo ser reduzidas ou eliminadas por meio de sistemas de saúde universais e equânimes.

LEITURAS RECOMENDADAS

Barata, Rita Barradas (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

Esta publicação reúne nove textos que foram encomendados aos autores por ocasião da realização do Seminário Latino-Americano "Condições de Vida e Situação de Saúde" promovido pela comissão de epidemiologia da Abrasco com o apoio da Fapesp, Secretaria de Estado da Saúde e Cenepi. Os textos abordam aspectos conceituais, metodológicos e instrumentais dos estudos epidemiológicos de desigualdade social em saúde.

Berkman, Lisa F. & Itiro Kawachi. *Social Epidemiology*. Nova York: Oxford University Press, 2000.

Este livro reúne dezesseis capítulos escritos por diferentes autores da epidemiologia social norte-americana abordando diferentes aspectos dos determinantes sociais em saúde: posição socioeconômica, discriminação, desigualdade de renda, condições de trabalho, impacto da aposentadoria, integração e redes sociais, depressão, estados afetivos, intervenções psicossociais, ambiente físico e social e política social

Marmot, Michael & Richard Wilkinson. *Social Determinants of Health*. Nova York: Oxford University Press, 1999

O livro discute em doze capítulos os aspectos teóricos e práticos, visando políticas públicas dos estudos de determinantes sociais em saúde. Cada capítulo foi escrito por um ou mais autores, docentes de universidades européias. Discutem-se aspectos relacionados com organização social, estresse e saúde, efeitos no início da vida, trajetória de vida, ambiente psicossocial no trabalho, transporte e saúde, coesão social e rede de suporte, política alimentar, pobreza, exclusão social e minorias, comportamentos de saúde e normas sociais.

LEITURAS COMPLEMENTARES

- Barata, Rita Barradas & Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996. *Rev Panam Salud Pública*, 7(2), pp. 118-24 fev. 2000.
- Carvalho, Marília Sá; Oswaldo Gonçalves Cruz & Flávio Fonseca Nobre. Perfil de risco: método multivariado de classificação sócio-econômica de microáreas urbanas — os setores censitários da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 13(4), pp. 635-45, out. 1997.
- Chor, Dóra & Claudia Risso de Araujo Lima. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(5), pp. 1.586-94, out. 2005.
- Coimbra Jr., Carlos Everaldo Alvares & Ricardo Ventura Santos. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 5(1), pp. 125-32, 2000.
- Silva, Jarbas Barbosa da & Marilisa Berti Azevedo Barros. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Rev Panam Salud Pública*, 12(6), pp. 375-83, dez. 2002.
- Silva, Lígia M. Vieira da; Jaimilson S. Paim & Maria da C. N. Costa. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev. Saúde Pública*, 33(2), pp. 187-97, abr. 1999.
- Souza, Renilson Rehem de. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 8(2), pp. 449-60, 2003.
- Szwarcwald, Célia Landmann, Francisco Inácio Bastos; Maria Angela Pires Esteves et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 15(1), pp. 15-28, jan. 1999.
- Szwarcwald, Célia Landmann; Francisco Inácio Bastos & Carla Lourenço Tavares de Andrade. Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la mortalidad neonatal en el Municipio de Rio de Janeiro, 2000. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), pp. 959-70, ago. 2002.
- Travassos, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cad. Saúde Pública*, 13(2), pp. 325-30, abr. 1997.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida-Filho, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), pp. 865-84, 2004.
- Arouca, S. *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Unesp-Fiocruz, 2003.
- Barros, M. B. A. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 20(4), pp. 269-73, 1986.
- Barros, M. B. A. & J. R. Carvalheiro. Entrevistas domiciliares e o ensino e pesquisa em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 18, pp. 411-7, 1984.
- Borrell, C. Métodos no estudo das desigualdades sociais em saúde. In: R. B. Barata (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, pp. 167-95, 1997.
- Braveman, P.; N. Krieger & J. Lynch. Health Inequalities and Social Inequalities in Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(2), pp. 232-4, 2000.
- Breilh, J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. *Cuerpos, diferencias y desigualdades*. Bogotá: Utópica Ediciones, 1998.
- Breilh, J.; E. Granda; A. Campana; J. Yépez; R. Páez & P. Costales. *El deterioro de la vida*. Quito. Corporación Editorial Nacional, 1990.
- Castellanos, P. L. Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad. Comportamiento de algunos indicadores de mortalidad en grupos de población con diferentes condiciones de vida en la "década perdida", en países seleccionados de América Latina y del Caribe. Washington: Paho/HSTA, 1992.
- . Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: R. B. Barata (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, pp. 31-75, 1997.
- Centre for Health Equity, Training, Research and Evaluation. What is Equity? *Newsletter*, 1, abr. 2000.
- Chor, D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2), pp. 423-5, 1999.
- Chor, D. & E. Faerstein. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1), pp. 241-4, 2000.

- Donnangelo, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- Gwatkin, D. Reducing Health Inequalities in Developing Countries. In: *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford University Press, fourth edition, 2000.
- Hertzman, C. & A. Siddi. Health and Rapid Economic Changes in the Late Twentieth Century. *Social Science & Medicine*, 51, pp. 809-19, 2000.
- Kawachi, I.; S. V. Subramanian & N. Almeida-Filho. A Glossary for Health Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, pp. 647-52, 2002.
- Krieger, N. A Glossary for Social Epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, pp. 693-700, 2001.
- Krieger, N. & E. Fee. Measuring Social Inequalities in Health in the United States: a Historical Review, 1900-1950. *International Journal of Health Services*, 26(3), pp. 391-418, 1996.
- Lombardi, C.; M. Bronfman; L. A. Facchini; C. G. Victora; E. C. Barros; J. U. Béria & A. M. Teixeira. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22(4), pp. 253-65, 1988.
- MacLeod, I. & G. Davey-Smith. Psychosocial Factors and Public Health: a Suitable Case for Treatment? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, pp. 565-70, 2003.
- Marmot, M. From Black to Acheson: Two Decades of Concern with Inequalities in Health. A Celebration of the 90th Birthday of Professor Jerry Morris. *International Journal of Epidemiology*, 30, pp. 1.165-71, 2001.
- Marmot, M. The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist. *Health Affairs*, 21(2), pp. 31-46, 2002.
- Marmot, M. G.; M. Kogevinas & M. A. Elston. Social/economic Status and Disease. *Ann. Rev. Public Health*, 8, pp. 111-35, 1987.
- Moss, N. Socioeconomic Disparities in Health in the US: an Agenda for Action. *Social Science & Medicine*, 51, pp. 1.627-38, 2000.
- Murray, C. J. L.; E. E. Kakidou & J. Frenk. Health Inequalities and Social Group Differences: What Should We Measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7), pp. 537-43, 1999.
- Navarro, V. & L. Shi. The Political Context of Social Inequalities and Health. *International Journal of Health Services*, 31(1), pp. 1-21, 2001.
- Paím, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: R. B. Barata (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, pp. 7-30, 1997.

- Possas, C. *Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Rosen, G. *Da política médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Rosenberg, M. W. & K. Wilson. Gender, Poverty and Location: How Much Difference Do They Make in the Geography of Health Inequalities? *Social Science & Medicine*, 51, pp. 275-87, 2000.
- Samaja, J. *Epistemología y metodología*. Buenos Aires: Eudeba, 1993.
- . *La reproducción social y la relación entre la salud y las condiciones de vida*. Washington: Paho/HPD/HDA/94.6, 1994.
- Solla, J. J. S. P. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 (2), pp. 207-16, 1996.
- . Diferenças nas propostas de operacionalização do conceito de classe social empregadas em estudos epidemiológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12(3), pp. 329-37, 1996.
- Wilkinson, R. G. *Unhealthy Societies*. Londres: Routledge, 1996.
- Wohlfarth, T. Socioeconomic Inequality and Psychopathology: Are Socioeconomic Status and Social Class Interchangeable? *Social Science & Medicine*, 45(3), pp. 399-410, 1997.
- Wright, E. O. *Class, Crisis and State*. Londres: New Left Books, 1978.

VIGILÂNCIA COMO PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA

Eliseu Alves Waldman

Conceitos

Vigilância epidemiológica, como é conhecida nos países latino-americanos e na maior parte dos europeus, ou ainda **vigilância em saúde pública**, assim designada pelos países de idioma inglês, é definida como a "continua e sistemática coleta, análise e interpretação de dados essenciais de saúde para planejar, implementar e avaliar práticas de saúde pública, intimamente integrada com a periodicidade de disseminação desses dados para aqueles que necessitam conhecê-los" (CDC 1986).

A crescente importância, em saúde pública, das doenças de curso crônico (infecciosas e não infecciosas) e a característica de apresentarem longos períodos de latência entre a exposição e a doença, torna necessário o acompanhamento de mudanças na prevalência de determinadas exposições na população ou em grupos populacionais definidos, que possam, a médio ou longo prazo, modificar a ocorrência dessas doenças. Em consequência, tivemos a ampliação da abrangência da vigilância que além de eventos adversos à saúde, passa a acompanhar a prevalência de fatores de risco com o objetivo de fundamentar estratégias de prevenção, avaliar sua efetividade e prever, por exemplo, o aumento da incidência da obesidade e de doenças cardiovasculares (Morabia 1996).

Breve histórico

O processo de observar, coletar dados, registrá-los e analisá-los com objetivo de direcionar intervenções médico-sanitárias, data da época de Hipócrates (Eylenbosch & Noah, 1988), no entanto, o primeiro re-

gistro histórico de uma medida sanitária relacionada à vigilância, deu-se no século XIV, durante a epidemia de peste bubônica, quando autoridades da República de Veneza submeteram a quarentena os navios que tivessem a bordo tripulantes com manifestações semelhantes à da peste bubônica (Moro & MacCormick, 1988).

Os primeiros registros de dados demográficos e de eventos relacionados à saúde das populações datam do século XVII. Entre os pioneiros, tivemos o médico e economista inglês William Petty (1623-1687) que salientava a importância da saúde das pessoas para o poder do Estado e propunha a coleta e registro regular de informações sobre a renda, educação e ocorrência de doenças. Um de seus seguidores, o também inglês John Graunt (1620-1674), desenvolveu estudos de mortalidade em Londres, com resultados inéditos, à época, ao demonstrar, por exemplo, a regularidade de fenômenos vitais como o excesso de nascimentos do sexo masculino, porém seu trabalho mais relevante foi a elaboração de uma tábua de vida (Rosen, 1994).

Tivemos também o médico inglês, William Farr (1807-1883), que aprimorou as técnicas aplicadas à estatística vital e elaborou uma das primeiras classificações de doenças, sendo apontado pela maioria dos autores como o precursor do conceito moderno de vigilância, por ter desenvolvido um sistema de coleta, análise e divulgação de estatísticas vitais, criando um instrumento voltado à melhoria das condições de saúde da comunidade (Langmuir, 1976).

A notificação compulsória das doenças, instituída no final do século XIX, constituiu importante precursor da vigilância, sendo até hoje utilizada como estratégia para melhor conhecimento do comportamento de doenças na comunidade (Thacker & Berkelman, 1988). Nessa época, alguns estados brasileiros adotaram esse procedimento com o objetivo de controlar doenças infecciosas em seus principais centros urbanos, mediante a aplicação do isolamento e da quarentena (Merhy, 1985).

Em 1939, é instituído na Inglaterra e no País de Gales, como parte do esforço de guerra, o Serviço de Laboratórios de Saúde Pública, constituído por uma rede nacional que utilizava os seus laboratórios como unidades sentinelas, buscando identificar, em momento oportuno, a ocorrência de surtos decorrentes de agressão por armas químicas ou microbiológicas. Esta é, provavelmente, a primeira aplicação do conceito de inteligência epidemiológica. Na década de 1960, o Serviço de Laboratórios de Saúde Pública da Inglaterra e do País de Gales incorpora atividades de vigilância epidemiológica, adotando, no en-

tan- to, um modelo distinto do desenvolvido pelos norte-americanos (Williams, 1985).

O desenvolvimento do conceito moderno de vigilância deu-se com a criação, em 1951, do Serviço de Inteligência para Epidemias do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de Atlanta, EUA. Esse Serviço consiste de um amplo programa de treinamento de epidemiologistas, com duração de dois anos, focalizando basicamente atividades de campo, com ênfase na investigação de surtos, avaliação de medidas de prevenção e controle de doenças. Com mais de meio século de experiência, é um dos mais antigos programas de capacitação em epidemiologia de campo em todo o mundo (Brachman & Music, 1989).

Com a criação, em 1965, da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde, temos a disseminação do uso da vigilância. No entanto, o seu reconhecimento internacional como instrumento útil para o controle de doenças vinculou-se à Campanha de Erradicação da Varíola, que criou condições à sua incorporação nos serviços de saúde pública, em praticamente todo o globo (Thacker & Berkelman, 1988).

Em 1968, a 21.^a Assembléia Mundial de Saúde discute amplamente a aplicação da vigilância epidemiológica, ampliando sua abrangência para quaisquer eventos adversos à saúde, tais como as malformações congênitas, envenenamentos na infância, leucemia, abortos, acidentes, doenças profissionais, entre outras (Thacker & Berkelman, 1988).

Em 1970, a Organização Pan-Americana da Saúde, em seu Plano Decenal de Saúde das Américas, recomenda aos seus membros o desenvolvimento de sistemas de vigilância, com o objetivo de conhecer permanentemente os fatores condicionantes das doenças mais relevantes em saúde pública, para permitir medidas adequadas e oportunas (Waldman, 1991).

As novas propostas de erradicação de doenças, surgidas nos anos 1980 e a prioridade conferida no início da década seguinte às doenças infecciosas emergentes, fortalecem propostas de vigilância global, de integração dos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde, visando à rápida identificação de doenças infecciosas emergentes e reemergentes. Tais propostas estão vinculadas também às mudanças na esfera das relações internacionais ocorridas com o fim da "guerra fria", e a preocupação das grandes potências em relação ao risco de agressão por armas biológicas (Fauci et al., 2005)

Evolução conceitual de vigilância

Conceito clássico

O termo *vigilância*, entendido como um instrumento de saúde pública, tem dois significados; um deles, introduzido no final do século XIX, pode ser entendido como a "observação dos comunicantes durante o período máximo de incubação da doença, a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou da data em que o comunicante abandonou o local em que se encontrava a fonte primária da infecção" (Schmid, 1956). Seu propósito é detectar os primeiros sintomas da doença para a rápida instituição do **isolamento**, substituindo por meio de uma conduta mais sofisticada a prática restritiva de **quarentena** (Langmuir, 1976). Portanto, esse conceito clássico de **vigilância** vincula-se aos de **isolamento** e **quarentena**, que determinam, respectivamente, a separação de indivíduos doentes (isolamento) ou potencialmente infectados (quarentena) de seus contatos habituais (Romero & Troncoso, 1981).

Tanto o **isolamento** como a **quarentena**, instrumentos de controle de doenças amplamente utilizados no século XIX, são medidas compulsórias, de caráter restritivo ou mesmo policial que cerceiam o direito individual de ir e vir, fato que confere a ambas as medidas implicações éticas e legais. Tais implicações e a necessidade de melhor conhecer a efetividade dessas medidas como instrumentos de controle de doenças ganharam atualidade recentemente com o surgimento de doenças infecciosas graves com grande potencial de disseminação global, como foi o caso da doença respiratória aguda grave (Sars) (Day et al., 2006).

Conceito moderno

No início dos anos 1950, surge um novo conceito de vigilância, desta vez, preocupado com o *acompanhamento sistemático de doenças na comunidade*, com o propósito de oferecer bases científicas para o aprimoramento de estratégias para seu controle (Langmuir, 1971). Seu desenvolvimento coincide com a guerra da Coreia e com um momento de forte tensão internacional, em que a guerra biológica, à semelhança de nossos dias, apresentava-se como um risco potencial, tornando necessário o estabelecimento de sistemas de informações de morbimor-

talidade que permitissem a rápida identificação e investigação de epidemias, tornando necessária a formação de epidemiologistas com essa finalidade (Langmuir & Andrews, 1952)

Inicialmente, a designação adotada para esse instrumento foi a de *inteligência epidemiológica*. O termo *inteligência* foi aplicado no sentido militar, ou seja, de "obter e dispor de informações, particularmente de informações secretas" (Langmuir & Andrews, 1952). Talvez para evitar o estigma do caráter militar da palavra *inteligência*, temos a sua substituição pelo termo *vigilância*.

Esse novo instrumento de saúde pública foi aplicado pela primeira vez, em 1955, quando várias regiões dos EUA enfrentaram uma epidemia de poliomielite, acometendo indivíduos imunizados com vacina de poliovírus inativado. A investigação desse episódio, que recebeu a denominação de "Acidente de Cutter", permitiu a identificação de lotes dessa vacina, que por problemas técnicos apresentavam vírus parcialmente inativados, sendo esta a causa da epidemia; além disso, produziu conhecimentos a respeito da poliomielite que se têm mostrado, até nossos dias, como básicos para seu controle (Nathanson & Langmuir et al., 1963).

Na década de 1960, graças ao epidemiologista tcheco Karel Raska, a vigilância ganha o qualificativo — *epidemiológica* —, denominação até hoje amplamente utilizada na América Latina e alguns países da Europa (Raska, 1964).

Langmuir, em 1963, ao definir o novo conceito de vigilância, foi cuidadoso ao delimitar o seu campo de aplicação, excluindo a responsabilidade direta pelas ações de controle, segundo ele, o profissional que trabalha na vigilância deve assessorar a autoridade sanitária quanto à necessidade de medidas de controle, porém a decisão e a operacionalização dessas medidas devem ficar sob a responsabilidade dessa autoridade.

Langmuir salienta também que alguns epidemiologistas apresentam a tendência de definir vigilância como sinônimo de epidemiologia, no seu sentido mais amplo, incluindo a pesquisa epidemiológica. No entanto, esse autor discorda dessa opinião, defendendo a tese de que a vigilância é uma das aplicações da epidemiologia em serviços de saúde (Langmuir, 1963).

Thacker & Berkelman (1988), em extensa revisão bibliográfica, discutem quais seriam os limites da prática da vigilância, e apontam que ela não abrange a pesquisa nem as ações de controle, afirmando, porém, que estas três práticas de saúde pública são relacionadas, mas in-

dependentes. Afirmam que as atividades desenvolvidas pela vigilância situam-se num momento anterior ao das pesquisas e ao da elaboração de programas de controle de doenças. Em função dessa discussão, esses autores propõem a adoção da denominação de *vigilância em saúde pública* como forma de evitar confusões a respeito da precisa delimitação dessa prática. Essa nova denominação consagrou-se internacionalmente, substituindo a expressão *vigilância epidemiológica* em boa parte da literatura especializada.

Fundamento teórico do conceito de inteligência epidemiológica

Cherkasskii (1988) desenvolveu considerações teóricas, com base no enfoque sistêmico, focalizando o comportamento das doenças infecciosas com o objetivo de conceituar vigilância epidemiológica. Salienta que o comportamento de muitas dessas doenças têm mudado sob o efeito do progresso da ciência e da tecnologia e de numerosos processos que assumem caráter global e induzem radicais transformações na vida social do homem.

Afirmando que a natureza viva constitui uma organizada, constante e harmônica interação de suas partes, cada uma delas governadas por leis específicas, e aplicando tal concepção à epidemiologia, passa a estudar o desenvolvimento do processo infeccioso não só "horizontalmente", isto é, através de sua distribuição no tempo, espaço e atributos da população, mas também dentro de uma visão "vertical", ou seja, dos sistemas biológico, econômico e político, apresentando-o como um todo inter-relacionado, interdependente, constituindo um fenômeno peculiar a cada nível e tomando todos os seus níveis conjuntamente.

O antagonismo e a heterogeneidade da estrutura dos subsistemas que interagem forçam os movimentos e a auto-regulação interna a cada nível da organização do processo infeccioso. Ao mesmo tempo que o processo se desenvolve a cada nível (horizontalmente), pode, virtualmente, reagir com os demais níveis (verticalmente). Em outros termos, as transformações fenotípicas e genotípicas de um parasito ao nível molecular podem determinar ao nível celular tanto o aparecimento de um novo biotipo de microorganismo, como alterar o mecanismo de imunidade celular e humoral do hospedeiro.

Essas transformações podem refletir também nas peculiaridades da patogenia e do quadro clínico da doença, manifestada nos tecidos e órgãos ou pela mudança de seu comportamento epidemiológico no socioecossistema. Como exemplo cita as medidas tomadas no comba-

te à infecção no nível do ecossistema (exemplo, vacinação) que por sua vez refletem no quadro clínico da doença (nível orgânico) e no micro-organismo induzindo a reorganização do seu genótipo e fenótipo (nível celular e molecular).

Com base nesses referenciais, Cherkasskii (1988) define vigilância epidemiológica como "o estudo complexo e multilocalizado da dinâmica das doenças, abrangendo a investigação tanto no subsistema biológico (biologia e ecologia dos agentes causais e de seus hospedeiros e vetores) quanto no subsistema social (do ambiente social determinante do caráter e da escala de disseminação da doença em determinado território)"

Nessas condições, feitas as devidas adequações, a vigilância epidemiológica estudaria agravos específicos à saúde de causa infecciosa ou não, pela observação contínua de cada um dos seguintes níveis do sistema: *a)* subcelular (molecular); *b)* celular; *c)* orgânico (clínico); *d)* ecossistêmico (biogeocenose). *e)* socioecossistêmico.

Vigilância epidemiológica: uma abordagem sistêmica

Tentando sistematizar as diferentes experiências desenvolvidas nas últimas décadas, em todo o globo, e utilizando o enfoque sistêmico, podemos dizer que a vigilância de um específico evento adverso à saúde é composta, ao menos, por dois subsistemas conforme apresentado na Figura 1 (Waldman 1991):

a) Subsistema de informações para a agilização das ações de controle que atua nos níveis locais dos sistemas de saúde e tem por objetivo agilizar o processo de identificação e controle de eventos adversos à saúde. A equipe que faz parte desse subsistema deve estar perfeitamente articulada com a de planejamento e avaliação dos programas, sendo responsável, portanto, pela elaboração das normas utilizadas nos serviços locais de saúde.

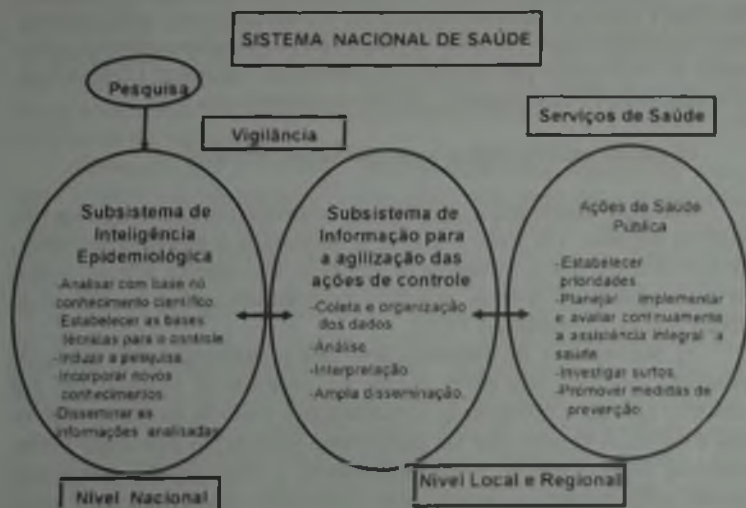
Salientamos que **norma** deve ser entendida no sentido utilizado em planejamento, ou seja, como uma padronização de atividades e condutas, constituindo instrumento para o desenvolvimento e avaliação de programas de saúde, portanto deve ser adequada à realidade local.

b) Subsistema de inteligência epidemiológica que é especializada e tem por objetivo elaborar, à luz do conhecimento científico e com fundamento na análise rotineira dos dados, relativos ao comportamento das doenças na comunidade, as **bases técnicas** dos programas de controle de específicos eventos adversos à saúde.

Ao falarmos em bases técnicas de um programa, estamos nos referindo a sua fundamentação técnico-científica, que apresenta um caráter mais universal.

Por exemplo, as bases técnicas para um programa de controle da tuberculose em Santa Catarina, na Bahia, ou talvez, na Califórnia (EUA), provavelmente sejam muito semelhantes; o que irá diferir é a norma, que deve estar vinculada às características do comportamento da doença na comunidade, devendo também levar em consideração os recursos humanos, materiais e as tecnologias disponíveis para o desenvolvimento dos programas de controle.

Figura 1 Esquema de inserção da vigilância no Sistema Nacional de Saúde



Fonte: E. A. Waldman & T. E. C. Rosa, 1998

Outro objetivo do subsistema de inteligência epidemiológica é identificar lacunas no conhecimento científico e tecnológico, pois, à medida que for acompanhando o comportamento de específicos eventos adversos à saúde na comunidade, poderá, eventualmente, detectar mudanças desse comportamento não explicadas pelo conhecimento científico disponível, fato freqüente na vigilância de doenças infecciosas emergentes. Identificada essa lacuna no conhecimento disponível, é papel da inteligência epidemiológica induzir a pesquisa.

Esse subsistema tem por função, também, incorporar aos serviços de saúde o *novo conhecimento* produzido pela pesquisa, com o objetivo de aprimorar as medidas de controle. Isso pode ser feito, introduzindo-o nas *bases técnicas* que são encaminhadas aos serviços de saúde na forma de *recomendações* disseminadas por *Boletins Epidemiológicos*. Esse subsistema constitui a ponte entre o subsistema de serviços de saúde e o subsistema de pesquisa do Sistema Nacional de Saúde.

A VIGILÂNCIA E AS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA

Publicação recente discutindo a importância da modernização da saúde pública nas Américas e sua real inserção na agenda de transformações do setor saúde, defende a necessidade de definição clara de seu papel e da operacionalização dos conceitos que lhe dão fundamento, entre eles o das funções essenciais de saúde pública (Muñoz & cols., 2000).

Esses mesmos autores apontam um elenco de funções consideradas essenciais e próprias da saúde pública, cuja implementação é indispensável ao seu bom desempenho. Destacam entre tais funções essenciais a *vigilância epidemiológica*, a *regulação e fiscalização sanitária*, ambas integradas no Brasil com a denominação de *vigilância sanitária*, assim como a *pesquisa voltada à avaliação da eficácia, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde* e a *investigação e desenvolvimento de soluções inovadoras em saúde pública*.

Foge aos objetivos deste texto a discussão mais aprofundada dessas funções, mas cumpre salientar a importância do uso articulado delas para o bom desempenho da área de saúde pública, quaisquer que sejam as características assumidas por um sistema nacional de saúde. Como o objetivo deste texto é discutir a vigilância epidemiológica, buscaremos apresentar, por meio de exemplificações, possíveis formas de articulação da vigilância com algumas das funções citadas.

Para o controle sanitário de produtos, insumos, tecnologias médicas, riscos ambientais e serviços, é indispensável a utilização, de forma articulada, de algumas funções essenciais de saúde pública, merecendo destaque, além da vigilância epidemiológica, a *regulação*, a *fiscalização sanitária* e a *pesquisa* (Muñoz & cols., 2000, Waldman, 1991). Como exemplo, podemos citar as implicações em saúde pública, por um lado, da ampliação do uso de novas tecnologias voltadas à produção e preservação de alimentos e, por outro, das mudanças de hábitos alimentares, notadamente em populações urbanas. Como consequência, assistimos, tanto ao aumento da disponibilidade de alimentos, como à

substancial ampliação dos riscos de doenças transmitidas por alimentos (DTA), a ponto de predominarem entre os patógenos emergentes identificados nas últimas décadas, os transmitidos por esse veículo, entre eles o *Campylobacter* sp, a *E. coli* entero-hemorrágica e o *Cryptosporidium* (Tauxe, 1997).

A ampliação da importância em saúde pública das DTA, que de certa forma está também relacionada com a globalização da economia, tornou necessária uma complexa regulamentação dos procedimentos envolvidos em todos os pontos da cadeia produtiva dos alimentos, ficando, como atribuição do setor saúde, importante parcela da responsabilidade pelo contínuo aperfeiçoamento dessa legislação, assim como pela fiscalização de seu cumprimento. Por outro lado, a vigilância articulada com a pesquisa epidemiológica tem-se mostrado instrumento valioso na identificação de grupos e fatores de risco associados às DTA, constituindo, portanto, importante ferramenta para a fundamentação técnica que subsidia a elaboração e atualização da legislação, assim como a identificação de situações de risco iminente que implicam a intervenção da fiscalização.

Um exemplo clássico da articulação da vigilância com as funções de regulação e fiscalização foi a investigação de um surto de diarreia grave, associado à infecção da *Salmonella newport*, com elevada letalidade, ocorrido nos EUA, atingindo especialmente adultos. Neste episódio todas as cepas isoladas de salmonela mostraram-se multirresistentes a antibióticos, apresentando também um plasmídeo com idêntico padrão de restrição. A ampliação dessa investigação permitiu estabelecer uma relação desse surto com o uso de antibióticos de largo espectro, em doses subterapêuticas, na ração utilizada na criação de gado destinado ao consumo humano, selecionando bactérias resistentes, que neste episódio infectou as pessoas pela ingestão de carne e derivados (Holmberg & cols., 1984).

Com base nos resultados dessa investigação, pode-se estabelecer que o uso indiscriminado de antibióticos de largo espectro na ração de rebanhos de animais de corte seleciona cepas multirresistentes, constituindo fator de risco para gastroenterites de evolução grave na população humana (Holmberg & cols., 1984). O conhecimento produzido por essa investigação efetuada, de forma articulada, com as vigilâncias das gastroenterites e a de base laboratorial para salmoneloses, contribuiu para a elaboração ou aprimoramento da regulamentação da adição de antibióticos na produção de ração utilizada em rebanhos destinados à produção de alimentos para consumo humano.

A VIGILÂNCIA NO BRASIL

Os primeiros passos para a introdução da vigilância epidemiológica no Brasil foram dados durante a Campanha de Erradicação da Variola, no início da década de 1970. Nesta época alguns estados, especialmente o Rio Grande do Sul, aplicaram com sucesso esse novo instrumento no aprimoramento das atividades de controle das doenças imunopreveníveis. Também nessa época, a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública centraliza a notificação compulsória de doenças em todo o território nacional e cria o *Boletim Epidemiológico* com o qual passa a divulgar mensalmente dados consolidados do País, relativos a doenças de notificação compulsória (Waldman, 1991).

Na segunda metade da década de 1970, assistimos a uma profunda modernização do Ministério da Saúde, com a criação das Secretarias Nacionais de Ações Básicas de Saúde, de Vigilância Sanitária e de Vigilância Epidemiológica, assim como do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), este último com o objetivo de atuar nos campos da pesquisa, normatização e de apoio técnico ao controle sanitário de produtos de consumo humano. Nesse mesmo período tivemos a promulgação da Lei criando o Sistema Nacional de Saúde, que, de certa forma, estabelece as premissas do Sistema Único de Saúde (Waldman, 1991).

Nesta reformulação, o Ministério da Saúde, em 1975, promove as condições para ampla utilização da vigilância epidemiológica em todo o País, criando o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), tomando ainda as seguintes medidas complementares (Waldman, 1991):

- Padronização da ficha de notificação e investigação de doenças e do formulário de Declaração de Óbito para todo o País.
- Definição de critérios nacionais para doenças de notificação compulsória.
- Criação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SNLSP), com estrutura regionalizada e hierarquizada para apoio aos programas de controle de doenças e à vigilância.
- Criação da figura dos Laboratórios Nacionais de Referência que deveriam articular-se com os Laboratórios Internacionais de Referência.
- Criação de laboratório para controle de qualidade de vacinas.
- Implantação do Sistema de Informações de Mortalidade, que constitui um marco no aprimoramento das estatísticas vitais no País.

- Toma medidas que fortalecem o Programa Nacional de Imunizações iniciado em 1973.

No período de implantação do SNVE, tivemos expressivos investimentos no SNLSP; de 1976 a 1979, por exemplo, foram implantados, em todo o País, 515 unidades de laboratórios, com diferentes níveis de complexidade. Essas unidades estavam explicitamente inseridas no subsistema de serviços de saúde com o objetivo de desenvolver atividades de diagnóstico de interesse tanto dos programas de saúde como da vigilância epidemiológica (Waldman, 1991).

Paralelamente à organização do SNLSP, mas articulado com o esforço de consolidar o SNVE, presenciamos a recuperação do Instituto Oswaldo Cruz. Seu ressurgimento se faz em consonância com as linhas gerais estabelecidas para o SNLSP, porém com objetivos específicos distintos, uma vez que, longe de buscar inserir-se no subsistema de serviços de saúde, situou-se no de pesquisa em saúde pública, num esforço de retornar às origens, assumindo papel semelhante ao que tivera nas primeiras décadas do século XX. Tal inserção, ainda que tenha determinado algumas dificuldades iniciais em sua articulação com as demais unidades do SNLSP, mostrou-se correta pois permitiu sua consolidação como órgão de excelência de pesquisa em saúde pública, abrangendo tanto a medicina experimental e o desenvolvimento tecnológico, como as pesquisas epidemiológicas de campo (Waldman, 1991).

Entre as características básicas do SNVE nas décadas de 1970 e 1980, temos a de abranger exclusivamente doenças infecciosas de notificação compulsória e agravos inusitados à saúde. No entanto, em 1984, assistimos à implantação, no estado de São Paulo, do sistema de vigilância de eventos adversos pós-vacinação (SVEAPV), criado com a finalidade de conhecer a magnitude do problema e fundamentar tecnicamente medidas diante de lotes de vacina mais reatogênicos. Este foi o primeiro sistema de vigilância para eventos adversos associados ao uso de tecnologias médicas criado no Brasil. No início da década de 1990 o Ministério da Saúde torna de âmbito nacional esse sistema de vigilância.

A partir dos anos 1990, temos as primeiras iniciativas de desenvolvimento da farmacovigilância que se consolidou, anos mais tarde, na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), assim como dos sistemas de vigilância para traumas e lesões, de doenças crônicas e, mais recentemente, temos assistido a iniciativas de implantar a vigilância ambiental. Houve também, nos últimos anos, esforços para criar e/ou fortalecer sistemas de vigilância de base laboratorial, merecendo men-

ção especial, o mais antigo deles, existente desde os anos 1960, o sistema de vigilância do vírus da influenza, formado por Laboratórios Colaboradores da OMS. Temos assistido também a iniciativas voltadas à criação de sistemas de vigilância de base laboratorial para infecções bacterianas associadas a doenças transmitidas por alimentos.

Na segunda metade dos anos 1990, temos a incorporação de novas tecnologias aplicadas a transmissão e armazenamento de dados gerados por sistemas de vigilância, que passam a ser efetuadas de forma eletrônica, com a criação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), criando condições para que, a médio prazo, seja possível tornar disponível uma ampla base de dados referente a morbidade.

Uma importante iniciativa voltada a capacitar epidemiologistas de campo, foi a criação, em 2000, de um programa de formação de recursos humanos para atuar na área da vigilância epidemiológica, que recebeu a denominação de EPI-SUS. Esse programa segue, em termos gerais, a metodologia desenvolvida no CDC, focalizando principalmente habilidades em investigação de surtos. Tal iniciativa é de importância estratégica para o País, especialmente, em função da ampliação de riscos associados à emergência de doenças infecciosas, algumas delas com grande potencial de expansão e de impacto, tanto econômico como de morbimortalidade.

NOVAS APLICAÇÕES DA VIGILÂNCIA

Os sistemas de vigilância são importantes instrumentos para identificar doenças emergentes, comportamentos modificados de doenças já conhecidas, doenças que ocorrem em situações inusitadas, monitorizar e avaliar riscos a saúde e intervenções. Para cumprir esses objetivos têm sido desenvolvidos novas aplicações da vigilância, entre elas, a de eventos adversos associadas à tecnologias médicas, vigilância ambiental, a de traumas e lesões, de doenças crônicas e de vigilância para resposta global a doenças emergentes.

Vigilância de tecnologias médicas

Com a ampla utilização de medicamentos industrializados a partir da década de 1950, surgiram alguns acidentes com notável repercussão na opinião pública e entre profissionais de saúde, induzindo a percepção de que toda intervenção médica implica riscos (Thacker, 1986).

O evento mais marcante que, de certa forma, levou ao desenvolvimento da farmacovigilância, foi a epidemia de um tipo de má-formação congênita extremamente rara, conhecida como focomelia, associada ao uso da talidomida durante a gravidez (Lenz, 1962), ocorrida em 1961, atingindo milhares de crianças em vários países. A revisão dos protocolos das pesquisas realizadas previamente à comercialização deste fármaco, revelou que os resultados eram insuficientes para sua aprovação e, além disso, teriam sido erroneamente interpretados (Laporte & Tognoni, 1993). Esse evento determinou mudanças significativas na regulamentação dos procedimentos para o licenciamento e comercialização de novos medicamentos e vacinas (WHO, 2002).

Apesar desse maior rigor nos critérios de desenvolvimento das pesquisas, os ensaios clínicos prévios à comercialização dos fármacos têm suas limitações, tomando indispensável a vigilância de eventos adversos pós-comercialização, cuja denominação é farmacovigilância. Entre as limitações dos ensaios clínicos temos: i) o tempo limitado de tratamento e o pequeno número de pacientes estudados não permitem a identificação de reações adversas raras; ii) por questões éticas esses estudos não incluem gestantes, idosos, crianças e pacientes com outra patologia que não a de interesse; iii) não identifica eventos adversos que ocorrem nas condições de uso rotineiro após a comercialização, quando não existirá o mesmo rigor das investigações clínicas nos critérios rígidos de seleção e de acompanhamento dos pacientes (WHO, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a farmacovigilância como o instrumento de saúde pública aplicado à identificação, análise, compreensão de eventos adversos associados ao uso de medicamentos com a finalidade de estabelecer as bases técnicas para sua prevenção. Recentemente o uso da farmacovigilância foi ampliado para as demais tecnologias médicas, ou seja, vacinas, hemoderivados, produtos biológicos, plantas medicinais, medicina tradicional e complementar, equipamentos médicos.

Os objetivos específicos da farmacovigilância são (WHO, 2002):

- Aprimorar o atendimento ao paciente e a sua segurança em relação ao uso de medicamentos e toda intervenção médica e paramédica;
- Aprimorar o desempenho das atividades de saúde pública, com o objetivo de garantir a segurança em relação ao uso de medicamentos;
- Contribuir para a avaliação do benefício, dano, custo-efetividade e risco de medicamentos, encorajando o uso seguro e racional;
- Promover o entendimento, educação e treinamento clínico em farmacovigilância e sua comunicação efetiva ao público

As vacinas, à semelhança de outros produtos farmacêuticos, não são inteiramente livres de riscos. Enquanto a maioria dos seus efeitos colaterais não apresenta gravidade, algumas vacinas têm sido associadas a raros, porém graves eventos adversos (Ellenberg & Chen, 1997) que, por serem pouco frequentes, são identificados somente após sua comercialização, quando amplamente utilizadas pela população (Thaker & Berkelman, 1986).

De forma distinta ao que ocorre com os medicamentos, as vacinas são aplicadas em indivíduos sadios, fato que diminui o limiar de tolerância à ocorrência de efeitos colaterais. Além disso, à medida que as doenças imunopreveníveis são controladas, o risco de determinados eventos adversos mais graves pode superar o da ocorrência da doença. Portanto, o rigoroso monitoramento da segurança das vacinas é o principal instrumento da manutenção da confiança e adesão aos programas de imunização, evitando o ressurgimento de doenças já controladas, como ocorreu no passado, em vários países, em relação à coqueluche (Gangarosa et al., 1998; Miller et al., 1982). Diante disso, a vigilância é necessária e deve ter por objetivo identificar prontamente loes reatogênicos e reações adversas não conhecidas (Ward, 2000). Exemplificando, temos a discussão de mudanças da estratégia de imunização contra poliomielite, em virtude da ocorrência de casos da doença associados ao vírus atenuado (Sangruee et al., 2004).

A interpretação dos dados de sistemas passivos de vigilância de eventos adversos pós-vacina deve levar em conta várias limitações, como a subestimação das taxas de casos notificados e o fato de não expressarem risco em virtude das dificuldades na obtenção de numeradores e denominadores adequados (Zhou et al., 2003). Existe também o viés de notificação preferencial dos casos de maior gravidade diminuindo a representatividade do sistema (Heininger, 2004). Outras limitações devem ser apontadas: i) a elevada frequência com que ocorrem exposições a múltiplas vacinas e o número elevado de possíveis reações adversas (Lawrence et al., 2003); ii) a dificuldade de obtenção de informações de re-exposição entre indivíduos que apresentaram reações pós-vacinais (Singleton, 1999); iii) a ocorrência frequente de doenças comuns da infância em idades que coincidem com as indicadas para a aplicação de vacinas (Begg & Miller, 1990).

A despeito das limitações apontadas, os sistemas passivos de vigilância têm constituído o principal instrumento para estudos sobre segurança de vacinas no período pós-licença, mostrando-se úteis na identificação de contra-indicações da vacina DPT e na avaliação da segurança

de vacinações combinadas e simultâneas (Begg & Miller, 1990; Stetler et al., 1989). Os estudos epidemiológicos sobre segurança de vacinas, ainda que possam oferecer melhores estimativas de associação causal, são geralmente dispendiosos, demorados e freqüentemente limitados a avaliação de um único evento (Gale et al., 1994; Chen et al., 1997; Camacho et al., 2005).

Vigilância ambiental

A vigilância ambiental requer a coleta, análise e disseminação de dados sobre riscos ambientais e desfechos. Os desfechos de saúde de interesse podem ser tanto óbitos como doenças, os riscos abrangem os agentes químicos, físicos e biológicos encontrados no ar, água, solo e alimentos. Estabelecer a associação entre esses desfechos e riscos ambientais específicos, é a questão crítica para a vigilância, nesse caso (Nsubuca et al., 2006).

Quatro questões são consideradas importantes para a vigilância ambiental. Primeiro, ser capaz de estabelecer associações entre uma exposição ambiental específica e um evento adverso à saúde. As dificuldades nesse caso decorrem da insuficiência de nosso conhecimento a respeito da patogenia da doença e de seu período de latência, além da dificuldade da mensuração da exposição e das múltiplas causas possíveis da doença. Segundo, como os dados utilizados na vigilância ambiental foram, freqüentemente, obtidos com outra finalidade, raramente incluem informações suficientes para a confirmação dos casos de acordo com a definição estabelecida. A terceira questão diz respeito à ansiedade da opinião pública que gera pressões políticas, interferindo, muitas vezes, negativamente na investigação. Por fim, temos a necessidade de identificar um marcador biológico da exposição ambiental de interesse; um exemplo é o monitoramento dos níveis sanguíneos de chumbo em crianças de uma comunidade (Thacker & cols., 1998).

A vigilância de eventos adversos à saúde quando aplicada a riscos ambientais tem as mesmas características da vigilância convencional, focalizando principalmente má-formações congênitas, incapacidades relacionadas ao desenvolvimento (por exemplo, paralisia cerebral, autismo e retardo mental); asma e outras doenças respiratórias crônicas; câncer e doenças neurológicas (por exemplo, doença de Parkinson, esclerose múltipla e doença de Alzheimer) (McGeehin et al., 2004).

Três pontos da vigilância ambiental são considerados críticos para a sua utilidade: *i)* ser capaz de efetuar mensurações de riscos específi-

cos (exemplo, poluentes do ar), de exposições (exemplo, níveis de chumbo no sangue) ou desfechos (exemplo, casos de asma); ii) deve constituir um sistema contínuo de registro de dados, embora inquéritos sejam de grande valia; iii) deve dispor de dados representativos do que ocorre na comunidade em tempo oportuno, para serem utilizados em planejamento, implementação e avaliação de intervenções de saúde (Thacker & cols., 1998).

Vigilância de traumas e lesões

Traumas e lesões são hoje um dos mais relevantes problemas de saúde pública, situando-se entre as dez principais causas de mortalidade em todo o mundo, sendo responsável por cerca de cinco milhões de óbitos anualmente e causa de elevadas taxas de incapacidade (Krug, 1999). Indivíduos de todos os estratos socioeconômicos estão sujeitos a risco de traumas e lesões (Nsubuca et al., 2006).

A vigilância de traumas e lesões inclui o monitoramento da incidência, causas e circunstâncias em que ocorrem casos fatais e não fatais, que podem ser classificados em não intencionais e intencionais. Esse grupo de causas de morbimortalidade tem sido historicamente negligenciado como problema de saúde pública, sobretudo porque, durante muito tempo, foram vistos como acidentes ou eventos que ocorrem ao acaso. Atualmente, no entanto, sabe-se que, ao menos parte deles, podem ser prevenidos. O uso de cinto de segurança e de assentos especiais para crianças em veículos automotores, de roupas resistentes a chamas, detectores de fumaça, a instalação de cercas em torno de áreas com água represada, entre outras ações, quando conjugadas a atividades educativas para a prevenção da violência, têm-se mostrado efetivas na prevenção desses agravos (Holder et al., 2001).

A prevenção de traumas e lesões tem merecido atenção somente em regiões desenvolvidas, apesar das taxas de mortalidade e incapacidade permanente, por esse grupo de causas serem mais elevadas nas nações não industrializadas. Portanto, é necessário o estabelecimento, para essas áreas, de estratégias de prevenção apropriadas, custo-eficiente e efetivas, levando em conta a complexidade do problema e a disponibilidade de recursos.

Para desenvolver estratégias de prevenção efetivas, é necessário melhorar a qualidade das informações, de maneira que conheçamos o número e tipos desses eventos, bem como as circunstâncias em que ocorrem, permitindo-nos conhecer a magnitude, grupos e fatores de

risco para a elaboração de estratégias adequadas de prevenção (Holder et al., 2001).

Com esse objetivo, foi elaborada, sob a coordenação da OMS, a Classificação Internacional de Doenças para as Causas Externas (Iceci), que é um esquema detalhado de classificação para as lesões, servindo de complemento à Classificação Internacional de Doenças (CID). Esse instrumento fornece um guia dedicado tanto para pesquisadores quanto para sanitaristas, buscando orientá-los sobre como classificar e codificar esses dados de forma que torne comparáveis as informações obtidas em diferentes países (Holder et al., 2001).

A identificação de fontes de informação constitui outro ponto relevante. Quando, por exemplo, necessitamos conhecer todo o espectro de traumas e lesões fatais e não fatais, numa determinada comunidade, o sistema de vigilância deve trabalhar com múltiplas fontes de informação. As relativas a casos fatais podem ser obtidas em Declarações de Óbito ou em unidades de emergência; quando o foco são os traumas e lesões de pequena e média gravidade, que em regra constituem a maioria dos casos, podemos utilizar como fontes de informação, ambulatórios e unidades básicas de saúde. Informações sistemáticas de casos não fatais, incluindo prevalência, comportamentos de risco podem ser obtidas em inquéritos periódicos de base populacional.

Alguns pontos críticos devem ser observados ao desenvolvermos um sistema de vigilância de traumas e lesões, num país em desenvolvimento (Nsubuga et al., 2006):

1. As fontes de dados devem ser expressamente definidas. Cabe salientar que em alguns países tais fontes de dados são identificadas fora dos sistemas de informação de saúde.

2. Os eventos e as variáveis de interesse devem ser definidos de acordo com os objetivos do sistema.

3. Critérios como a intencionalidade ou não do trauma e lesão, assim como o desfecho fatal e não fatal e a natureza do trauma e lesão (físico, sexual, psicológico, etc.), devem ser estabelecidos no início da implantação do sistema.

Vigilância de doenças crônicas

O desenvolvimento de políticas de promoção da saúde pressupõe avaliações confiáveis da magnitude da morbimortalidade de doenças e de eventos adversos à saúde, assim como de informações do custo-efetividade de intervenções e de estratégias. Todos esses pontos são

críticos quando tratamos de doenças não infecciosas, em sua maioria de evolução crônica (Nsubuga et al., 2006).

Em 1999, estimava-se que as doenças não transmissíveis causaram aproximadamente 60% dos óbitos em todo o mundo e as previsões da OMS, para 2020, com referência a países em desenvolvimento ou recentemente industrializados são de que haverá aumento de cerca de 50% nos óbitos por essas causas (Nsubuga et al., 2006).

Hipertensão, hipercolesterolemia, tabagismo, alcoolismo, obesidade e inúmeras doenças associadas a esses fatores, constituem problemas relevantes em saúde pública em todo o globo. Estudo efetuado por Vartiainen et al. (1995) apontou que somente o tabagismo, a hipertensão arterial e hipercolesterolemia explicam aproximadamente dois terços a três quartos das doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais.

A vigilância de fatores de risco, até recentemente, era utilizada somente em países desenvolvidos; no entanto, por iniciativa da OMS, temos assistido a uma expansão da utilização desse instrumento de forma que permita a comparabilidade de dados entre diferentes países, mas os resultados ainda se mostram frágeis nos países em desenvolvimento (WIIO, 2003).

A vigilância desempenhou importante papel nos EUA para a identificação da obesidade como uma prioridade em saúde pública nesse país, permitindo documentar a epidemia e mensurar a efetividade de intervenções (Sturm, 2003).

Vigilância para resposta global às doenças emergentes

Assistimos, recentemente, a um desempenho distinto e bem mais efetivo da vigilância nos níveis nacional e internacional, tanto na identificação como no desenvolvimento de estratégias de controle da disseminação de doenças infecciosas emergentes se comparada ao que ocorreu à época do surgimento da aids, quando essa doença se disseminou silenciosamente por vários países, durante longo período, antes de ser detectada e de que medidas de controle fossem tomadas.

Quando da emergência da síndrome respiratória aguda grave ("Sars"), o desenvolvimento do sistema global de vigilância resultou de um esforço internacional sem precedentes na história, no qual assistimos a uma integração, quase perfeita, de serviços de saúde, vigilância e instituições de pesquisa, permitindo em poucos meses a identificação do agente etiológico e de vários aspectos da epidemiologia da doença que fundamentaram medidas efetivas de controle (Barreto, 2003).

O risco potencial de enfrentarmos uma pandemia de influenza também tem sido motivo para a implementação de uma vigilância global focalizando essa doença, mediante a articulação de serviços de saúde, de sistemas nacionais de vigilância epidemiológica sob a coordenação da OMS e instituições de pesquisa, não somente com o objetivo de identificar precocemente uma possível adaptação do vírus da gripe aviária ao homem como também num esforço de ampliar nossos conhecimentos científicos sobre o assunto e permitir o desenvolvimento tecnológico para a produção de novos medicamentos antivirais e vacinas (Fauci et al., 2005).

ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE VIGILÂNCIA

Os sistemas de vigilância devem ser delineados conforme seus objetivos e as características dos eventos adversos à saúde de interesse, como ambos podem diferir amplamente, foram desenvolvidas várias estratégias das quais citaremos as mais frequentemente utilizadas:

Vigilância com base em Sistemas de Notificações Compulsórias de Doenças

Essa estratégia, quando na sua forma típica, tem por base leis e regulamentos que obrigam o médico e outros profissionais de saúde a notificar doenças da maneira mais ágil possível às autoridades locais e estaduais de saúde. E a estratégia de desenvolvimento de sistemas de vigilância mais utilizada na maioria dos países por ser a mais simples e de menor custo, porém costuma ter baixa sensibilidade.

Vigilância com base em Sistemas Articulados de Laboratórios

Os sistemas de vigilância de base laboratorial desenvolvem-se a partir da formação de uma rede de laboratórios, que se compromete a enviar ao laboratório de saúde pública de referência do sistema todas as cepas isoladas do microorganismo ou parasito de interesse. Nesse laboratório a cepa isolada é submetida à caracterização taxonômica (classificação do gênero e espécie), fenotipagem, genotipagem e identificação de *marcadores biológicos* associados a determinado tipo de comportamento do agente de interesse para a vigilância.

Essa estratégia aplica-se para determinadas infecções, como as causadas por enterobactérias, que, por não apresentarem síndrome clínica específica, só podem ser acompanhadas sistematicamente por meio de informações geradas em laboratórios. Nesse exemplo, define-se como caso o isolamento da enterobactéria.

Os laboratórios constituem fonte de informação indispensável não só para doenças infecciosas, mas para qualquer agravo diagnosticado exclusivamente por meio de análises laboratoriais; um exemplo, são as doenças profissionais ocasionadas pela absorção de metais pesados, nas quais o marcador biológico é a presença desses metais no sangue e na urina.

Outro exemplo é a utilização de vigilância de base laboratorial para doenças transmitidas por alimentos (DTA), estratégia que se tornou oportuna em face da alteração do comportamento dessas doenças por mudanças de hábitos alimentares advindos da substituição de alimentos *in natura* por produtos industrializados, com ampla distribuição no mercado, dificultando identificar a cadeia de transmissão envolvida nos surtos de DTA (Tauxe, 1997). Essa nova realidade cria condições para sua ocorrência com distribuição espacial difusa, podendo envolver muitos municípios e estados, tornando difícil a identificação tanto dos surtos como também das fontes e veículos de transmissão (Tauxe & Hughes, 1996).

Uma estratégia utilizada nesses casos é a vigilância de base laboratorial que tem por objetivo detectar agregados de casos de DTA, no tempo e/ou no espaço, facilitando a identificação de possíveis surtos. Essa estratégia é utilizada em vários países e recebeu a denominação de "PulseNet" (Swaminathan & cols., 2001).

Os laboratórios que participam deste sistema de vigilância, analisam rotineiramente as enterobactérias isoladas nas atividades de diagnóstico dessas unidades, por meio da técnica de eletroforese em campo pulsado ("pulsed field gel electrophoresis"), que permite a comparação rápida dos padrões da sequência do DNA das cepas examinadas. Em seguida, por meio de um banco de dados comuns e de um *software* específico para essa análise, conseguem identificar, pela semelhança das características genotípicas das enterobactérias examinadas, possíveis surtos, permitindo o início rápido da sua investigação e a tomada das medidas necessárias (Swaminathan & cols., 2001).

Vigilância com base em Dados Hospitalares

A vigilância de base hospitalar é a melhor opção para doenças em que o tratamento hospitalar é praticamente obrigatório. Nestas condi-

ções o desenvolvimento de *sistemas ativos de vigilância*, utilizando os diagnósticos de altas hospitalares, permite boa representatividade do sistema. No entanto, quando isso não for possível, o levantamento periódico desses dados nos oferece avaliação do nível de subnotificação de um sistema de vigilância passivo.

Sistemas de vigilância de infecções hospitalares podem ser implementados por meio do acompanhamento contínuo de dados obtidos de uma amostra representativa das unidades hospitalares de uma região. Nesse caso, é indispensável a integração com sistemas articulados de vigilância de base laboratorial que focalizem, principalmente, as bactérias de maior importância, associadas a infecções ocorridas em ambiente hospitalar.

Unidades hospitalares constituem, também, fontes importantes de informações para sistemas de vigilância de eventos adversos associados a tecnologias médicas, por exemplo, medicamentos e vacinas. Outro exemplo é o desenvolvimento de sistemas de vigilância de base hospitalar articulados com laboratórios focalizando septicemias causadas por bactérias gram-negativas, decorrentes de infecção hospitalar.

A notificação de doenças a partir do diagnóstico de altas hospitalares, especificando a época do início da doença e os locais de residência e de trabalho dos pacientes, pode permitir a identificação da ocorrência de agregados de casos de eventos adversos à saúde (*clusters*).

Vigilância com base em Eventos Sentinelas

Essa estratégia pode ser adotada em sistemas de vigilância de doenças que possam ser identificadas indiretamente por meio do que se denomina de *eventos sentinelas de saúde*. Tais eventos que podem ser óbitos ou determinadas síndromes, servem de alerta a profissionais de saúde, a respeito da possível ocorrência da doença de interesse da vigilância e indicam a necessidade de uma investigação (CDC, 2003).

Essa estratégia pode ser adotada tanto em área que não dispõe de sistema de saúde bem-estruturado e, portanto, sem acesso a laboratório para confirmação de doenças infecciosas de diagnóstico clínico mais complexo, como em regiões desenvolvidas com o intuito de aumentar a sensibilidade de sistemas de vigilância de doenças específicas, em relação às quais existe interesse de aumentar sua sensibilidade (CDC, 2003).

Em áreas desprovidas de serviços de saúde adequadamente estruturados, o objetivo dessa estratégia é aumentar a sensibilidade do sistema para identificação de surtos de doenças de maior letalidade. Podemos exemplificar com a vigilância para síndrome febril, ictero-

hemorrágica para áreas remotas e pouco desenvolvidas, onde a população tem contato frequente com reservatórios silvestres e, portanto, é vulnerável a doenças graves como a febre amarela, infecção pelo vírus ebola ou pelo vírus hantan. A síndrome febril, ictero-hemorrágica é de fácil identificação até para agentes de saúde, desde que adequadamente treinados; portanto, a partir de um sistema de vigilância por síndrome podemos conhecer o nível endêmico da ocorrência dessa síndrome na região e em caso de epidemia por uma das possíveis doenças associadas à síndrome, desenvolve-se investigação mais detalhada, também com acesso a exames de laboratório.

Essa mesma estratégia em áreas desenvolvidas pode ser aplicada para síndromes associadas a doenças para as quais exista programa de eliminação/erradicação, com o objetivo de aumentar sua sensibilidade. Nesse caso, um exemplo é a vigilância da síndrome febril exantemática, com o objetivo de aumentar a sensibilidade da vigilância do sarampo e da rubéola. Outro exemplo seria um sistema de vigilância de óbitos por síndrome respiratória aguda febril, para identificar epidemias de influenza com elevada letalidade.

Os sistemas de vigilância por síndrome pressupõem a elaboração de um algoritmo onde são apresentados, passo a passo, os procedimentos para investigação dos casos notificados da síndrome, com o objetivo de identificar a doença a ela associada (CDC, 2003)

Vigilância com base em "Médicos Sentinelas"

Uma fonte de informação para sistemas de vigilância, muito utilizada em alguns países como o Reino Unido, Holanda e Bélgica, é a denominada rede de "médicos sentinelas". Essa metodologia é utilizada com o objetivo de obter informações relativas à incidência e aspectos mais importantes do comportamento de determinados eventos adversos à saúde. Este tipo de fonte de informação apresenta alguns problemas operacionais, principalmente relativos à garantia de que o grupo de "médicos sentinelas" constitua amostra representativa.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SISTEMAS DE VIGILÂNCIA

O objetivo da vigilância não abrange somente a coleta de dados sobre específicos eventos adversos à saúde e sua transformação em informações úteis, mas a responsabilidade de *analisar essa informação à luz do conhecimento científico* e elaborar as *bases técnicas* que subsidia-

ção os serviços de saúde na elaboração e implementação de intervenções médico-sanitárias efetivas e eficientes

As características de um determinado evento adverso à saúde assim como da intervenção necessária para o seu controle, condicionam o delineamento e a estratégia de desenvolvimento do sistema de vigilância correspondente. Por exemplo, se o objetivo é prevenir a disseminação de uma doença como a Sars, será indispensável que a vigilância seja global, é necessário que ela obtenha informação com agilidade e tão completa quanto possível, disseminada já analisada, diariamente. Para isso, deverá identificar as fontes de informações mais adequadas e os usuários preferenciais dessas informações. Por outro lado, se o evento de interesse for de caráter crônico, em que o comportamento da doença e a prevalência dos fatores de risco mudam ao longo do tempo, o ritmo da disseminação da informação poderá ser bem mais lento. Em resumo, para diferentes sistemas de vigilância com diferentes objetivos e ações necessárias para atingi-los, necessitamos distintas fontes e fluxos de informações (Nsubuga et al., 2006).

O princípio básico da vigilância é o de que deve ser delineada e implementada para oferecer às autoridades sanitárias informações válidas (verdadeiras), no momento oportuno e ao menor custo possível (Nsubuga et al., 2006).

Ao planejarmos desenvolver sistemas de vigilância para específicos agravos à saúde é importante considerarmos dois pontos (CDC, 1992): i) a vigilância pode variar em metodologia, abrangência e objetivos; ii) a vigilância necessita ser adequada ao nível de complexidade e grau de desenvolvimento tecnológico dos sistemas de saúde em que será implantada.

O uso da vigilância em um determinado sistema de saúde deverá ter um ou mais dos seguintes objetivos (Teutsch & Churchil, 2000):

- Identificar novas doenças ou eventos adversos à saúde.
- Detectar epidemias e documentar a disseminação de doenças.
- Estimar a magnitude da morbidade e mortalidade causadas por determinados agravos.
- Identificar grupos e fatores de risco envolvendo a ocorrência de doenças, assim como resíduos de fontes de infecção e de suscetíveis.
- Recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde.
- Avaliar o impacto de medidas de intervenção e a adequação das táticas e estratégias aplicadas.

- Revisar práticas antigas e atuais de sistemas de vigilância com o objetivo de propor novos instrumentos metodológicos.

Em função das peculiaridades de cada Sistema Nacional de Saúde (SNS) temos diferentes abordagens e aplicações da vigilância, porém existem algumas características que são internacionalmente aceitas, entre elas a de que a vigilância seja simples e contínua, característica que a diferencia da pesquisa. Por outro lado, deve ter obrigatoriamente três componentes: i) coleta de dados; ii) análise dos dados; iii) a ampla distribuição das informações analisadas (Waldman, 1991; Halperin & Baker, 1992).

O uso regular da vigilância como instrumento de saúde pública pressupõe a existência de programas continuados de formação e treinamento de recursos humanos, especialmente, de epidemiologistas de campo. Por outro lado, é indispensável a avaliação periódica do desempenho dos sistemas de vigilância, pois se de um lado constituem instrumento simples e de baixo custo, por outro, seu uso somente se justifica se demonstrar sua utilidade. A avaliação de sistemas de vigilância dispõe de metodologia própria, que será apresentada mais à frente, neste capítulo.

CRITÉRIOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

Para a identificação de prioridades para o desenvolvimento de sistemas de vigilância para específicos eventos adversos à saúde, utilizam-se fundamentalmente três critérios; o primeiro deles é a **magnitude do dano** que toma como indicadores taxas de incidência e prevalência e de mortalidade, assim como a letalidade associada ao evento sob análise. Outro critério focaliza a **vulnerabilidade do dano**, ou seja, avalia a existência de fatores de risco ou fatores de prognóstico suscetíveis a medidas específicas de intervenção, ou mede o impacto potencial das medidas de intervenção sobre os fatores de risco (risco atribuível), ou, ainda, a existência de medidas específicas e eficazes de profilaxia e controle (vulnerabilidade do dano às intervenções profiláticas e terapêuticas). De acordo com esse critério, são também analisadas as possibilidades de identificação de subgrupos da população sujeitos a um risco elevado de serem atingidos pelo dano e, por fim, a possibilidade de compatibilizar as diversas intervenções em programas de controle polivalentes. O terceiro critério abrange a avaliação do **impacto social e econômico**, que focaliza aspectos relativos ao custo e factibilidade da intervenção *versus* efetividade e índices de produtividade perdida (exemplo: dias de incapacidade no leito; dias de trabalho perdidos), assim como o cálculo de anos de vida potencialmente perdidos.

DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE VIGILÂNCIA

Existem etapas a serem seguidas quando decidimos implementar um sistema de vigilância obedecendo mais ou menos à seqüência que apresentaremos a seguir (CDC, 1992).

1.ª Etapa: definir os objetivos do sistema de vigilância proposto

O primeiro procedimento a ser tomado para o desenvolvimento de um sistema de vigilância é estabelecer de forma clara seu(s) objetivo(s), que freqüentemente focalizam: *i*) a descrição da história natural de uma doença; *ii*) a identificação e investigação de surtos epidêmicos; *iii*) a identificação de tendências, grupos e fatores de risco; *iv*) a identificação de contatos de doentes, para a administração de drogas de ação profilática ou a de casos, para incluí-los num estudo de caso-controle; *v*) a geração de hipóteses relativas a etiologia, grupos e fatores de risco a serem testadas em estudos epidemiológicos complementares.

2.ª Etapa: definir caso

A adequada definição de caso para um sistema de vigilância é uma questão técnica importante, conferindo maior validade à informação gerada pelo sistema de vigilância e permitindo a comparabilidade dos dados. A elaboração da definição de caso está condicionada ao objetivo do sistema e em função dele podemos optar por definições mais sensíveis ou mais específicas.

Podemos tomar como exemplo as definições de caso do sarampo em diferentes momentos do desenvolvimento do programa de controle dessa doença em nosso País. Quando o objetivo era estabelecer um sistema de vigilância voltado a um programa de controle dessa doença, a *definição de caso* poderia ser muito sensível como por exemplo "doença infecciosa aguda, febril, exantemática, com sinal de «Koplik» em mucosas, acometendo crianças menores de cinco anos".

Num outro momento, quando a vigilância visava oferecer subsídios para um programa de eliminação do sarampo, a *definição de caso* passa a ser mais específica, como "Doença infecciosa aguda, febril, exantemática, com sinal de "Koplik" em mucosas, com presença de anticorpos específicos da classe IgM".

A elevada sensibilidade é a característica da primeira definição, que deve permitir ao sistema de vigilância identificar um maior número de casos. No entanto, deve também elevar o número de casos falsamente

positivos. A segunda definição, é bem mais específica, diminuindo provavelmente o número de casos falsamente positivos, mas deve diminuir também a capacidade do sistema para identificar casos.

Em determinadas situações, como a de sistemas de vigilância para Planos de Eliminação de doenças, podemos utilizar duas definições, uma de *caso suspeito*, outra de *caso confirmado*, a primeira mais sensível e a segunda mais específica. Utilizando essa estratégia obteremos resultados semelhantes aos oferecidos pela aplicação de testes de laboratório em série, como por exemplo a aplicação da técnica de Elisa e em seguida a de "western-blot" no diagnóstico da aids, quando temos um aumento do valor preditivo positivo do segundo teste, ou seja, aumentamos a probabilidade de os casos confirmados serem, de fato, casos (Gordis, 2002).

O que não pode ser esquecido é que as características da *definição de caso*, especialmente, a sua sensibilidade e especificidade devem estar obrigatoriamente condicionadas aos objetivos do sistema. A sua elaboração deve levar em conta os aspectos clínicos, de laboratório e epidemiológicos mais relevantes.

3.ª Etapa: componentes do sistema de vigilância

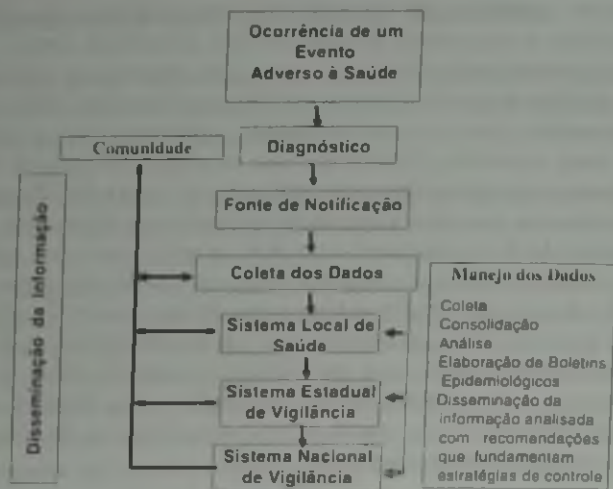
Estabelecidos os objetivos e a definição de caso, devemos passar a identificar os componentes do sistema, que são os seguintes:

1. População alvo desse sistema de vigilância
2. Periodicidade da coleta de informações
3. Identificação das informações a serem coletadas
4. Identificação da(s) fonte(s) de informação
5. Como a informação será coletada?
6. Como será transferida a informação?
7. Quem analisará as informações?
8. Como serão analisadas as informações?
9. Com que frequência serão analisadas as informações?
10. Com que frequência serão difundidos as informações analisadas?

4.ª Etapa: elaborar o fluxograma para cada sistema de vigilância

Nesta etapa, deverão ser esquematizados, de forma gráfica, os principais passos a serem seguidos por um sistema de vigilância. Quanto maior e mais complexo é esse esquema, mais dispendioso será o sistema de vigilância. Um exemplo de sistema de vigilância simples é dado na Figura 2 (página seguinte).

Figura 2. Diagrama de Fluxo de um Sistema de Vigilância



Fonte: E. A. Waldman & T. E. C. Rosa, 1998

5.ª Etapa: definir o tipo de sistema de vigilância

Dependendo das características da doença, dos objetivos do sistema, dos recursos disponíveis, da fonte ou fontes de informação a serem utilizadas, podemos optar por sistemas *ativos* ou *passivos* de vigilância. Para tomarmos a decisão devemos analisar as vantagens, desvantagens e limitações de cada uma dessas duas opções (CDC, 1992).

Sistema passivo

Um sistema de *vigilância passiva* caracteriza-se pela obtenção da informação mediante a notificação espontânea, é o tipo mais antigo e mais utilizado de vigilância, sendo também o que apresenta menor custo e maior simplicidade, porém tem a desvantagem de ser menos sensível, ou seja, é mais vulnerável à subnotificação, portanto, com maior frequência, será menos representativo, apresentando também maior dificuldade na padronização da *definição de caso*, em virtude da menor interação entre a equipe de vigilância e a da fonte de informação.

Os sistemas passivos podem ser úteis, apesar da subnotificação, pois nem sempre é essencial dispormos de dados do universo dos ca-

tos para termos condições de elaborar recomendações de medidas efetivas de controle. Mudanças na distribuição etária dos casos de uma doença podem ser analisadas para detectar epidemias e avaliar medidas de intervenção mesmo dispondo de dados subestimados, desde que representativos do universo.

A *subnotificação de casos* pode determinar a diminuição da efetividade das ações de controle de doenças à medida que induza vieses na tendência observada em sua incidência ou na estimativa do risco de ocorrência da doença; ou interfira na exatidão da avaliação do impacto de medidas de intervenção.

Sistema ativo

Os *sistemas ativos* de vigilância caracterizam-se pelo estabelecimento de um contato direto, a intervalos regulares, entre a equipe da vigilância e as fontes de informação, geralmente constituídas por clínicas públicas e privadas, laboratórios e hospitais. Esse tipo de vigilância é, geralmente, aplicado a doenças raras ou não conhecidas, ou, ainda, quando estão articulados a programas de erradicação de doenças.

Os *sistemas ativos* de coleta de informação permitem melhor conhecimento do comportamento dos eventos adversos à saúde na comunidade, tanto em seus aspectos quantitativos quanto qualitativos. No entanto, são geralmente mais dispendiosos, necessitando também de melhor infra-estrutura dos serviços de saúde.

Vogt et al. (1986) compararam *sistemas ativos* e *passivos* de vigilância, verificando, como resultado, que os *sistemas ativos* obtinham dados de melhor qualidade comparados aos obtidos pelos *sistemas passivos*. Thacker et al. (1988), ao compararem *sistemas ativos* e *passivos* de vigilância do sarampo, rubéola e de salmoneloses, verificam, à semelhança do estudo anterior, melhor desempenho do *sistema ativo*, verificando também variações, conforme a doença focalizada, do desempenho das fontes de informação utilizadas. As escolas se sobressaíram nas notificações de sarampo e rubéola e os hospitais e laboratórios nas de salmoneloses. Os centros de saúde não responderam tão bem, se comparados com as demais fontes de informação. No entanto, analisando a oportunidade das notificações de ambos os tipos de vigilância, ou seja, o intervalo de tempo entre o início da doença e a notificação, não verificaram diferenças importantes comparando o *sistema ativo* com o *passivo*.

Vale salientar que a busca ativa de casos não é característica exclusiva dos *sistemas ativos*, podendo perfeitamente ser utilizadas em *sistemas passivos*. Podemos exemplificar com os *sistemas passivos* de vi-

gilância da cólera, em que a notificação de um caso numa comunidade onde essa doença não é endêmica, deve implicar uma busca ativa de casos, outro exemplo seria o da vigilância passiva de raiva humana, em que a ocorrência de um caso adquirido por mordedura de cão, determina a busca ativa de outras pessoas agredidas por esse animal para submetê-la a medidas adequadas de profilaxia.

6.ª Etapa: definir as fontes de dados para o sistema de vigilância

O desenvolvimento de sistemas de vigilância implica o acesso a elevada gama de informações, especialmente relativas à morbidade e mortalidade, a dados demográficos, ao estado imunitário e nutricional da população, indicadores socioeconômicos, saneamento do meio e riscos ambientais, entre outras.

Portanto, para desenvolver um sistema de vigilância para um evento adverso à saúde, de forma moderna e abrangente, é indispensável, além do componente de informação próprio do sistema de vigilância, uma articulação com uma rede compatível de bases de dados interligados eletronicamente, com informações de saúde (Thacker & Stroup, 1994). No Brasil, podemos citar as seguintes bases de dados de informação de saúde, com os quais os diferentes sistemas de vigilância devem estar articulados: *i*) Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); *ii*) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); *iii*) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações; *iv*) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

Podemos classificar o uso de informações obtidas por sistemas de vigilância em três categorias: as de uso imediato, periódico e de armazenamento em arquivo (Thacker & Stroup, 1998). As de uso imediato são aquelas para identificação de epidemias, doenças emergentes, mudanças no espectro de resistência a antibióticos e mudanças na distribuição da população sob risco para determinada doença. Entre as informações que devem ser disseminadas periodicamente, temos as destinadas a: *i*) estimar a magnitude de problemas de saúde, incluindo o custo; *ii*) avaliar atividades de controle; *iii*) identificar prioridades em pesquisa para determinar grupos e fatores de risco para doenças; *iv*) apoiar o planejamento; *v*) monitorar fatores de risco e mudanças em práticas de saúde, assim como documentar a distribuição e a disseminação de doenças. Finalmente, as informações que devem ser mantidas em arquivos, são as que têm por finalidade descrever a história natural

de doenças; apoiar pesquisas epidemiológicas e de laboratório; validar o uso de dados preliminares de sistemas de vigilância e de pesquisas complementares a estes; identificar prioridades em pesquisa e documentar a distribuição e a disseminação de doenças.

AVALIAÇÃO DE SISTEMAS DE VIGILÂNCIA

Tanto para a implantação como para o desenvolvimento de sistemas de vigilância é indispensável a observação de critérios claros de utilidade, custo e qualidade. Com essa finalidade acham-se disponíveis métodos adequados e específicos aplicáveis tanto para o delineamento de um sistema como para sua avaliação. Tal metodologia desenvolvida pelo CDC é apresentada em detalhes em uma publicação recente (MMWR, 2001), da qual apresentaremos, a seguir, os principais pontos.

No processo de avaliação devemos levar sempre em consideração que os sistemas de vigilância variam em metodologia, abrangência e objetivos, não obedecendo a uma única versão aplicável em todos os casos e para todas as situações nacionais e regionais. Devem variar, adequando-se às características dos serviços de saúde existentes, ou seja, aos recursos humanos e financeiros, assim como ao grau de complexidade das tecnologias disponíveis.

Todo sistema de vigilância deve ser periodicamente avaliado, porém esse procedimento não é simples e deve levar em conta que cada sistema de vigilância tem características e necessidades particulares. Na avaliação deve-se buscar equilíbrio entre necessidades e recursos disponíveis.

A avaliação de sistemas de vigilância para específicos eventos adversos à saúde deve obedecer a uma seqüência de etapas, iniciando-se pela análise da relevância do evento sob vigilância e, para tanto, toma como indicadores a magnitude, severidade e vulnerabilidade do dano e de impacto social e econômico, conforme apresentamos no item "Critérios de identificação de prioridades". Em seguida analisam-se os objetivos do sistema e a adequação da definição de caso com esses objetivos; feito isso, devem ser descritos os componentes do sistema já enumerados no item "Componentes do Sistema de Vigilância".

Concluída a verificação da relevância do evento sob vigilância e a descrição de seus componentes, passamos a sua avaliação propriamente dita, analisando os seguintes atributos: utilidade; oportunidade; aceitabilidade; simplicidade; flexibilidade; representatividade; sensibilidade e valor preditivo positivo.

A importância individual de cada um dos atributos citados varia conforme as características do sistema de vigilância avaliado; por outro lado, os esforços para aprimorar cada um deles, freqüentemente, têm reflexos negativos na *performance* dos demais. Portanto, não devemos analisar separadamente o desempenho alcançado por esses atributos, mas nos preocuparmos com um equilíbrio apropriado entre eles.

Utilidade

Esse atributo expressa, em resumo, se o sistema está alcançando seus objetivos. Em outros termos, a análise da *utilidade* visa *verificar*: i) a capacidade do sistema de identificar tendências que sinalizam o surgimento de epidemias ou de novos problemas induzindo oportunamente atividades de prevenção e controle; ii) prover estimativas da magnitude da morbimortalidade determinadas pelo agravo objeto da vigilância; iii) identificar fatores envolvidos na ocorrência da doença e as necessidades de pesquisas, visando aperfeiçoar as bases técnicas para medidas de prevenção e controle; iv) permitir a avaliação do impacto das medidas de controle.

Oportunidade

Esse atributo é avaliado pela análise da agilidade do sistema em cumprir todas as suas etapas, da notificação do caso à distribuição dos *Boletins Epidemiológicos*. Pode ser avaliado pela determinação, por exemplo, dos intervalos entre: o início dos sintomas e data da notificação; a data da notificação e do início da investigação do caso; a data do início de um surto epidêmico e o momento da sua identificação pelo sistema; a data da identificação do surto e o início das medidas de controle.

Aceitabilidade

A aceitabilidade é avaliada pela disposição favorável dos profissionais e das instituições que conduzem o sistema, permitindo que as informações geradas sejam exatas, consistentes e regulares. Esse atributo depende principalmente da percepção da importância em saúde pública do evento adverso à saúde e do reconhecimento da contribuição do sistema para oferecer, de forma ágil, tecnicamente consistente e acessível, as bases técnicas para prevenção e controle de determinado agravo. À medida que os participantes do sistema recebam regularmen-

te o retorno das informações analisadas com recomendações úteis e operacionalmente viáveis, a aceitabilidade provavelmente aumentará.

Entre os indicadores quantitativos da aceitabilidade de um sistema de vigilância temos o nível de participação de instituições e a rapidez no fluxo das informações; o percentual das questões existentes nas fichas de notificação que são respondidas, a proporção de recusa de resposta a determinadas questões e a oportunidade da notificação.

Alguns destes aspectos podem ser avaliados a partir de uma revisão das fichas de notificação utilizadas pelo sistema, ao passo que outras exigirão estudos ou levantamentos especiais. De certa forma podemos avaliar a aceitabilidade pela proporção em que ocorrem recusas em participar do sistema.

Simplicidade

Os sistemas de vigilância, quando simples, são fáceis de compreender e de implementar e pouco dispendiosos. Uma representação gráfica do sistema, apresentando o fluxo de informações e de respostas, poderá facilitar a avaliação desse atributo.

O impacto do aumento da complexidade de um sistema de vigilância deve ser analisado levando em consideração o aumento do seu custo. Por outro lado, devem ser avaliadas quais as repercussões decorrentes da adição de novas informações ou procedimentos no desenvolvimento de um sistema, especialmente a possível perda de qualidade e agilidade na transmissão dos dados. A simplicidade está intimamente relacionada com a oportunidade e aceitabilidade, afetando a quantidade de recursos que serão necessários para operar o sistema.

Entre os aspectos que devem ser levados em consideração na avaliação da simplicidade de um sistema de vigilância, podemos salientar: *i)* a quantidade e tipo de informações necessárias ao estabelecimento do diagnóstico; *ii)* o número e tipo de fontes de informação; *iii)* os meios utilizados na transmissão de informações; *iv)* o número de organizações envolvidas no sistema e a necessidade de capacitação especial da equipe; *v)* o tipo e abrangência da análise de informações e os meios utilizados na distribuição do produto final do sistema.

Flexibilidade

A flexibilidade pode ser avaliada pela habilidade de um sistema de vigilância adaptar-se facilmente a novas necessidades em resposta às

mudanças na natureza ou na importância de um evento adverso à saúde. Este aspecto é particularmente importante no sistema de vigilância da aids, por ser uma doença que apresenta ainda muitas lacunas para a perfeita compreensão de seu comportamento, fato que determina, com freqüência, a introdução de novas definições de caso e a introdução de modificações no sistema.

Representatividade

A notificação dos casos identificados por um sistema de vigilância é raramente completa. Os casos notificados podem diferir dos não notificados em suas características demográficas, quanto ao local ou uso de serviços de saúde ou exposição a riscos. Um sistema de vigilância representativo descreve, com exatidão, a ocorrência de um evento adverso à saúde, ao longo do tempo, segundo os atributos da população e a distribuição espacial dos casos.

A avaliação precisa da representatividade requer tomar como referência uma pesquisa cuidadosamente planejada para obter informações completas e exatas a respeito do agravo em questão. Esse atributo é influenciado pela qualidade dos dados obtidos pelo sistema de vigilância que, por sua vez, resultam da clareza dos formulários, da capacitação e supervisão das pessoas que os preenchem e pelo cuidado na consolidação das informações. A verificação da proporção de itens não preenchidos, nos formulários, nos permite uma aferição indireta da qualidade da informação; no entanto, a confiabilidade e a validade das respostas exigiriam estudos especiais, tais como revisão dos prontuários ou mesmo repetição de uma parcela das entrevistas.

Sensibilidade

Esse atributo pode ser avaliado pela capacidade de um sistema identificar casos verdadeiros da doença objeto da vigilância. Quantitativamente, a sensibilidade é expressa pela razão entre o número total de casos detectados pelo sistema de vigilância e o total de casos verdadeiros identificados por meio de uma averiguação independente e mais completa, geralmente uma pesquisa.

Um sistema de vigilância, de um determinado agravo que se apresenta em grande número na comunidade, pode ser útil, mesmo com baixa sensibilidade, se as notificações forem representativas do universo. Quando a incidência de um agravo, assim como a sensibilidade do

sistema de vigilância que tem por objetivo acompanhá-lo, se mantiverem constantes, a vigilância mostrará boa capacidade de identificar tendências ou mesmo epidemias. Em programas de erradicação de doenças infecciosas ou em sistemas voltados ao acompanhamento de doenças raras, a alta sensibilidade do sistema de vigilância é um atributo indispensável em sua avaliação.

A mensuração da sensibilidade de um sistema de vigilância epidemiológica exige a validação das informações colhidas pelo sistema e a coleta de informações externas ao sistema a fim de determinar a frequência do agravo, objeto do sistema, na comunidade.

Vários fatores podem determinar uma modificação na sensibilidade de um sistema de vigilância, entre eles a maior mobilização da população ou de profissionais de saúde para a notificação de um agravo, a introdução de novos testes diagnósticos, novas definições de caso ou a mudança na fonte de informação utilizada pelo sistema de vigilância.

Valor Preditivo Positivo (VPP)

O VPP pode ser entendido como a proporção de indivíduos identificados como casos pelo sistema de vigilância, e que de fato o são. Um sistema de vigilância de baixo VPP, ou seja, que apresente frequentes confirmações de casos falsamente positivos, além de elevar seus custos, pode induzir à investigação de epidemias que de fato não ocorreram.

O VPP reflete principalmente a sensibilidade da definição de caso e depende da prevalência do agravo na comunidade. O VPP aumenta com o aumento da *especificidade e da prevalência*.

Outro aspecto importante na avaliação de sistemas de vigilância epidemiológica é o relativo ao custo/benefício. No entanto, a metodologia aplicável à análise econômica, abrangendo custos diretos e indiretos de sistemas de vigilância epidemiológica, apresenta-se ainda de aplicação difícil em nosso meio.

LIMITAÇÕES DE SISTEMAS DE NOTIFICAÇÕES DE DOENÇAS

Embora os sistemas de vigilância não precisem ser perfeitos para serem úteis, muitas vezes certas limitações impedem que esse instrumento tenha a utilidade necessária que justifique sua implementação. Os fatores que mais frequentemente determinam limitações do desempenho de sistemas de vigilância são (CDC 1992) a subnotificação, a

baixa representatividade, o baixo grau de oportunidade e a inconsistência da definição de caso.

A **subnotificação** geralmente decorre do fato de a maioria dos sistemas de vigilância serem passivos. É freqüente, nesses casos, a subnotificação atingir níveis superiores a 50% ou 70% dos casos, determinando o retardo ou mesmo ausência de ações de controle. A subnotificação está freqüentemente relacionada à falta de conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, a respeito da importância e dos procedimentos necessários para a notificação ou o desconhecimento da lista de doenças submetidas à vigilância. A falta de adesão à notificação pode também ser determinada pelo tempo consumido no preenchimento da ficha e pela ausência do retorno da informação analisada com as recomendações técnicas pertinentes. O receio de quebra da confidencialidade das informações é outra questão que deve merecer atenção. Por fim, a falta de percepção, pelos profissionais, a respeito da relevância em saúde pública das doenças submetidas à vigilância é outra causa importante de subnotificação.

A **baixa representatividade** de um sistema de vigilância pode resultar da falta de homogeneidade da subnotificação, dificultando a identificação de tendências, grupos e fatores de risco. Um erro sistemático muito observado está relacionado à tendência a notificar mais os casos de maior gravidade e os hospitalizados do que os de características benignas, ainda que estes últimos possam constituir as principais fontes de infecção; outro erro sistemático resulta da maior notificação das doenças que estão sendo focalizadas pelos meios de comunicação.

A **falta de oportunidade** de um sistema de vigilância pode ocorrer em diferentes momentos por diversos motivos, entre eles a dificuldade, em alguns casos, de se obter o diagnóstico antes da confirmação laboratorial; a ineficiência dos serviços no procedimento de notificação; a demora na análise, problema freqüente quando o sistema de vigilância apresenta distorções caracterizando-o como atividade mais burocrática do que técnica. O retardo em qualquer fase do sistema leva a uma demora na disseminação da informação analisada, impedindo que a população e os profissionais de saúde tenham as informações indispensáveis para uma ação oportuna e eficiente.

A **inconsistência da definição de caso** leva a vigilância a confirmar os casos aceitando o diagnóstico clínico, independentemente da forma como foi efetuado. Como exemplo da necessidade da padronização da definição, podemos citar os critérios de confirmação das meningites assépticas que podem variar de local para local e de um médico para outro.

MEDIDAS VISANDO O APRIMORAMENTO DE SISTEMAS DE VIGILÂNCIA

A participação dos médicos e demais profissionais de saúde é um ponto crítico na qualidade da coleta de dados; portanto, o esclarecimento dessas equipes, salientando a importância da notificação de doenças para o aprimoramento dos serviços de assistência à saúde, deve ser prioritário nos treinamentos de recursos humanos para esse campo de atividade. Porém, cabe salientar que a adesão dos médicos e dos profissionais de saúde à notificação sistemática de casos está, em boa parte condicionada à resposta da vigilância, ou seja, à frequência e agilidade com que ela devolve a esses profissionais as informações devidamente analisadas, acrescidas de recomendações técnicas úteis ao aprimoramento dos serviços de assistência à saúde (CDC, 1992).

REFERÊNCIAS BÁSICAS

- Langmuir, A. D. Evolution of the Concept of Surveillance in the United States. *Proc Roy Soc Med*, 64, pp 681-4, 1971.
Neste artigo Alexandre Langmuir, um dos responsáveis pelo desenvolvimento e difusão do uso da vigilância, apresenta uma síntese da evolução conceitual desse instrumento da saúde pública.
- Teutsch, S. M. & R. E. Churchil. *Principles and Practice of Public Health surveillance*. Nova York: Oxford University Press, 2nd ed., 2000.
Este livro constitui um dos textos mais completos sobre vigilância, abrangendo diferentes aspectos dos seus fundamentos conceituais e operacionais.
- Thacker, S. B. & R. L. Berkelman. Public Health Surveillance in the United States. *Epidem Rev*, 10, pp 164-90, 1988.
Este artigo é uma das melhores revisões sobre aspectos históricos, conceituais e operacionais referentes a vigilância, constituindo um clássico sobre o assunto.
- Nsubuga, P.; M. E. White; S. B. Thacker, M. A. Anderson; S. B. Blount; C. Broome; T. M. Chiller; V. Espitia; R. Imtiaz; D. Sosin; D. C. Stroup; R. V. Tauxe; M. Vijayaghavan & M. Trostle. Public Health Surveillance: a Tool for Targeting and Monitoring Intervention. In: D. T. Jaminson et al. *Diseases Control Priorities in Developing Countries*. 2.^a ed. Nova York: World Bank-Oxford University Press, 2006.
Este capítulo é o mais recente, atualizado e completo texto sobre o tema.

Centers for Disease Control and Prevention. Updated Guidelines for Evaluating Surveillance Systems. *Morb Mort wklly Rep*, 50(RR-13), pp. 1-29, 2001.

Este manual de avaliação de sistemas de vigilância epidemiológica, constitui uma revisão atualizada de publicação de 1988, constituindo texto obrigatório para quem pretende se familiarizar com a utilização da vigilância.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS DE PÁGINAS DE INTERESSE

- <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/> [Página da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde]
- <http://www.epiet.org/> [Programa Europeu de Treinamento em Epidemiologia para Intervenção]
- <http://www.cdc.gov/> [Centro de Controle e Prevenção de Doenças — Atlanta, USA]
- http://www.hc-sc.gc.ca/index_e.html [Departamento Federal de Saúde do Canadá]
- <http://www.iss.it/ricerca/index.htm> [Istituto Superior de Saúde da Itália]
- <http://www.phls.co.uk/> [Agência de Proteção a Saúde do Reino Unido]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreto, M. L. Science, Policy, Politics, a Complex and Unequal World and the Emerging Infectious Diseases. *J Epidemiol Community Health*, 57, pp. 644-5, 2003.
- A epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: D. C. Costa. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo-Rio de Janeiro. Hucitec- Abrasco, pp. 19-38, 1990.
- Begg, N. & E. Miller. Role of Epidemiology in Vaccine Policy. *Vaccine*, 8, pp. 180-9, 1990.
- Benchimol, J. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, pp. 5-85, 1990.
- Brachman, P. S. & S. I. Music. Epidemiology Training and Public Health Practice. *Epidem Infect*, 102, pp. 199-204, 1989.
- Camacho, L. A. B.; S. G. Aguiar; M. S. Freire; M. L. F. Leal; J. P. Nascimento; T. Iguchi et al. Reatogenicidade de vacinas contra febre amarela em estudo randomizado, controlado com placebo. *Rev Saúde Pública*, 39(3), pp. 413-20, 2005.

- Centers for Disease Control and Prevention. *Comprehensive Plan for Epidemiologic Surveillance*. Atlanta, Ga., 1986.
- . *Principles of Epidemiology. An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics (Self-study Programme)*. Atlanta, 2nd edition, 1992.
- . Updated Guidelines for Evaluating Surveillance Systems. *Morb Mort wklly Rep*, 50(RR-13), pp. 1-29, 2001.
- . Syndromic Surveillance. Reports from a National Conference, 2003. *Morb Mort wklly Rep*, 53, pp. 1-221, 2004.
- Chen, R. T.; J. W. Glasser; P. H. Rhodes; R. L. Davis; W. E. Barlow; R. S. Thompson et al. Vaccine Safety Data Link Project: a New Tool for Improving Vaccine Safety Monitoring in the United States. *Pediatrics*, 99(6), pp. 765-73, 1997.
- Cherkasskii, B. L. The System of the Epidemic Process. *J Hyg Epidemiol*, 32, pp. 321-8, 1988.
- Day, T.; A. Park; N. Madras; A. Gumel & J. Wu. When is Quarantine a Useful Control Strategy for Emerging Infectious Diseases? *Am J Epidemiol*, 163, pp. 479-85, 2006.
- Ellenberg, S. S. & R. T. Chen. The Complicated Task of Monitoring Vaccine Safety. *Public Health Rep*, 112, pp. 10-20, 1997.
- Eylenbosch, W. J. & N. D. Noah. Historical Aspects. In: *Surveillance in Health and Disease*. Oxford: Oxford University Press, pp. 3-8, 1986.
- Fauci, A. S.; N. A. Touchette & G. K. Folker. Emerging Infectious Diseases: a 10-years Perspective from the National Institute of Allergy and Infectious Disease. *Emerg Inf Dis*, 11(4), pp. 519-25, 2005.
- Fine, P. E. M. & R. T. Chen. Confounding in Studies of Adverse Reactions to Vaccines. *Am J Epidemiology*, 136(2), pp. 121-35, 1992.
- Gale, J. L.; T. B. Purushottam; S. G. F. Wassilak; J. K. Bobo; P. M. Mendelman & M. F. Hjordis. Risk of Serious Acute Neurological Illness after Immunization with Diphtheria-tetanus-pertussis Vaccine. A Population-based Case-control Study. *JAMA*, 271(1), pp. 37-41, 1994.
- García, J. C. Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930. *Educ Med Salud*, 15, pp. 71-90, 1981.
- Halperin, W. & E. L. Baker Jr. *Public Health Surveillance*. Nova York: Van Nostrand Reinhold, 1992, 238 pp.
- Harden, V. A. National Institutes of Health Celebrating 100 Years of Medical Progress. In: E. Bernstein (ed.). *Medical and Health Annual*. Chicago: Encyclopædia Britannica, pp. 158-76, 1988.
- Heininger, U. The Success of Immunization—shoveling its Own Grave? *Vaccine*, 22, pp. 2.071-2, 2004.

- Holder, Y.; M. Peden; E. Krug; J. Lund; C. Gururaj & O. Kobusingye. *Injury Surveillance Guidelines*. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Holmberg, S. D.; M. T. Osterholm; K. A. Senger & M. L. Cohen. Drug-resistant *Salmonella* from Animals Fed Antimicrobials. *N Engl J Med*, 311, pp. 617-22, 1984.
- Krug, E. *Injury: a Leading Cause of the Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization, 1999.
- Lamberts, H. & E. Schade. Surveillance Systems from Primary-care Data: from a Prevalence-oriented to an Episode-oriented Epidemiology. In: W. Y. Eysenbosch & N. D. Noah. *Surveillance in Health and Disease*. Oxford: Oxford University Press, pp. 75-90, 1988.
- Langmuir, A. D. & J. M. Andrews. Biological Warfare Defence. 2 — The Epidemic Intelligence Service of the Communicable Disease Center. *Amer J Publ Hlth*, 42, pp. 235-8, 1952.
- Langmuir, A. D.; N. Nathanson & W. J. Hall. Surveillance of Poliomyelitis in the United States in 1955. *Amer J publ Hlth*, 46, pp. 75-88, 1956.
- Langmuir, A. D. William Farr: Founder of Modern Concepts of Surveillance. *Int J Epidem*, 5, pp. 13-8, 1976.
- Evolution of the Concept of Surveillance in the United States. *Proc Roy Soc Med*, 64, pp. 681-4, 1971.
- The Surveillance of Communicable Diseases of National Importance. *New Engl J Med*, 268(4), pp. 182-92, 1963.
- Laporte, J. R. & G. Tognoni. *Principios de epidemiología del medicamento*. 2.ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. Estudios de Utilización de Medicamentos y de Farmacovigilancia, pp. 1-24.
- Last, J. M. (ed.). *A Dictionary of Epidemiology*. Nova York: Oxford University Press, 2001.
- Lenz, W. Thalidomide and Congenital Abnormalities [Letter]. *Lancet*, 1, p. 45, 1962.
- Merhy, E. E. *O capitalismo e a saúde pública*. Campinas: Papirus, 1985.
- McGeehin, M. A.; J. R. Qualters & A. S. Niskar. National Environmental Public Health Tracking Program: Bridging the Information Gap. *Environmental Health Perspectives*, 112(14), pp. 1409-13, 2004.
- Moro, M. L. & A. MacCormick. Surveillance for Communicable Disease. In: W. J. Eysenbosch & N. D. Noah (ed.). *Surveillance in Health and Disease*. Oxford: Oxford University Press, 1986, pp. 166-82.
- Morabia, A. From Disease Surveillance to the Surveillance of Risk Factors. *Amer J Public Health*, 86(5), pp. 625-7, 1996.
- Muñoz, E.; D. López-Acuña; P. Halverson; C. G. Macedo; W. Hanna; M. Larriou; S. Ubilla & J. L. Cevallos. Las funciones esenciales de la

- salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*, 8(1/2), pp. 126-34, 2000.
- Nsubuga, P.; M. E. White; S. B. Thacker; M. A. Anderson; S. B. Blount; C. Broome; T. M. Chiller; V. Espitia; R. Imtiaz; D. Sosin; D. F. Stroup; R. V. Tauxe; M. Vijayaghavan & M. Trostle. Public Health Surveillance: a Tool for Targeting and Monitoring Intervention. In: D. T. Jamnison et al. *Diseases Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. Nova York: World Bank-Oxford University Press, 2006.
- Organización Mundial de La Salud. Comité de Expertos en Servicios de Laboratorios de Salud Pública, Ginebra, 1956. *Los servicios de laboratorio de salud pública*; 1^{er} informe, Ginebra, 1957 (Série de Informes Técnicos, 128)
- Organización Mundial de La Salud. Comité de Expertos en Servicios de Laboratorios de Salud Pública, Ginebra, 1961. *Planificación, Organización y Administración de un Servicio Nacional de Laboratorio de Salud Pública*; 3. Informe. Ginebra, 1962 (Série de Informes Técnicos, 236).
- Raska, K. The Epidemiological Surveillance Programme. *J Hyg Epidem*, Praha 8, pp. 137-68, 1964.
- Romero, A & M. Troncoso. La vigilancia epidemiológica. significado e implicaciones en la práctica e en la docencia. *Cuad med soc*, 17, pp. 17-28, 1981.
- Rosen, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo-Rio de Janeiro: Flucitec-Unesp-Abrasco, 1994, pp. 1-419.
- Schmid, A. W. Glossário de epidemiologia. *Arq Fac Hig S Paulo*, 10 (supl.), pp. 1-20, 1956.
- Sangrujee N., V. M. Cáceres & S. L. Cochi. Cost Analysis of Post-polio Immunizations Policies. *Bull WHO*, 82(1), pp. 9-15, 2004.
- Singleton, J. A., J. C. Lloyd; G. T. Mootrey; M. E. Salive & R. T. Chen, VAERS Working Group. An Overview of the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) as a Surveillance System. *Vaccine*, 17, pp. 2.008-17, 1999.
- Sturm, R. Increases in Clinically Severe Obesity in the United States of America. *Arch Intern Med*, 163(18), pp. 2.146-8, 2003.
- Swaminathan, B.; T. J. Barrett; S. B. Hunter & R. V. Tauxe. PulseNet: the Molecular Subtyping Network for Foodborne Bacterial Disease Surveillance, United States. *Emerg Infect Dis*, (7), pp. 382-9, 2001.
- Teutsch, S. M. & R. E. Churchil. *Principles and Practice of Public Health Surveillance*. 2nd ed. Nova York: Oxford University Press, 2000.
- Thacker, S. B. & R. L. Berkelman. Surveillance of Medical Technologies *J Public Health Policy*, 7(1), pp. 363-76, 1986.

- . Public Health Surveillance in the United States. *Epidem Rev*, 10, pp. 164-90, 1988.
- Thacker, S. B. & D. E. Stroup. Futures Directions in Public Health Surveillance. *Am J Epidemiol*, 140, pp. 383-97, 1994.
- Thacker, S. B. & D. E. Stroup. Public Health Surveillance and Health Services Research. In: H. K. Armenian & S. Shapiro. *Epidemiology and Health Services*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Tauxe, R. V. Emerging Foodborne: an Evolving Public Health Challenge. *Emerg Infect Dis*, 3(4), pp. 425-34, 1997.
- Tauxe, R. V. & J. M. Hughes. International Investigations of Outbreaks of Foodborne Disease: Public Health Responds to the Globalization of Food. *BMJ*, (313), pp. 1.093-94, 1996.
- Vartiainen, E.; C. Sarti; J. Tuomilehto & K. Kuulasmaa. Do Changes in Cardiovascular Risk Factors Explain Changes in Mortality from Stroke in Finland. *British Med J* 310(6984), pp. 901-04, 1995.
- Vogt, R. L.; S. W. Clark & S. Kappel. Evaluation of the State Surveillance System Using Hospital Discharge Diagnosis, 1982-1983. *Amer J Epidem*, 123, pp. 197-8, 1986.
- Vaughan, J. P. & R. H. Morrow. *Epidemiologia para os municípios. Manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Ilucitec, 1992.
- Waldman, E. A. *Vigilância como prática de saúde pública*. Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1991.
- Waldman, E. A. & T. E. C. Rosa. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.
- Ward, B. J. Vaccine Adverse Events in the New Millenium: Is There a Reason for Concern? *Bull WHO*, 78(2), pp. 205-15, 2000.
- Williams, R. E. O. *Microbiology for Public Health. The Evolution of the Public Health Laboratory Service 1939-1980*. Londres: Public Health Laboratory Service, 1985, pp. 1-223.
- World Health Organization. *The Importance of Pharmacovigilance — Safety Monitoring of Medicinal Products. A Short History of Involvement in Drug Safety Monitoring by WHO*. Genebra: World Health Organization, 2002, pp. 5-8.
- . *Global Strategy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Current State of Global Data*. Genebra: World Health Organization, 2003.
- Zhou, W.; V. Pool; J. K. Iskander, R. English-Bullard; R. Ball; R. P. Wise et al. Surveillance for Safety after Immunization: Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) — United States, 1991-2001. *MMWR. Surveillance Summaries*, 52, pp. 1-24, 2003.

Parte IV
POLÍTICA, GESTÃO E ATENÇÃO EM SAÚDE

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Cipriano Maia de Vasconcelos
Dário Frederico Pasche

DEFININDO O SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

Foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e subsistemas de base territorial — estaduais, regionais e municipais — para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde.

Este entendimento está expresso na Lei n.º 8.080/90 (Brasil, 1990):

Art. 4.º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde — SUS.

§ 1.º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2.º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde — SUS, em caráter complementar

→ Assim, o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação. Nesta medida não pode ser comparado linearmente com subsistemas de natureza privada, que apesar de compô-lo por meio de parcerias público-privado, em geral estabelecem sua ação exclusivamente no campo assistencial.

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário,¹ processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. Uma realização importante deste processo foi a inserção no texto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde.²

→ A incorporação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde, que incluiu os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Sem negar o peso e a importância das doenças na configuração de sistemas de saúde e na conseqüente oferta de ações, o entendimento ampliado sobre a produção da saúde apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo-lhes novas concepções e modos de operação.

→ O SUS é integrante do sistema brasileiro de proteção social e juntamente com o Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social (Suas), em processo de implantação, compõem o tripé da seguridade social, estabelecido na Constituição.³

→ Ao instituir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ancorada na concepção de Seguridade Social, a Constituição operou

¹ Existem vários estudos sobre a constituição e ação do Movimento pela Reforma Sanitária. Para maiores informações consultar, entre outros, Sarah Escorel; Dilene Raimundo Nascimento & Flavio Coelho Edler, 2005.

² Ao qualificar as ações e serviços de saúde como de relevância pública o legislador realçou a essencialidade do direito à saúde e legitimou as ações do Ministério Público e do Poder Judiciário na defesa desse direito, em situações de omissão dos órgãos estatais e dos serviços privados.

³ Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos a saúde, à previdência e à assistência social (Brasil, 1988).

uma ruptura com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo.

→ No campo da saúde isso significou a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados da Previdência Social, e trouxe a oportunidade para reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade, e entre as diferentes regiões do País. Estas situações caracterizavam iniquidade no acesso às ações e serviços de saúde, decorrentes da desigual distribuição de recursos físicos, financeiros e humanos. Foram criadas, assim, as condições legais para superar o que Wanderley Guilherme dos Santos (1987) tipificou como "cidadania regulada".

A REGULAMENTAÇÃO DO SUS

→ Os fundamentos legais do SUS estão explicitados no texto da Constituição Federal, de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do País. A regulamentação foi feita pelas Leis Federais n.º 8.080 e n.º 8.142 (ambas sancionadas em 1990), que detalham a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas leis, que desde então, têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde.

Dentre essas leis destacam-se as que regulamentaram:

[...] a extinção do Inamps e a criação do Sistema Nacional de Auditoria;⁴ a definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;⁵ o estabelecimento do medicamento genérico;⁶ a criação do Subsistema de Saúde Indígena;⁷ a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar⁸ e a Emenda Constitucional 29 que vinculou recursos orçamentários para a saúde.⁹ Porém a votação anual da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual

⁴ Lei 8.689, de 27 de julho de 1993.

⁵ Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999.

⁶ Lei 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.

⁷ Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999.

⁸ Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

⁹ Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000.

(LOA) repercute na ação governamental, pelos constrangimentos que podem trazer à execução dos recursos orçados (Vasconcelos, 2005).

O ordenamento jurídico do sistema é complementado pelas legislações estaduais e municipais que regulamentam, em cada instância, a criação ou adaptação de órgãos, previstas na legislação federal, como os fundos e os conselhos de saúde, bem como a normatização complementar sobre o funcionamento do SUS no âmbito municipal ou estadual.

A operacionalização do sistema também se orienta pelas resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, e das normas operacionais (NOBs e Noas) editadas pelo Ministério da Saúde (MS) com base nos acordos estabelecidos na negociação tripartite, entre os gestores municipais, estaduais e federal.

Esse processo normativo infralegal mediante portarias ministeriais vem sendo criticado pelo seu excesso, pela sua extensividade e detalhismo, e pela uniformidade das prescrições que não consideram as diferenças existentes entre os municípios e entre os estados, dificultando o seu cumprimento (Pasche, 2003; Vasconcelos, 2005).

AS REGRAS DO JOGO DA POLÍTICA DE SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES QUE NORTEIAM O SUS

O SUS está assentado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários incorporados ao texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam. Estes princípios e diretrizes se articulam e se complementam na conformação do ideário e da lógica de organização do sistema e estão em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa.

→ Mas qual o sentido que se empresta aos substantivos *diretriz*¹⁰ e *princípio*, há pouco classificadas de ideário e base doutrinária do sistema? Esta questão remete à discussão das “regras do jogo do SUS” e suas conseqüências operacionais.

¹⁰ O Dicionário Houaiss da Língua portuguesa (2001), define *diretriz* como sendo uma linha reguladora do traçado de um caminho ou de uma estrada; conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação, etc. Por *princípio* entende-se a origem, começo; elemento predominante na constituição de um corpo; proposições diretores de uma ciência, as quais todo o desenvolvimento posterior dessa ciência deve estar subordinado.

Quando a sociedade brasileira elegeu os princípios e diretrizes para o seu sistema de saúde, estabeleceu de forma inequívoca sua direcionalidade. Tais princípios e diretrizes, portanto, passam a constituir as *regras pétreas* do SUS, apresentando-se como linhas de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde.

→ Os princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema são: a universalidade, a integralidade e a equidade, porém o direito à informação se constitui em requisito básico para a afirmação da cidadania.

→ A **Universalidade** assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema.

O exercício desse princípio traz a perspectiva da oferta a todos os brasileiros, no sistema público de saúde, da vacina à cirurgia mais complexa, alterando uma situação anterior em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros tipificados como indigentes.

→ A **Integralidade** pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos.

Esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial.

→ A **Equidade** no acesso às ações e aos serviços de saúde traduz o debate atual relativo à **Igualdade**, prevista no texto legal, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços.

→ Inclui-se à lógica do SUS, dessa forma, o princípio da discriminação positiva¹¹ para com os grupos sociais mais vulneráveis, buscando-se assegurar prioridade no acesso às ações e serviços de saúde aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, considerando as desigualdades de condições decorrentes da organização social

→ ¹¹ Designa-se por *discriminação positiva* a eleição de determinados grupos populacionais aos quais se destinam ações prioritárias, haja vista seu grau de vulnerabilidade.

→ O direito à informação é assegurado por lei e outorga ao cidadão usuário o domínio das informações sobre sua saúde individual e acerca dos riscos e dos condicionantes que afetam a saúde coletiva, atribuindo aos profissionais e aos gestores a responsabilidade pela viabilização desse direito.

→ As diretrizes organizativas do sistema visam imprimir racionalidade ao seu funcionamento e as mais significativas são a descentralização com comando único, a regionalização e hierarquização dos serviços, e a participação comunitária. A este rol é pertinente acrescentar a integração das ações e recursos, com base no planejamento ascendente.

→ A Descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde se constituiu na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do Sistema de Saúde no Brasil. As definições normativas apontaram com nitidez que a base do sistema de saúde seria municipal ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços. O imperativo da direção única em cada esfera de governo mostrou a necessidade de superar a desarticulação entre os serviços e construir a coordenação das ações sob direção de um único gestor em cada espaço político-institucional — o secretário municipal de saúde no âmbito do município, o secretário estadual no âmbito do estado e o ministro da saúde no âmbito da União.

→ A descentralização, contudo, não se esgota na municipalização, e o processo de regionalização da saúde é uma diretriz há muito defendida pelos que propõem a organização racionalizada dos serviços de saúde. Seu objetivo é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala.

→ Com a idéia de Hierarquização busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais freqüente. A crítica aos modelos hierarquizados tem apontado a necessidade de superar a idéia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços.

→ A Participação comunitária assegurada pela Constituição Federal e regulada pela Lei n.º 8.142/90, ocorre mediante a participação dos

segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde,¹² nas três esferas de governo, e através da participação em colegiados de gestão nos serviços de saúde.

Essa diretriz constitucional traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa em que os cidadãos influenciam de maneira decisiva a definição e a execução da política de saúde nas três esferas de governo.

→ A **Integração** das ações entre os subsistemas que conformam o sistema de saúde, e dos serviços em redes assistenciais integradas, é um pressuposto da idéia de sistema e uma condição para a garantia da continuidade do cuidado aos usuários sem a qual se compromete a idéia de integralidade do cuidado. A integração de recursos, de meios e de pessoal na gestão do sistema é preconizada nas leis e normas como condição básica para assegurar eficácia e eficiência ao sistema. Contudo, a lógica institucional e os conflitos de interesses que permeiam as relações entre os sujeitos políticos e sociais que conduzem o sistema comprometem essa pretensão de racionalidade. Os conflitos de interesse não são em si um problema para o SUS, mas elementos constituintes de qualquer política pública. Porém, a falta de transparência e de debate público nas instâncias de gestão do sistema compromete o desempenho e a legitimidade do sistema e se apresenta como um desafio importante a ser vencido.

O uso do planejamento como instrumento de previsão e racionalização de recursos e de mobilização dos sujeitos, por sua vez, tem sido muito limitado no SUS, muitas vezes se restringindo à formulação de planos, programas e projetos para atender às exigências normativas e de financiamento. Para o processo de gestão de um sistema de saúde complexo como é o SUS o planejamento é uma ferramenta auxiliar imprescindível na condução racional do sistema.

→ O planejamento em processos descentralizados, em direção às esferas subnacionais e em âmbitos regionais, deve ser capaz de reconhecer a diversidade e desigualdades loco-regionais, sem perder de vista a integra-

¹² Embora a Lei 8.142/90 estabeleça estes dois mecanismos de participação social em saúde, o exercício da cidadania pressupõe outras formas de participação da sociedade na saúde como a atuação em processos de gestão colegiada de serviços (mesas colegiadas, reuniões de equipes, etc.), e a interferência direta dos usuários na gestão dos cuidados clínicos com base na diretriz da ampliação da clínica (Campos, 2000). Dessa forma, a participação cidadã na saúde pode ser vista em duas dimensões complementares: de gestão de sistemas e serviços de saúde (a mais comum); e gestão da clínica (ainda incipiente).

ção sistêmica. Ofertar racionalidade ao sistema, incorporando interesses e necessidades dos sujeitos que disputam na política, sem subtrair princípios e diretrizes ético-políticos que conformam a base discursiva do SUS, se apresenta como enorme desafio para a sociedade brasileira.

OBJETIVOS, ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DO SISTEMA DE SAÚDE

O SUS tem como objetivo principal formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde.

A atuação do sistema abrange um conjunto de serviços e ações de:

- vigilância em saúde, em que se inclui a vigilância ambiental, inclusive dos ambientes de trabalho, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e a vigilância nutricional;

- assistência que integra a atenção básica, a atenção especializada ambulatorial e a atenção hospitalar em seus vários níveis de complexidade;

- prestação de assistência terapêutica integral, com destaque para a assistência farmacêutica;

- apoio diagnóstico e de terapia (Sadt) na assistência à saúde, e nas investigações de interesse da vigilância em saúde pública;

- formulação e execução da política de sangue e seus derivados, e a coordenação das redes de hemocentros;

- regulação da prestação dos serviços privados de assistência à saúde;

- regulação da formação dos profissionais de saúde;

- definição e implementação de políticas de Ciência e Tecnologia para o setor saúde, incluindo a definição de normas e padrões para a incorporação tecnológica;

- promoção da saúde em articulação intersetorial com outras áreas e órgãos governamentais.

A Lei n.º 8.080/90 define as atribuições comuns e as competências das três instâncias governamentais na gestão do SUS. Entre as atribuições comuns aos três entes federados se destacam: o planejamento das ações com a formulação e atualização do plano de saúde; a articulação de planos e políticas, e a coordenação das ações; o financiamento, a orçamentação, a administração e o controle dos recursos financeiros; a

avaliação e a fiscalização sobre as ações e os serviços de saúde; a elaboração de normas atinentes à saúde; a organização e coordenação dos sistemas de informação; a realização de estudos e pesquisas na área de saúde; a implementação de políticas específicas, como a do sangue e hemoderivados, a participação na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; a participação na formulação e execução das políticas de saneamento e meio ambiente com ênfase nas ações que repercutem sobre a saúde da população.

As competências específicas estão definidas com base no pressuposto da descentralização que atribuiu ao município a responsabilidade pela execução da maioria das ações de saúde, e aos estados e à União funções diferenciadas.

A Constituição Federal (art. 30) estabelece que a prestação de serviços de atenção à saúde da população é competência dos municípios e a lei determina que à direção municipal do SUS compete, além das atribuições comuns, a gerência e a execução dos serviços públicos de saúde, a execução das ações de vigilância em saúde, a participação na organização da rede regionalizada de atenção à saúde em articulação com a direção estadual do SUS, a implementação das políticas definidas no âmbito nacional e a colaboração na efetivação das competências estaduais e federais.

As competências da direção estadual do SUS estão situadas no campo da coordenação do sistema estadual de saúde, com ênfase na promoção da descentralização das ações e serviços e na oferta de apoio técnico e financeiro aos municípios, na coordenação das redes assistenciais, e das ações e dos subsistemas de vigilância em saúde, na análise da situação de saúde e na execução supletiva de ações e serviços de saúde que os municípios não tenham condições de fazê-lo. Incluem-se neste rol a participação na formulação e execução das políticas de caráter intersetorial, a normatização suplementar em relação à saúde e a colaboração com a direção nacional do SUS no exercício de suas competências.

À direção nacional do SUS compete a formulação e a implementação da política e do plano nacional de saúde, o financiamento, a normatização das ações e serviços de saúde, públicos e privados, a coordenação das redes nacionais de atenção à saúde e dos subsistemas de informação e de vigilância em saúde, a cooperação técnica e financeira aos estados e municípios, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde, o desenvolvimento de políticas científicas e tecnológicas para

o setor saúde, a ordenação da formação de recursos humanos para a saúde, e a participação nas políticas e ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde.

A ABRANGÊNCIA E AS DIMENSÕES DO SISTEMA

O SUS é responsável pela oferta do conjunto da atenção à saúde, que reúne ações promocionais, preventivas e assistenciais. As ações de prevenção e vigilância em saúde são operadas pelos serviços públicos de saúde, com abrangência nacional e cobertura universal, e compreendem ações de vigilância sanitária sobre alimentos, produtos e serviços, as ações de vigilância epidemiológica sobre doenças e agravos, a vigilância ambiental, também dos ambientes de trabalho, e as ações de imunização em relação a um conjunto de doenças. O sucesso no controle da poliomielite, do sarampo, da difteria e da aids exemplifica a efetividade¹³ das ações de vigilância do sistema de saúde.

Compete ao SUS, ainda, a oferta de serviços básicos de atenção à saúde para a maioria da população brasileira, ação de responsabilidade intransferível dos municípios, organizada, entre outros, por meio das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, onde se encontram as Equipes de Saúde da Família (ESF). As ESF já somam mais de 25.000, às quais se agregam mais de 210.000 agentes comunitários de saúde, possibilitando uma cobertura de mais de 78 milhões de brasileiros.¹⁴

Além dos expressivos dados sobre a Saúde da Família, a implantação recente de uma política de saúde bucal no País vem aumentando a oferta de atenção nessa área, tanto na atenção básica, na qual profissionais se incorporam à ESF, como nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que oferecem serviços especializados em odontologia. Atualmente são mais de 13.000 Equipes de Saúde da Família que contam com Equipes de Saúde Bucal, responsáveis pela oferta de atenção a mais de 61 milhões de pessoas (Ministério da Saúde, 2006).

Completam a rede do SUS o conjunto dos serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnose e terapia e a rede hospitalar de média e alta complexidade, que conta com serviços próprios, gerencia-

¹³ Por efetividade se compreende o efeito ou o impacto real das ações e serviços de saúde sobre a saúde da população. Para maiores detalhes consultar Silva & Formigli, 1994.

¹⁴ Dados sobre a Saúde da Família estão disponíveis em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#numeros>>, acessados em março de 2006.

dos pelos municípios, pelos estados e pela União, além dos serviços universitários públicos e dos serviços contratados ou conveniados de caráter privado — filantrópicos e lucrativos. As informações contidas na Portaria n.º 399/2006 (Brasil, 2006) que instituiu o Pacto pela Saúde, revelam alguns números que indicam a magnitude do sistema público de saúde brasileiro

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/aids, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica.

A Tabela 1¹⁵ (página seguinte) mostra a magnitude e a evolução da rede pública nas últimas três décadas.

A análise da tabela, entre outros, mostra que o total de estabelecimentos públicos e privados de saúde, em 1976, era de 13 133, e destes 6.765 eram de natureza pública, o que representava 51,5% do total dos serviços de saúde do País. Já em 2002, em decorrência de propostas como as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (Suds) e o SUS, os estabelecimentos públicos de saúde chegaram à cifra de 37.674 unidades, passando a representar 70% do total dos estabelecimentos de saúde do País, um incremento de mais de 500%, contra 254% dos estabelecimentos privados.

No que se refere à proporção entre serviços com e sem internação, pode-se verificar que nos últimos dez anos ocorreu incremento de 23,8% nos estabelecimentos de saúde sem internação, compostos, sobretudo, por Unidades Básicas de Saúde. De outra parte, é significativa também a expansão da rede privada sem internação, e, contudo, o ritmo deste crescimento é maior até o ano de 1992, quando se constata discreta diminuição desta expansão.

¹⁵ Extraída de Opas/Representação do Brasil. *Brasil: o perfil do sistema de serviços de saúde*. Disponível em <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5515.doc>>.

Tabella 1. Estabelecimentos de saúde, por regime de atendimento e classificação da entidade mantenedora do estabelecimento. Brasil, 1976-2002

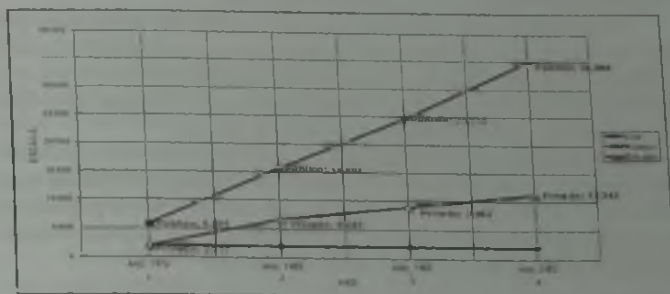
ANO	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE												
	SEM INTERVENÇÃO						COM INTERVENÇÃO						
	TOTAL	HÓSPICIS	PREVISTOS	AMBULATÓRIOS	TOTAL	PÚBLICO	PRIVADO	APROPRIADO	TOTAL	HÓSPICIS	PREVISTOS	AMBULATÓRIOS	
1976	83.133	6.265	6.868	51,3	5.311	960	4.351	18,1	7.822	5.805	2.017	74,2	39,6
1980	18.489	10.045	8.444	54,3	6.110	1.207	4.893	19,3	12.379	8.828	3.551	71,3	67,0
1985	28.972	17.076	11.896	58,9	6.678	1.469	5.209	22,0	22.294	15.607	6.687	70,0	77,0
1988	33.632	21.472	12.160	63,8	7.123	1.823	5.300	25,8	26.509	19.649	6.860	74,1	78,8
1990	35.701	23.858	11.843	66,8	7.280	2.014	5.246	27,9	28.421	21.824	6.597	76,8	79,6
1992	41.008	26.729	14.279	65,2	7.430	2.114	5.316	28,5	33.578	24.615	8.963	73,3	81,9
1999	48.815	32.606	16.209	66,8	7.806	2.683	5.193	33,5	41.009	29.993	11.016	73,1	84,0
2002	53.825	37.674	16.151	70,0	7.397	2.538	4.809	33,0	46.428	35.086	11.342	75,6	86,3

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Divisão de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médica-Saúde. Brasília: IBGE, 2003.

Parênteses em estabelecimentos que são realizados análises clínicas e ou de apoio à diagnose e terapia.

(*) Total em 1979 alcança 56.133 quando incluídos os estabelecimentos que são realizados análises clínicas e ou de apoio à diagnose e terapia.

Gráfico 1 Total de estabelecimentos de saúde públicos e privados sem internação Brasil, 1976-2002



Fonte: Oliveira & Pinheiro, 2005

Dados da série de 1976 a 2002 do IBGE apontam que em 1976 havia 443.888 leitos para internação, sendo 119.062 da rede pública e 324.826 da rede privada. Em 1999 os leitos somavam 484.945 unidades, sendo 143.074 da rede pública e 341.871 da rede privada (70%), embora parte expressiva deles estivesse disponível para o sistema público (83%). A partir dos anos 2000 há tendência de redução do número de leitos, cujo valor em 2002 regride para 471.171, sendo 146.319 públicos (29,6%) e 324.852 privados.

Em março de 2005, 77% dos leitos hospitalares registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) estavam disponibilizados à população por meio do sistema público de saúde. Em novembro de 2005 o total de leitos existentes no País passou para 500.612, destes 377.070 disponíveis ao SUS, e 123.542 em estabelecimentos de saúde exclusivamente privados. No período de 1999 a 2005, o número de leitos disponíveis em estabelecimentos públicos teve aumento de 162%.

Os serviços do SUS são responsáveis pela atenção integral de mais de 140 milhões de brasileiros e ainda oferecem serviços especializados aos cerca de 40 milhões cobertos¹⁶ por planos de saúde, em situações

¹⁶ Segundo dados de setembro de 2005 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o número de beneficiários de planos privados é de 41.811.425, e destes 38,1% estão cobertos por planos antigos, anteriores à Lei n.º 9.565/98. Maiores informações podem ser obtidas em <http://www.ans.gov.br/porta1/upload/dados_setor/dadosobrebeneficiarios/Tabelas%20-%20Beneficiarios%20Total.xls>.

que estes não asseguram a prestação oportuna dos serviços, como na maioria das situações de emergência e urgência.

A abrangência das ações inclui ainda a assistência terapêutica que é feita desde a atenção básica até os tratamentos especializados, como a terapia renal substitutiva, os tratamentos quimioterápicos para aids e câncer, a dispensação regular de medicamentos para doenças crônicas e degenerativas, e o fornecimento de órteses e próteses.

Entretanto, apesar da magnitude da rede de serviços e da normalização sobre o seu funcionamento constata-se dificuldade de integração entre eles e problemas de qualidade na atenção ofertada à população em muitas unidades, com prejuízos à integralidade do cuidado e repercussões negativas sobre a legitimidade do sistema.

O FINANCIAMENTO DO SISTEMA

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e está normatizado pela Emenda Constitucional n.º 29, que estabeleceu destinação específica mínima das receitas municipais (15%) e estaduais (12%), estipulando as despesas da União com base nos recursos utilizados em 2000, acrescidos da variação nominal, anual, do PIB.

A vigência da Emenda possibilitou o aumento dos gastos dos estados e municípios com a saúde, mas ainda há muitas controvérsias em relação ao efetivo cumprimento da emenda, principalmente no que diz respeito às despesas contabilizadas como gastos em saúde. Contudo, como a emenda ainda não foi regulamentada, essa polêmica persiste. Os atores sociais do campo da saúde vêm pressionando o Congresso Nacional para votar o parecer do deputado Guilherme Menezes que regulamenta a emenda, já aprovada em todas as comissões, que precisa os gastos sanitários e estabelece o percentual mínimo dos recursos da União a serem destinados ao orçamento da saúde.

A execução dos recursos nacionais já é majoritariamente realizada sob gestão dos estados e municípios que recebem nos seus fundos de saúde os recursos alocados em função da sua condição de gestão e das responsabilidades assumidas na implementação de programas e ações acordados nacionalmente. Dessa forma, mais de 90% dos recursos do orçamento da União são transferidos de forma automática e regular,¹⁷

¹⁷ As transferências fundo a fundo correspondem ao envio, por meio eletrônico, de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os demais fundos das esferas subnacionais.

em parcelas mensais, para o custeio das ações e serviços de saúde. Os recursos de investimento¹⁸ ainda se mantêm atrelados a convênios e emendas parlamentares e nem sempre obedecem à lógica de racionalização do sistema.

A gestão dos recursos orçamentários da saúde deve ser feita, em cada esfera de governo, por meio dos fundos de saúde que agregam todos os recursos alocados para o setor. O gestor é o ordenador de despesas e responsável pela prestação de contas ao conselho de saúde e ao legislativo correspondente, cabendo ao conselho exercer o controle e a fiscalização sobre a utilização desses recursos. Infelizmente, esta diretriz não é seguida em muitos municípios.

Contudo, além da insuficiência de recursos, o problema do gasto em saúde, na gestão descentralizada, esteve relacionado aos mecanismos de alocação, ainda fortemente atrelado a programas e atividades definidas centralmente, mas executadas pelos municípios. Isto levou à fragmentação do financiamento por ações, e a normatização sobre sua utilização tem sido apontada pelos gestores como uma dificuldade adicional à aplicação desses recursos, que muitas vezes não guardam correspondência com as prioridades locais e regionais. Adiciona-se, como agravante no campo da execução financeira, a inadequada priorização dos gastos e a malversação, ainda reinante, que compromete a oferta oportuna das ações e serviços.

Em relação aos gastos em saúde, duas questões merecem destaque: o volume de recursos gastos no País e os mecanismos e formas de alocação destes recursos. No Brasil, conforme dados do Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops),¹⁹ — atualizados para o ano-base de 2003 — o gasto federal, que corresponde ao orçamento do Ministério da Saúde, somou 1,75% do PIB. Contabilizando o gasto das três esferas de governo este percentual se eleva para 3,45% do PIB, perfazendo um gasto médio de R\$303,00 por habitante ao ano.

A Tabela 2 (ver página seguinte) apresenta a variação dos gastos em saúde em relação ao PIB.

¹⁸ Rubrica orçamentária destinada à construção e reforma de estabelecimentos de saúde e aquisição de equipamentos. Distinguem-se da rubrica custeio, destinado a provisão de materiais, serviços técnicos, etc., para o funcionamento dos serviços.

¹⁹ Dados, informações e análises sobre o orçamento público da saúde no Brasil podem ser pesquisados em <<http://siops.datasus.gov.br/siops>>

Tabela 2 Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas por recursos próprios, 2000 a 2003, em R\$ milhões correntes e % do PIB, por esfera de governo.

ANO	FEDERAL			ESTADUAL			MUNICIPAL			TOTAL		
	DESPESA [R\$ MILHÕES]	DESPESA POR HAB. [R\$]	% PIB	DESPESA [R\$ MILHÕES]	DESPESA POR HAB. [R\$]	% PIB	DESPESA [R\$ MILHÕES]	DESPESA POR HAB. [R\$]	% PIB	DESPESA [R\$ MILHÕES]	DESPESA POR HAB. [R\$]	% PIB
2000	20.351	119,86	1,85	6.313	37,18	0,57	7.404	44,14	0,67	34.069	200,64	3,09
2001	22.474	130,37	1,87	8.270	47,97	0,69	9.269	54,43	0,77	40.013	232,11	3,34
2002	24.737	141,65	1,84	10.309	59,03	0,77	11.759	68,17	0,87	46.805	268,02	3,48
2003	27.181	153,67	1,75	12.224	69,11	0,79	14.219	81,39	0,91	53.624	303,17	3,45

Fonte: Sops, 2006

Chama atenção na tabela acima o fato de que o gasto da esfera federal em relação ao PIB manteve-se estável entre 2000 e 2002 e sofre queda em 2003. Em relação às demais esferas de governo, o quadro é inverso, com aumento médio de 35% nos quatro anos considerados, o que reflete presença maior das esferas subnacionais no financiamento do processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

A comparação entre o gasto público e o gasto privado (diretamente pelas pessoas ou famílias) revela que o investimento público no País é ainda bastante limitado ante os desafios sanitários e os propósitos de se construir um sistema universal e equitativo. Dados da pesquisa de Ugá & Santos (2005) revelam que a participação do setor público no gasto nacional de saúde, conforme dados de 2002, é de apenas 44%, ou seja, 56% do gasto na área provém de investimentos diretos das pessoas e famílias, que retiram de seus orçamentos recursos para arcar com despesas médicas, o que ocorre na forma de pagamento direto por serviços (procedimentos, exames, consultas, medicamentos, etc.) e compra de seguros médicos.

Tal situação revela que ainda há descompasso entre a participação do gasto público no sistema de saúde brasileiro e a realização dos princípios da universalidade e da integralidade do acesso à atenção à saúde que norteiam o SUS. Essa situação explica em parte a permanência de dificuldades no sistema público como a escassez de alguns serviços, problemas de qualidade da atenção e queixas em relação a sua efetividade.

O EXERCÍCIO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

A diretriz constitucional da participação comunitária se traduziu na criação das conferências e dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, como mecanismos de viabilização da participação da po-

pulação na condução da política de saúde. A Lei n.º 8.142/90, que regulamenta a matéria, assegura a composição paritária dessas instâncias na qual os usuários têm assegurado 50% da representação e os restantes 50% devem contemplar os trabalhadores da saúde, os prestadores de serviços e os gestores.

As conferências se reúnem por convocação do gestor ou do conselho de saúde e debatem os temas gerais e específicos da política de saúde, em cada âmbito, com periodicidade definida em lei. As conferências nacionais são precedidas de conferências estaduais e estas das municipais ou regionais que discutem o temário e escolhem os delegados que participam das etapas estaduais, e estas para a nacional.

Além das conferências gerais tem-se realizado com frequência conferências específicas sobre temas da política de saúde, como: Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde do Trabalhador, Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde, Saúde Indígena e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Os conselhos de saúde têm caráter permanente e atribuição de deliberar sobre as prioridades da política de saúde em cada âmbito de governo. Devem aprovar o plano de saúde, o orçamento setorial, acompanhar a execução da política de saúde, avaliar os serviços de saúde e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros.

O desempenho dos conselhos de saúde está condicionado pela organização da sociedade civil em cada contexto e pode ou não exercer as prerrogativas que lhe são atribuídas em lei. Em muitos municípios, ocorre manipulação política na sua composição e no seu funcionamento, comprometendo sua representatividade.

A PARTICIPAÇÃO DO SETOR PRIVADO NO SUS

As organizações privadas de saúde participam da oferta de serviços ao SUS, em caráter complementar, quando demandadas em função da insuficiência na disponibilidade de serviços públicos. A legislação estabelece que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência nessa participação que deverá se fazer mediante contrato ou convênio, segundo as diretrizes do sistema e obediência às normas do direito público. É vedada, nos termos da Lei n.º 8.080, a destinação de recursos públicos para subvenção ou auxílio às instituições privadas com fins lucrativos.

A definição de critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial são prerrogativas da direção

nacional do sistema e devem ser aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Lei 8.080 também veda o exercício de cargo de chefia ou função de confiança, no SUS, aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados pelo sistema.

O estabelecimento de contratos com os serviços privados para prestação de serviços ao SUS vêm se efetivando de maneira paulatina e com resistências localizadas de prestadores e corporações profissionais que defendem a manutenção de relações estabelecidas na era pré-SUS em que o Inamps²⁰ remunerava de forma distinta serviços e profissionais com base na produção de serviços.

A participação efetiva do setor privado no SUS hoje é mais pronunciada na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados de maior densidade tecnológica e custo, e representa uma proporção importante dos gastos do sistema. Essa dependência do SUS em relação aos serviços privados reflete a insuficiência de investimentos na rede pública e a baixa produtividade da maioria dos serviços sob gerência pública. A oferta de serviços pelo setor privado está orientada pela lucratividade dos atos e condicionada pelos diferenciais de remuneração da tabela do SUS que tem favorecido os procedimentos especializados que utilizam maior aporte tecnológico.

A DESCENTRALIZAÇÃO COMO MARCA DO SUS

A descentralização da Saúde, inicialmente marcada pela experiência de estadualização da gestão,²¹ avançou de forma decisiva nos anos 1990 com a municipalização da gestão de ações e serviços. A participação dos atores sociais e a mobilização dos gestores municipais, apoiados nas diretrizes constitucionais, foram decisivas para este avanço, diante das resistências políticas e burocráticas ao processo.

A descentralização da gestão do sistema de saúde é tida como uma das experiências mais bem-sucedidas de descentralização no campo da

²⁰ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, órgão do Ministério da Previdência e Assistencial Social, responsável no período de 1978 a 1993, pela organização da oferta e financiamento dos serviços de saúde à população segurada pela previdência social, no País.

²¹ A implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) significou, entre outros, transferências de decisão sobre a saúde na direção das Secretarias Estaduais de Saúde, que no período de vigência do Suds exerceram forte influência no processo de descentralização. Maiores informações em Noronha & Levcovitz, 1994.

gestão pública no Brasil pelas características e dimensões em que foi operada num tempo relativamente curto, e num contexto federativo marcado pela conflitividade das relações entre as esferas de governo (Vasconcelos, 2005).

Essa opinião é compartilhada por Arretche quando afirma que

a municipalização da gestão dos serviços foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal na área da saúde ao longo da década de 1990 e pode-se afirmar que, deste ponto de vista, a reforma foi um sucesso. Em 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde, aceitando assim as normas da política de descentralização do governo federal (Arretche, 2002, p. 41).

A concentração de recursos e de poder institucional no Ministério da Saúde lhe outorgou papel relevante na condução do processo (Arretche, 2002), e garantiu alguma uniformidade e regularidade à transição, porém o caráter de tutela subtraiu autonomia, aos municípios e aos estados, na gestão do sistema e produziu distorções na organização dos serviços de saúde.

É mister reconhecer, todavia, que a implementação da descentralização foi um processo marcado pela conflitividade com várias frentes de disputa e muitos focos de resistência que tornaram complexos o debate e as disputas no processo. Viana, Lima & Oliveira (2002, p. 498) indagam, neste sentido,

[...] como é possível a convivência pacífica de uma política cujo perfil incorpora uma proposta fortemente descentralizadora e, ao mesmo tempo, exige um pacto federativo mais cooperativo, como o SUS, com relações intergovernamentais marcadas por incessantes conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade.

As disputas entre estados e municípios pela gestão dos serviços e dos recursos em um cenário marcado pela competição partidária e eleitoral se apresentou como um impasse ao desenvolvimento do sistema. Os governos estaduais resistiam em promover a cessão de serviços e pessoal para os municípios, que por sua vez exigiam condições especiais para assumirem as responsabilidades gerenciais sobre eles.

A constituição e funcionamento das comissões intergestores bipartite (CIB), no âmbito estadual, comissão intergestores tripartite (CIT), no âmbito nacional, a partir de 1993, têm desempenhado papel decisivo na negociação dos conflitos entre os gestores, viabilizando pactos importantes à consolidação do SUS. Contudo, intensificaram-se os conflitos com os Conselhos de Saúde que perceberam uma subtração de suas competências nesse processo.

A persistência dos conflitos e das disputas pela gestão dos recursos e pela gerência dos serviços tem dificultado a cooperação necessária ao processo de hierarquização e regionalização dos serviços e ações, em prejuízo da eficiência, eficácia e efetividade do sistema.

Mas os resultados alcançados não deixam dúvidas do sucesso da iniciativa. Em março de 2006 já tínhamos 682 municípios habilitados à gestão plena do sistema de saúde, os demais municípios assumiam a gestão dos serviços básicos ou de atenção primária, e os 26 estados e o distrito federal eram gestores plenos do sistema, nos seus territórios. Assim, o gestor federal limita sua atuação à coordenação do sistema nacional, exercendo atribuições de regulação e avaliação, financiamento e apoio aos estados e municípios, contribuindo para a correção das iniquidades regionais.

Mas o mais significativo ganho desse processo foi a ampliação do acesso da população a um conjunto de serviços e ações de saúde sob a gerência dos governos municipais, com destaque para as ações básicas de saúde, notadamente por meio dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família. As iniciativas locais têm possibilitado também maior adequação das ações às necessidades de saúde da população e possibilitado o desenvolvimento de experiências inovadoras. Além disso, deve ser considerado o aprendizado institucional no campo da gestão em saúde com a formação de um grande contingente de profissionais habilitados a manejar os instrumentos de gestão do SUS e a exercitar a negociação nas relações de gestão com os outros municípios e destes com o estado.

A GESTÃO DESCENTRALIZADA E SEUS IMPASSES

A municipalização na gestão no SUS foi impulsionada com o estímulo aos municípios e aos estados a assumirem responsabilidades de gestão, de modo gradual, mediante adesão a uma das condições de gestão previstas nas Normas Operacionais Básicas (NOB) a partir da

NOB 01/93, depois alterada com a NOB 01/96 e a seguir modificada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) editada em 2002.

Ao longo dos últimos anos, tivemos vários movimentos de habilitação e certificação dos municípios para a assunção de responsabilidades de gestão das ações de saúde e para o recebimento dos incentivos financeiros correspondentes. Os estados, somente a partir de 2003, aceleraram sua adesão à gestão plena do sistema estadual.

A assunção da gestão plena do sistema pressupunha que o gestor assumisse a responsabilidade pela regulação do conjunto de serviços existentes no seu território, incluindo a organização dos fluxos assistenciais, e a oferta de ações e serviços disponíveis assegurando acesso aos usuários dos municípios que integram a região de saúde, mediante processo de pactuação, mediados por instrumentos de gestão como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A gestão da atenção básica atribuía aos municípios a responsabilidade pela gerência de todos os serviços básicos de saúde e pela oferta das ações de vigilância e controle de doenças inerentes a esse nível de atenção. A adoção da estratégia de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, com a criação de incentivos financeiros aos municípios que a adotam, contribuiu para que essa estratégia seja hoje a principal forma de organização da atenção básica nos municípios.

Além de garantir a oferta da atenção básica, os gestores municipais também se responsabilizam pela garantia de acesso de seus municípios aos outros níveis de atenção mediante integração do sistema municipal de saúde à rede regionalizada de atenção à saúde.

Os estados como coordenadores do sistema estadual de saúde devem ofertar supletivamente os serviços que os municípios não dispõem, coordenar o processo de regionalização e assumir a regulação do acesso aos serviços especializados em articulação com os municípios em gestão plena.

Como decorrência das exigências legais e normativas, os estados e os municípios constituíram uma estrutura de gestão que dispõe de uma Secretaria de Saúde,²² o Fundo Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, cuja dinâmica de funcionamento se toma com-

²² Embora a denominação secretaria municipal de saúde seja a designação prevalente, o órgão gestor municipal tem tomado várias denominações no País, sobretudo decorrente de mudanças na estrutura e na organização da gestão pública

plexa de acordo com o porte e com a disponibilidade de recursos do município.²¹

O processo de negociação tripartite criou uma série de mecanismos e instrumentos para viabilizar o compartilhamento de responsabilidades e a destinação de recursos, regulamentados por meio das normas operacionais. Além do plano de saúde, exigido por lei, instituiu-se a programação pactuada e integrada entre os municípios e destes com o estado, onde se estabelecem as responsabilidades pela oferta dos serviços especializados em cada região, os fluxos assistenciais e a alocação dos recursos financeiros.

A última norma operacional, a Noas, reeditada em 2002, pretendeu avançar na consolidação de sistemas funcionais de saúde com base no aprimoramento da regionalização do sistema. Buscou reforçar o comando único sobre os serviços em cada território, a organização dos mecanismos de regulação do acesso com a utilização de sistemas informatizados e a definição de Planos Diretores de Regionalização (PDR) que explicitassem o desenho de regionalização assistencial, assentado em módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, e do Plano Diretor de Investimentos (PDI) para assegurar os investimentos necessários à (re)organização da rede assistencial.

Os impasses atuais no campo da gestão descentralizada retratam as dificuldades da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutive e de qualidade e os entraves em viabilizar o acesso dos usuários que demandam atenção especializada diante do insucesso na efetivação da proposta de regionalização preconizada na Noas. Esta situação tem levado muitos municípios a buscar auto-suficiência na oferta da maioria dos serviços, agravando os problemas de ineficiência na gestão dos recursos, sem resolver os problemas da integralidade da atenção. A maioria dos estados não conseguiu exercer a coordenação do processo e liderar a criação de subsistemas de atenção à saúde, nas regiões.

AS CONTRADIÇÕES DA LÓGICA SISTÊMICA

A lógica de funcionamento do sistema de saúde pressupõe, como em todo sistema, fluxos de informação e ação coordenada entre os diversos subsistemas e organizações que o compõem. Tarefa por de-

²¹ As realidades municipais são muito distintas e desiguais no Brasil, o que torna a gestão da saúde bastante complexa, não havendo relação direta entre tamanho do município e dificuldades de gestão, mas complexidades singulares que requerem capacidades distintas para seu enfrentamento.

mais complexa em um sistema de base municipal e de abrangência nacional com inúmeras áreas de atuação interdependentes em que a cooperação é um ingrediente indispensável para o alcance de resultados satisfatórios.

A resposta efetiva aos problemas de saúde depende, assim, de uma adequada coordenação do sistema municipal que envolve as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde, de base territorial, e da adequada articulação com os subsistemas de vigilância em saúde e com as redes assistenciais, de abrangência estadual e nacional.

O funcionamento do sistema nacional de vigilância em saúde, com suas dimensões de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental, e dos sistemas e redes nacionais de atenção em saúde, como o sistema de sangue e hemoderivados, o sistema nacional de transplantes e as demais redes assistenciais de alta complexidade, dependem de uma adequada normalização dos processos e de uma eficiente articulação na gestão das informações e das responsabilidades nos âmbitos municipal e estadual do sistema.

Estas exigências de racionalidade no comportamento dos atores que operam o sistema enfrentam muitas dificuldades de efetivação diante do conflito que permeia as relações federativas e da lógica segmentar que impera na gestão das organizações públicas de saúde, conformando múltiplas lógicas de ação.

Essa análise mostra os limites da concepção sistêmica para explicar o funcionamento da ordem social e estatal, sempre contingente e condicionada pela racionalidade limitada dos atores sociais, fato que leva autores como Friedberg (1993) a pensar o sistema mais como um recurso analítico que possibilita evidenciar as características e propriedades do sistema, que delimita os recursos e os constrangimentos à ação dos sujeitos, do que como uma engrenagem funcional harmônica (Vasconcelos, 2005).

A LÓGICA INCREMENTAL NA IMPLANTAÇÃO DO SUS

A mudança na concepção da política de saúde influenciada pelo movimento da reforma sanitária e sua incorporação nos textos legais não se traduziu, de imediato, em ações para assegurar o direito à saúde, assentado nos princípios constitucionais. A estruturação do SUS teve por base as instituições sanitárias existentes, tanto no campo da medicina previdenciária como da saúde pública, que tinham como característica a centralização, o autoritarismo, a permeabilidade ao clientelismo

e aos interesses mercantis, e o rechaço à participação dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão.

Esta herança também transmitiu ao sistema em construção os saberes, as práticas e os modelos de intervenção sobre os problemas de saúde, tanto no âmbito coletivo como no âmbito individual. Nas ações sobre o coletivo a referência do modelo campanhista se manteve, focado no combate às doenças transmissíveis de maior repercussão sanitária, e nas ações assistenciais, dirigidas aos indivíduos, prevaleceu o modelo curativista, centrado na figura do médico e do hospital, que alimentava a perspectiva da progressiva especialização e tecnificação das práticas assistenciais.

A reforma no sistema de saúde seguiu um curso incremental em que as iniciativas de mudanças e as novas instituições criadas foram moldadas e influenciadas pelas tradições e costumes instituídos, e assumiu, em muitos aspectos, feições de continuidade. A sobrevivência do Inamps e da "cultura inampsiana", citada em inúmeras análises sobre o processo de implantação do SUS, é uma das manifestações dessa percepção. A descentralização progressiva das responsabilidades de gestão dos serviços acompanhada de lenta, gradual e enviesada descentralização dos recursos financeiros marcou o processo de constituição do Sistema Único de Saúde no Brasil.

As contradições e paradoxos associados ao processo de descentralização que trilhou o caminho da municipalização têm sido mostrados por inúmeros analistas (Mendes, 2003; Campos, 2005; Carvalho, 2001), que assinalam a tutela do governo federal e o controle burocrático, que tolheu a autonomia dos municípios, a persistência na centralização dos recursos na esfera federal, a fragmentação do sistema na ausência da regionalização e a reprodução das práticas sanitárias tradicionais, evidenciando a continuidade dos modelos estabelecidos. Contudo, têm vicejado, no âmbito dos municípios, inúmeras experiências que mostram a viabilidade do SUS.

Assim, evidencia-se que a reforma nas instituições que constituem a "ossatura" do sistema de saúde, sejam elas federais, estaduais ou municipais, ainda está incompleta. A persistência dos padrões de política e de gestão pública condiciona o funcionamento do sistema, a continuidade de muitos programas e a manutenção das práticas sanitárias e assistenciais na maioria dos serviços, e revelam a força da inércia no cotidiano das organizações, e a dificuldade de as iniciativas inovadoras se consolidarem.

OS DESAFIOS DO PRESENTE E A CONTINUIDADE DA REFORMA

As conquistas políticas e jurídicas no campo do direito à saúde e os avanços organizativos e assistenciais propiciados pela implantação do SUS não foram suficientes para equacionar os velhos e os novos problemas da atenção à saúde no País. As iniciativas e os instrumentos de gestão criados para estruturar o sistema descentralizado cumpriram seu papel mas mostram sinais de esgotamento para enfrentar os desafios do presente. Desafios que estão a exigir a continuidade da reforma por vias alternativas para que os princípios e as diretrizes do SUS avancem na sua efetivação.

A XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, promoveu o debate dos temas cruciais para a consolidação do SUS, no entanto suas resoluções não se traduziram em iniciativas no campo da gestão. A atuação do Conselho Nacional de Saúde em defesa dos princípios e diretrizes do Sistema não tem conseguido mobilizar o conjunto dos atores sociais em prol das mudanças apontadas nessa Conferência.

A defesa de mudanças na dinâmica de gestão do sistema ocupou a agenda de discussão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nos últimos três anos. Nos debates travados sobressaiu a necessidade da superação dos vícios burocratizantes da descentralização "tutelada" e a defesa de radicalização do processo de descentralização, em meio ao conflito federativo e a consciência de esgotamento do padrão incremental que vigorou até o presente. Esse debate resultou na proposta de um novo pacto de gestão, traduzido recentemente no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), que tem como objetivo enfrentar os gargalos e produzir inovações na organização e nos processos de gestão do sistema.

Os temas mais sensíveis nestes debates conformaram a agenda do pacto de gestão assinado em fevereiro de 2006, pelo Ministro da Saúde e pelos presidentes do Conass²⁴ e Conasems.²⁵ A representação das três esferas de governo

[...] assumiram o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessida-

²⁴ Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde.

²⁵ Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

des de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2006).

O **Pacto pela Vida** deve traduzir-se no empenho dos gestores em assegurar os recursos necessários à busca de resultados sanitários em relação a um conjunto de prioridades:

- ♦ implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral,
- ♦ contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama,
- ♦ reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal e infantil por doença diarréica e por pneumonias,
- ♦ fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias, com ênfase no controle da Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza,
- ♦ elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo,²⁶
- ♦ consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

O **Pacto em defesa do SUS** propõe a repolitização da saúde e a mobilização da sociedade da defesa do direito à saúde, e a efetivação do SUS como política de Estado com garantia do financiamento público suficiente. Para isso se propõe alcançar a regulamentação da Emenda 29 e o incremento dos recursos orçamentários para o setor, com a aprovação de um orçamento integrado do SUS e definição de responsabilidades das três esferas de gestão. Insere-se ainda nesse eixo a elaboração e divulgação da carta dos direitos dos usuários do SUS.²⁷

Por fim, o **Pacto de gestão** se propõe a introduzir inovações nas relações intergovernamentais no SUS produzindo uma reforma na

²⁶ A Política de Promoção da Saúde, aprovada em 22 de março pela CFI está regulamentada pela Portaria n.º 687, de 30 de março de 2006, publicada no *Diário Oficial da União* de 31 de março de 2006

²⁷ Lançada em 30 de março de 2006, define em seis princípios os modos para efetivar esse direito

institucionalidade vigente tendo em vista superar os entraves que se acumularam no processo de descentralização. Dentre as prioridades desse pacto destacam-se:

- precisar as responsabilidades sanitárias das esferas de governo e a assunção de compromissos que levem à superação do atual processo de habilitação à gestão, por parte dos estados e municípios;
- adotar a regionalização como estratégia prioritária para a organização do sistema e das redes de atenção;
- alterar a lógica de alocação de recursos e as modalidades de transferência, superando a intensa fragmentação existente;
- revigorar o processo de planejamento e de programação com a racionalização e integração dos instrumentos, e dos processos, fortalecendo a capacidade de regulação da atenção à saúde;
- fortalecer a participação e o controle social com apoio às instâncias de participação e a democratização das informações;
- priorizar as iniciativas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde tendo em vista aprimorar as relações de trabalho e valorização dos trabalhadores do SUS;
- revisar o processo normativo com a descentralização das decisões para o âmbito dos espaços de co-gestão nos estados.

A expectativa dos que vivenciam a gestão do SUS é que essas intenções se traduzam em medidas concretas que ajudem a alterar as normas e os processos de gestão contribuindo para superar os problemas apontados na agenda do pacto.

Uma questão que se propõe ao debate é como esse pacto repercutirá no cotidiano de gestão dos municípios e dos estados, pois se os compromissos assumidos pelas lideranças, no espaço de pactuação nacional, não forem incorporados pelo conjunto dos sujeitos que conduzem a gestão do SUS poderemos ter mudanças nos processos formais sem os efeitos desejados no desempenho do Sistema.

A mobilização da sociedade e a qualificação da participação social, no contexto do pacto em defesa do SUS, se constitui em requisito indispensável para fortalecer as outras dimensões do pacto pela saúde, pois sem o acompanhamento e a cobrança de responsabilidade por parte dos atores sociais junto aos gestores do SUS, corre-se risco de se postergar indefinidamente a efetivação dos compromissos acordados.

Porém, mesmo que a efetivação do pacto tenha sucesso relativo não conseguirá equacionar alguns problemas estruturais do SUS que precisam ser enfrentados no debate político e se desdobrar em decisões legislativas e governamentais.

Dentre os problemas a equacionar ressaltamos: a crucial questão da gestão de pessoal no SUS com a superação das condições vigentes de precarização, baixa remuneração, ausência de planos de carreiras e de programas de educação permanente que levam à desmotivação dos trabalhadores da saúde; a inadequação na formação profissional, graduada e pós-graduada; a tradição burocrática de nossas organizações públicas e o baixo desempenho dos processos de gestão, condicionados pelos costumes políticos assentados no clientelismo e no patrimonialismo; o aumento do financiamento, uma adequada alocação dos recursos e a melhoria na eficiência do gasto; a instituição de mecanismos permanentes de avaliação do sistema, em cada esfera de governo.

Um desafio adicional para a viabilização das propostas do pacto é a administração dos conflitos em torno da disputa de recursos e na conformação das redes de atenção, que se estabelecem entre os municípios e destes com os estados, dificultando o processo de regionalização. O amadurecimento dos processos de negociação e pactuação, especialmente no âmbito das comissões intergestores bipartite (CIB), nos estados, e nas regiões de saúde, instituindo e fortalecendo processos de cooperação e solidariedade se coloca como requisito essencial ao avanço da necessária integração do Sistema de saúde.

Contudo, o maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção. Assim, as mudanças na política e nos processos de gestão devem estar orientadas para as finalidades do sistema, que visam assegurar atenção de qualidade e responder de maneira oportuna aos problemas e necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- Arretche, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ. Soc.* [online]. set. 2002, vol. 23, n.º 80 [citado 16/4/2006], pp 25-48. Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>.
- Brasil. Constituição Federal de 1988. *Diário Oficial da União*, 1988 outubro 5, p. 1 (anexos, col. 1).
- Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
- Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 30 de setembro de 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996; Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão (NOB 01/96).

- , Portaria n.º 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002; Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas 01/2002).
- , Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006.
- Campos, Gastão W. S. *Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil*. Fevereiro de 2005 (mimeo).
- Carvalho, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), pp. 435-44, 2001.
- Escorel, Sarah; D. R. do Nascimento & F. C. Edler. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: N. T. Lima; S. Gerschman; F. C. Edler & J. M. Suárez (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz (Parte 1, Capítulo 2), 2005.
- Friedberg, E. *O poder e a regra: dinâmicas da ação organizada*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.
- Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. *Oferta de serviços de saúde*. Disponível em: <<http://integracao.fgvsp.br/ano6/11/pesquisas.htm>>, acessado em abril de 2006.
- Gerschman, S.; F. C. Edler & J. M. Suárez (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 285-306, 2005.
- Houaiss, Antônio & Mauro de Salles Villar. *Dicionário da língua portuguesa*; elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- Mendes, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Conass. *Textos de apoio à mesa redonda da 2.ª assembléia do Conass em 19/3/2004*. Brasília/DF, 2004.
- Ministério da Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#numeros>>, acessado em março de 2006.
- Noronha, José Carvalho & Eduardo Levcovitz. AIS-Suds-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: Reinaldo Guimarães & Ricardo Tavares. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio: Relume Dumará, 1994.
- Oliveira, Sandra & Dário Frederico Pasche. *Impacto das políticas de saúde na configuração da rede e nos serviços de saúde no Brasil*. Ijuí: Unijui/Dcsa, 2005 (mimeo).
- Pasche, Dário Frederico. *Gestão e subjetividade em saúde*. Doutorado. Campinas: Unicamp/Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2003.

- Santos, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- Silva, Ligia Maria V. da & Vera Lúcia A. Formigli. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), pp. 80-91, jan.-mar., 1994.
- Ugá, Maria Alicia & Isabela Soares Santos. *Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2005 (Relatório de Pesquisa).
- Vasconcelos, Cipriano Maia de. *Paradoxos da mudança no SUS*. Doutorado. Campinas: Unicamp/Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Medicina Preventiva e Social, 2005 (Capítulo 1).
- Viana, Ana Luiza D'Ávila; Luciana Dias de Lima & Roberta Gondim de Oliveira. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto — lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(3), pp. 493-507, 2002.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Campos, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma — repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

Este livro, cuja primeira edição é de 1992, constitui-se em obra clássica da saúde pública brasileira. Segundo o autor, o SUS desde seus primórdios corria o risco de não superar os limites da política pública de saúde, notadamente porque os interesses que colonizaram historicamente a organização da oferta de serviços, alicerces do modo de produção e modelo de atenção, adjetivado pelo autor neoliberal, possuem capacidade de se reproduzir, superando forças instituintes. Fazia, então, necessário uma reforma da reforma. E que reforma é esta e qual sua direção? O livro destaca, entre outros, a necessidade de se recriar/reinventar os serviços de saúde, democratizando-os e permitindo a expressão dos interesses e necessidades de trabalhadores e usuários, de tal forma que fosse possível recuperá-los em uma dupla dimensão: como produtores de valor de uso e como espaço de produção de novos sujeitos. Temas como a gestão do trabalho, a reconstrução da clínica e da saúde pública são tratados de forma inédita, questões que o autor desenvolve mais tarde em várias obras, sobretudo no livro "Método da Roda".²⁶

²⁶ G. W. de Sousa Campos. *Um método para análise e co-gestão de coletivos — a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

Almeida, Célia. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 27(65), pp. 207-20, set.-dez., 2003.

Texto produzido como subsídio aos debates que antecederam a realização da XII Conferência Nacional de Saúde em que a autora interroga os resultados produzidos na implementação do SUS em relação aos objetivos postulados pelo movimento da reforma sanitária. Discute os conflitos e as contradições do processo de descentralização, os problemas associados ao financiamento e os efeitos negativos destes na organização da rede de serviços do SUS. Entende que o desafio da reforma está na explicitação do que se pretende com o SUS e em dimensionar o ajuste necessário para que se materialize a proposta de um Sistema Universal e equitativo.

Fleury, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemmos Editorial, 1997.

A obra analisa (e comemora) os vinte anos do Cebes — Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, criado em 1976 e cuja trajetória é marcada pela luta de democratização do País e da saúde em particular. Reúne vários textos de expoentes da saúde pública brasileira, que analisam, de um lado, temas sobre as bases conceituais da reforma sanitária, a questão da democracia na saúde e várias questões atinentes à reforma do Estado. De outro lado, vários artigos tratam de questões emergentes, que na década de 1990 começam a se fazer presentes com força nas discussões sobre os desafios e perspectiva de consolidação do SUS como política inclusiva e solidária. Assim, temas como a questão da gestão e lógica do trabalho e das práticas de saúde, modelo de atenção, inovações na rede de atenção, o direito sanitário, o papel regulamentador do Estado, entre outros, são analisados. A leitura desta obra situa o leitor sobre a agenda de discussões do SUS nos anos 1990, permitindo compreender em parte a agenda dos anos 2000.

Lima, Nisia Trindade; Silvia Gerschman; Flavio Coelho Edler & Julio Manuel Suárez (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Coletânea em três capítulos que reúnem vários artigos que discutem temas centrais do SUS, retomando em análise histórica seu processo de formulação e implantação, apontando para desafios à consolidação da política pública de saúde. A versatilidade e atualidade dos temas e questões tratadas nesta obra ofertam uma visão abrangente e plural do SUS, cuja leitura permite compreensão de várias dimensões de sua complexidade.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília, 2002.

Análise produzida pelo Conselho Nacional de Saúde que realiza um balanço da implementação do SUS até o ano de 2001, assinalando os avanços alcançados, os problemas não superados e os desafios a serem enfrentados para a efetivação dos princípios e diretrizes constitucionais.

Gerschman, Sílvia. *A democracia inconclusa — um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Análise do movimento pela reforma sanitária brasileira, cujo papel foi fundamental na constituição do SUS, sobretudo no processo de redemocratização do País, que culmina com a promulgação da nova Carta Constitucional em 1988. O livro é dividido em três partes, e na primeira destaca questões teóricas que balizam a investigação do tema, tratando da construção da ordem democrática no País, com realce para o processo de redemocratização, a reforma do sistema de saúde e os movimentos sociais em saúde. Na segunda parte, analisa a atuação dos movimentos sociais em saúde em sua relação com o processo de reformulação do sistema de saúde, questão que desemboca na terceira parte na análise do processo de implementação da reforma sanitária, a descentralização e os conselhos de saúde

QUESTÕES PARA DEBATE

1. Qual o significado da criação do Sistema Único de Saúde para a organização da atenção à saúde no País?
2. Quais as repercussões práticas da definição de relevância pública das ações e dos serviços de saúde?
3. Qual a contribuição do SUS para a construção da cidadania no Brasil?
4. Qual a influência da legislação e das normas na organização do sistema de saúde?
5. Avalie a efetividade dos princípios e diretrizes do SUS no seu estado, região ou município.
6. Como se encontra o processo de regionalização do SUS na realidade em que sua escola está inserida?
7. Como funciona o Conselho de Saúde de sua cidade?
8. Os planos de saúde, estadual e municipal, e os instrumentos de programação pactuada (PPI, PDR, PDI) têm contribuído para efetivar a racionalização do sistema?
9. A implementação do SUS mudou o acesso e a qualidade da atenção à saúde na sua região?
10. Faça análise das transformações que o sistema de saúde vivenciou em seu município, região ou estado, com a implementação do SUS.

SISTEMAS COMPARADOS DE SAÚDE

Eleonor Minho Conill

UMA BREVE INTRODUÇÃO SOBRE ANÁLISE COMPARADA EM SAÚDE

OS SISTEMAS DE SAÚDE do mundo contemporâneo mostram algumas semelhanças em função de políticas sociais que se tornaram gradativamente mais inclusivas, pela difusão de avanços tecnológicos e por inúmeras contradições geradas pela transformação da doença em mercadoria altamente geradora de valor. Divergem, no entanto, quanto ao acesso das populações aos serviços oferecidos, quanto à forma como esses serviços estão organizados e quanto ao seu desempenho. Essas diferenças são resultado de uma complexa interação entre elementos históricos, econômicos, políticos e culturais específicos de cada sociedade.

Assim como a situação de saúde ou doença nos informa sobre cada indivíduo, sua genética, história familiar, condições de vida e trabalho, os sistemas de saúde expressam não apenas a disponibilidade de recursos em cada país, mas, também, os valores e as opções políticas ante as necessidades da população.

Neste capítulo, primeiramente discutiremos a relação existente entre o tipo de sistema de saúde e as características do modelo de proteção social, mostrando de forma muito breve os grandes marcos do desenvolvimento desses sistemas. Isto nos permitirá situar o campo da análise comparada, justificando o interesse crescente por este recurso metodológico, as opções teóricas existentes e os principais desafios a serem levados em conta ao realizarmos uma comparação. Em seguida, apresentamos as principais características dos sistemas de saúde de alguns países escolhidos: Estados Unidos, França, Inglaterra, Canadá (Québec), acrescida de uma discussão geral dos modelos existentes na

América Latina, incluindo o Brasil. Na conclusão destacamos as principais tendências que a comparação dos serviços nos permite inferir acerca desses sistemas.

Comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los. Essa metodologia tem sido utilizada em várias áreas de conhecimento (ciências sociais, economia, política, entre outras), mas seu uso na saúde coletiva é relativamente novo e implica um certo número de cuidados metodológicos considerando-se as múltiplas determinações do processo saúde-doença (Conill et al., 1991).

A contribuição crescente da análise comparada para o estudo dos sistemas de saúde coincide com a expansão dos serviços uma vez que a intervenção governamental nas políticas sociais e de saúde aumentou consideravelmente ao longo do século XIX. Uma nova racionalidade médica associada a ações que regulamentaram a higiene e o tratamento das doenças está na origem dos Estados modernos. Foucault (1979) identificou três tipos de intervenções no nascimento da medicina social: a medicina urbana na França, onde as ações priorizaram a higienização das cidades, a polícia médica na Alemanha com funcionários médicos responsáveis por uma vigilância distrital sobre a saúde dos indivíduos e a medicina da força de trabalho na Inglaterra.

Ao longo da primeira metade do século XX, expande-se a oferta de serviços a partir do modelo de seguro social ou de seguro público, concebido na Alemanha no final do século XIX. Esse modelo influenciou muitos países, e também a criação do sistema de previdência social brasileiro, e se baseia em contribuições sociais obrigatórias pagas pelas empresas e pelos trabalhadores a diferentes fundos públicos. Em 1948, a criação no Reino Unido de um Serviço Nacional de Saúde (o National Health Service — NHS) com garantia de acesso universal a cuidados gratuitos e integrais, com financiamento a partir de impostos, inaugurou um novo marco na organização dos sistemas de saúde contemporâneos. O direito a saúde foi, então, dissociado do nível de renda ou do vínculo de trabalho passando a ser considerado um direito da cidadania.¹

¹ A implantação do NHS teve como referência um célebre relatório enfatizando a importância das políticas sociais para o desenvolvimento econômico divulgado em 1942, escrito por Sir William Beveridge, por isso, o modelo de serviço nacional de saúde é, às vezes, denominado "beveridiano" e o oriundo do seguro social considerado "bismarckiano" por ter sido concebido pelo chanceler alemão Otto von Bismarck.

Pleury (1994) faz uma síntese dos principais aspectos constitutivos dos modelos de proteção social contemporâneos, os quais, por sua vez, influenciam o tipo de sistema de saúde: a assistência, o seguro e a seguridade. O primeiro baseia-se na caridade e o acesso está condicionado a provas de pobreza, o segundo, na solidariedade e a obtenção de benefícios depende do vínculo de trabalho ou da filiação, o terceiro modelo tem como princípio a justiça e o acesso é universal.

Uma das primeiras classificações de sistemas de saúde feita por Terris (1980) é coincidente com essa tipologia dividindo-os em assistência pública, seguros e serviços nacionais, correlacionando sua organização com o desenvolvimento econômico e o regime político de cada país. Ao longo da década de 1980 essa classificação foi ligeiramente modificada apontando-se a existência de pelo menos três grandes formatos: o sistema de tipo empresarial-permissivo ou de mercado (listados Unidos), os seguros sociais públicos (França, Alemanha, entre outros) e os sistemas ou serviços nacionais (Reino Unido, Canadá).²

Sabe-se, hoje, que não existem sistemas puros e que nem sempre a riqueza de uma sociedade se expressa por justiça social ou por uma boa organização nos serviços. Nos Estados Unidos, por exemplo, uma parcela importante da população depende da assistência pública, sendo atendida pelo programa Medicaid, como veremos a seguir.

Até a primeira metade do século XX, a descoberta do germe e a teoria unicausal da doença dominaram a cena, mas os avanços tecnológicos importantes ocorrem somente após a Segunda Guerra permitindo forte industrialização no setor mediante financiamento estatal. Rapidamente crescem os custos desencadeando-se desde os anos 1970, o que Mendes (2001, p. 14) considera uma "crise em escala planetária" que se manifestaria por quatro dimensões principais: *iniquidade, ineficiência, ineficácia e insatisfação dos cidadãos*. Além de argumentos financeiros ou da insatisfação de usuários apontam-se também mudanças no contexto demográfico e epidemiológico.

Tal situação determinou um movimento de reformas que têm sido intensamente estudadas. É ao longo dessa crise e desses processos que os estudos comparativos tiveram grande crescimento. Uma parcela importante dos trabalhos contribuiu para o estabelecimento de tipolo-

² Um quarto formato correspondia aos sistemas de planejamento centralizado dos antigos países socialistas, os quais passaram por profundas mudanças nas últimas décadas (privatizações com pluralismo de agentes sob diversos graus de regulação estatal).

gias e para a seleção de indicadores visando comparar desempenhos. Nesse enfoque, a reorganização dos serviços dependeria de ações administrativas e de mecanismos reguladores estabelecidos pelo Estado a fim de desencadear mudanças comportamentais nos envolvidos nos cuidados — os prestadores e os usuários.

Para Roemer (1989), um dos autores representativos dessa corrente, um sistema de saúde é uma combinação de quatro componentes fundamentais: recursos, organização, financiamento e gestão, os quais culminam com a prestação de serviços em resposta às necessidades da população. Este referencial orientou um estudo clássico da Organização Mundial da Saúde (Kleczkowski et al., 1984) no qual os sistemas mundiais foram classificados em nove tipos, segundo o grau de riqueza dos países e o grau de organização dos serviços, sugerindo-se medidas específicas para cada um desses componentes. Atualmente tem sido posto em relevância a existência de três grandes funções que seriam essenciais: a regulação, o financiamento (sistemas segmentados ou universais) e a prestação de serviços (serviços integrados ou fragmentados, com monopólio estatal, contratos públicos, competição gerenciada ou de livre mercado) (Mendes, 2002).

No início da década de 1990, os dispositivos de regulação de custos das províncias canadenses e de alguns países industrializados foram comparados em função do controle de custos e dos resultados obtidos em saúde. Identificaram-se alguns aspectos já conhecidos na literatura: quanto mais centralizada a gestão e menor o número de fontes de financiamento, maior o rendimento e a capacidade de controle; quanto maior a presença do setor privado, menor controle e rendimento; formas de remuneração médica por salário, capitação ou por intermédio de terceiros são menos onerosas que o pagamento por ato ou diretamente pelo paciente (Contandriopoulos et al., 1993).

Champagne (1991) verificou a evolução dos serviços de saúde no Canadá, nos Estados Unidos e num conjunto países da Organization for Economic Cooperation and Development — OEC¹ comparando a produtividade, a efetividade e a eficiência. Selecionou como indicadores de recursos, o porcentual do PIB em saúde e as despesas *per capita*; para aos serviços, o tempo de permanência hospitalar e o número de médicos por habitante e para os resultados, a esperança de vida e

¹ A OEC¹ é uma instituição constituída por trinta países membros (Europa, Estados Unidos, Oceania, Japão e México), que mantém grandes bancos de dados e realiza estudos visando o desenvolvimento econômico e social.

a mortalidade infantil. Demonstra as dificuldades do sistema americano, com gastos mais elevados e piores indicadores de saúde, caracterizando-o como o menos eficiente de todos.

Mais recentemente, os resultados de pesquisa feita por Starfield & Shi (2002), comparando alguns países da OECD, demonstraram que quanto maior é a oferta de serviços de atenção primária, menor é o custo do sistema com melhor desempenho na área materno-infantil. Para o conjunto dos indicadores destacavam-se os que possuíam os seguintes atributos: distribuição equitativa de recursos, cobertura universal, baixa contrapartida financeira dos usuários com orientação integral e familiar nos serviços.

Apesar das evidências que vão se acumulando com esses estudos comparativos sabe-se que as mudanças nos diversos países ocorrem muito lentamente. Para outra importante corrente que também incorpora uma perspectiva internacional comparada em suas análises, a lógica que rege o comportamento dos diversos atores sociais não está necessariamente voltada para o bem-estar da população, pois seu comportamento é por vezes antagônico, podendo direcionar a dinâmica dos sistemas para outros fins.

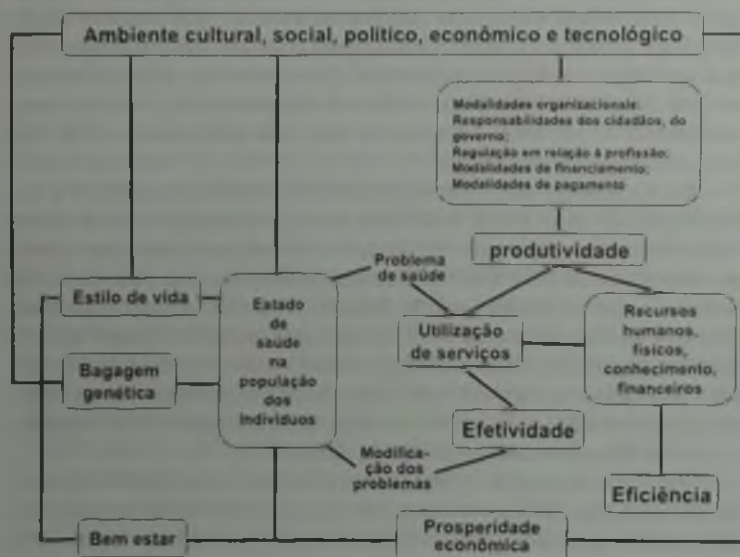
Para entender tais contradições seria necessário considerar a subordinação do setor saúde às relações mais gerais de produção e reprodução social lançando mão de categorias e conceitos tais como a divisão internacional do trabalho, a acumulação de capital, as relações de poder e entre as classes sociais. Estudos com esse enfoque são mais críticos e têm-se preocupado em apontar, por exemplo, o papel ideológico dos organismos internacionais (Costa, 1996), os interesses do capital financeiro na expansão de planos de saúde privados para a América Latina (Stocker et al., 1999) e o impacto para a equidade das reformas ocorridas nesse continente (Almeida, 2002).

Para essa autora, as reformas recentes teriam exacerbado desigualdades na região criando novos problemas ao substituir valores de solidariedade e igualdade por um individualismo utilitarista e o princípio de necessidade pelo de risco, definido segundo a posição social e econômica de cada indivíduo (Almeida, 2002, p. 23).

Portanto, existem várias formas de conceber e explicar os sistemas de saúde, bem como diferentes posições quanto à importância ou o "peso" atribuído aos serviços na modificação do processo saúde-doença. A discussão dos determinantes do estado de saúde traz a necessidade de separar os efeitos dos diversos fatores que interferem nesse estado (renda, educação, estilo de vida, serviços, biologia).

Há um consenso de que, tanto na avaliação como na análise comparada (Hortale et al., 1999; Fundação Oswaldo Cruz/Pro-adess, 2003), é necessário estabelecer claramente a diferença entre sistemas de saúde e os sistemas de serviços ou de cuidados de saúde. Os primeiros são muito mais abrangentes e se referem à saúde num sentido ampliado, a qual é o resultado de uma complexa interação de um conjunto de fatores e ações de diversos sistemas sociais. A Figura 1 ilustra essa concepção a partir do modelo proposto por Contandriopoulos (1990), destacando algumas relações entre seus componentes que permitem avaliar o desempenho dos sistemas de serviços (a produtividade, a efetividade e a eficiência).

Figura 1. Modelo de Sistema de Saúde.



Fonte: Contandriopoulos, 1990 (com autorização)

De modo geral, as comparações se referem aos serviços, havendo diversas formas de descrevê-los e analisá-los. Esses sistemas diferem, basicamente, com relação às seguintes dimensões: grau de cobertura (universal ou segmentada); equilíbrio entre as fontes de financiamento (impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado, pagamento direto); grau de integração entre os agentes financiadores e os

prestadores (número de agentes financiadores, presença de um Ministério da Saúde ou de um Seguro Nacional); propriedade dos serviços (públicos, privados-lucrativos ou filantrópicos); formas de remuneração e regulação dos profissionais, especialmente dos médicos (ato, salário, capitação, maior ou menor regulação) (Pro-adess, 2003).

Após breve contextualização de cada país, apresentamos uma descrição geral da estrutura e do funcionamento dos sistemas de serviços. A principal base de dados usada para essa contextualização advém da OECD (2005) e da Organización Panamericana de la Salud — OPS (2005), ambas disponíveis para pesquisa por meio eletrônico. O conjunto de indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e de recursos utilizados refere-se ao ano de 2003, salvo algumas exceções assinaladas. A OPS (2002) também disponibiliza um *Atlas Sanitário* que oferece vários recursos com a visualização de gráficos comparativos por grupos de países.⁴

Alguns aspectos são importantes na comparação de indicadores sugerindo cautela em sua interpretação. O primeiro diz respeito à grande variação na qualidade dos sistemas de informações, notadamente no caso dos países da América latina e do Caribe; o segundo deve-se ao fato de que esses dados não nos informam acerca das desigualdades dentro dos países. Além disso, não existe um consenso acerca de quais indicadores seriam os mais sensíveis às ações dos cuidados. Por exemplo, a partir de um certo nível de desenvolvimento social, a maior oferta de atenção médico-hospitalar parece não estar associada de forma positiva com a diminuição da mortalidade infantil, podendo até ocorrer uma controversa inversão nesta correlação (Silva & Duran, 1990).

Para avançar nesta discussão e compreender as dificuldades do desempenho do sistema norte-americano, Hussey et al. (2004), selecionaram um conjunto visando comparar a qualidade do sistema de atenção de alguns países desenvolvidos (Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Nova Zelândia e Austrália). A seleção incluiu para resultados dos serviços: a sobrevida para alguns tipos de câncer, transplantes (renal e fígado), infarto e acidente vascular cerebral, e certos eventos e doenças preveníveis como os suicídios, a mortalidade por asma (5-39 anos), a incidência de coqueluche, sarampo, hepatite B e o tabagismo. Como indicadores de processo foram escolhidos: a triagem para o câncer de

⁴ Embora esses dados se refiram a anos anteriores, a comparação com indicadores mais recentes não mostra mudanças significativas a ponto de impedir o uso desse interessante recurso pedagógico.

mama e o câncer cérvico-uterino, a imunização contra a gripe e a poliomielite. No entanto, esses indicadores ainda não são facilmente disponíveis ou necessariamente adequados para uma comparação na realidade latino-americana, e a avaliação do desempenho dos sistemas foge ao objeto deste texto. Assim, o conjunto selecionado para apresentação neste capítulo orientou-se pela escolha de dados que pudessem informar acerca dos diversos subsistemas sociais ilustrando de forma sintética o contexto no qual os serviços se situam, a partir de informações de difusão ampla e suficientemente validadas.

Forneceremos também uma idéia da dinâmica e dos processos de reforma mais recentes, especialmente naqueles em que a política de saúde apresenta pontos convergentes com a tendência da organização de serviços propostas para o Brasil, como é o caso do Québec (Canadá) e da Inglaterra, nos quais realizamos pesquisas empíricas sobre essa temática.

O SISTEMA DE TIPO PLURALISTA EMPRESARIAL PERMISSIVO: O CASO DOS ESTADOS UNIDOS

Em 2003, os Estados Unidos tinham uma população de mais de 290 milhões de habitantes, renda de US\$37.658 (PNB/*per capita*) e gastos em saúde chegando a US\$5.635, o que correspondia a 15% do PNB. Este patamar era quase o dobro da média dos países da OECD, ao contrário dos gastos públicos, que são inferiores (44%). A esperança de vida (77,2 anos) e a mortalidade infantil (6,9 mortes por 1.000 nascidos vivos) situavam-se abaixo da média desse conjunto. As principais causas de mortalidade são doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias e causas externas (OECD, 2005). Embora as taxas de mortalidade para todos os tipos de câncer sejam inferiores à média dos países desenvolvidos, a questão da desigualdade nos indicadores de saúde tem sido objeto de atenção. Sabe-se que a mortalidade infantil é o dobro na população negra, na qual as mortes por doenças cardíacas e câncer são também mais elevadas (US DIHS, 2000).

A organização político-administrativa dos Estados Unidos caracteriza-se por um governo federal, estados, condados e municípios.

A grande importância atribuída ao liberalismo na cultura americana, explicaria, em parte, a diversidade de cobertura e de modalidades de cuidados existentes no país (Saltman, 1997). Desde seus primórdios, a atenção à saúde foi considerada problema individual, apenas os pobres e os incapazes de competir no mercado eram alvo de ações especí-

ficas, inicialmente caritativas e posteriormente promovidas pelos governos locais. A partir de meados do século XVIII, surge uma rede hospitalar mantida por comitês comunitários e, depois, com hospitais religiosos ou de grupos étnicos. No final do século XIX surgiram os hospitais privados com fins lucrativos, os quais, por destinarem parte de seu atendimento aos pobres, recebiam subsídios e isenção de impostos sendo considerados filantrópicos ou "não lucrativos". Este tipo de estabelecimento é hoje detentor da maior parcela dos leitos existentes (Noronha & Ugá, 1995).

Há nos EUA uma variedade de instituições privadas e públicas, configurando um sistema plural com múltiplos subsistemas para clientela distintas. Como são feitas as atividades de saúde pública? Aonde vão as pessoas quando necessitam consultar? Ou seja, como se dá, em linhas gerais, o funcionamento de um sistema tão segmentado?

As ações de saúde pública se estruturaram em meados do século XIX, com a criação dos Departamentos de Saúde estaduais ou locais, dirigidos ao controle de epidemias, doenças transmissíveis e para educação sanitária. Essa divisão de trabalho, com o Estado restringindo-se às atividades preventivas e repassando ao setor privado a prestação de serviços curativos (mesmo quando financiada pelo governo) persiste até agora.

Atualmente, o setor público estrutura-se em função de grandes áreas de atuação subordinadas ao "Department of Health and Human Services — DHHS", órgão federal equivalente ao Ministério da Saúde. Existem intervenções clássicas de saúde coletiva objeto dos famosos "Centers for Diseases Control and Prevention — CDC" e do "Food and Drug Administration — FDA", estruturas de gestão da assistência médico-hospitalar para clientela específicas, os "Centers for Medicare and Medicaid Services" e outras instituições destinadas a pesquisa médica e a avaliação da qualidade dos serviços ("National Institutes of Health" e a "Agency for Health Care Research and Quality").

Os programas "Medicare" e "Medicaid" surgiram na década de 1960 a partir de reformas que visavam ampliar o acesso aos serviços, sobretudo para velhos, desempregados, trabalhadores de pequenas empresas e para racionalizar o modelo de atenção excessivamente hospitalar.

O "Medicare" é um seguro social de responsabilidade federal, destinado a cobertura médico-hospitalar de aposentados⁵ e seus depen-

⁵ População maior de 65 anos fica sem cobertura após a aposentadoria, pois os seguros das empresas só cobrem trabalhadores em atividade

dentes e de portadores de doença renal terminal. Tem uma regulamentação nacional com dois sistemas de cobertura: um básico obrigatório e outro complementar de adesão voluntária. O plano obrigatório é financiado mediante contribuição compulsória de empregados e empresas sobre a folha de salários e cobre apenas parcialmente os gastos de hospitalização com co-pagamento por parte dos usuários. Inclui serviços e insumos utilizados durante a internação, além de serviços de diagnóstico e de reabilitação até cem dias após a alta. Mas não paga, por exemplo, honorários médicos, podendo o segurado utilizar apenas os serviços dos médicos residentes. Por isso, além do plano complementar que cobre esses honorários, uma variedade de outros planos opcionais é oferecida para os beneficiários do Medicare (Advantage, Medigap, por exemplo). O custo crescente desse programa desde os anos 1980 tem levado ao estabelecimento de novas formas de co-pagamento para os usuários, com a instituição de um seguro obrigatório para cobrir gastos com medicamentos, a partir de janeiro de 2006 (DIHHS, 2006).

O "Medicaid" é um programa assistencial sob responsabilidade dos governos estaduais sendo financiado com fontes fiscais dessa esfera de governo e subsídios federais. Está condicionado à comprovação da situação de pobreza havendo muita diversidade na extensão e na qualidade dos serviços oferecidos.

A maior parcela da população americana obtém serviços a partir de formas de seguro saúde privado, os quais serviram também como referência para criação dessa modalidade no Brasil (Conill, 1992). O surgimento de organizações empresariais no âmbito da assistência médico-hospitalar remonta ao início do século XX, um período de intenso crescimento demográfico, industrialização e prosperidade, com o aumento da contratação de serviços médicos para os trabalhadores de grandes firmas.

A corporação médica reagiu ao controle de suas rendas, o que levou à organização dos próprios prestadores de serviços e ao aparecimento da medicina de grupo. Dessa maneira, já no início do século XX, a "Blue Cross" (ligada a Associação de Hospitais) e a "Blue Shield" (originada de propostas da American Medical Association — AMA), ofereciam serviços de saúde. O crescimento da demanda por esse tipo de cobertura atraiu empresas do ramo de seguro que passaram a oferecer planos "sob medida", com reembolso da atenção médica e/ou hospitalar, que tiveram grande expansão (Noronha & Ugá, 1995).

Estima-se que 75% da população americana está coberta por um plano de saúde privado, com grande variabilidade no acesso e na gama de serviços. No entanto, em torno de 16% das pessoas não possuem nenhuma forma de cobertura (US DHHS, 2005).

As reformas de saúde dos anos 1970/1980, irão determinar novos arranjos financeiros, organizacionais e gerenciais no seguro privado americano, dando origem ao que ficou conhecido como *managed care* ou atenção gerenciada.⁶ Tiveram destaque nessa fase, dois tipos de organizações:

1. As "Health Maintenance Organizations — HMOs" — um misto de seguradoras e prestadoras de serviços ambulatoriais ou hospitalares por meio de rede própria ou credenciada. Embora existam desde 1920, tornaram-se mais conhecidas a partir de 1973 por receberem incentivos fiscais e pela implantação de formas inovadoras na organização de seus serviços. Algumas incorporam atividades preventivas com ações de profissionais de enfermagem, por exemplo. Existem diversos modos de relacionamento com os médicos (assalariamento com ou sem produtividade, credenciamentos individuais, de grupos, de redes, grupos voltados para atenção primária, contrato direto por ato ou por capitação). Dessa forma, as "HMOs" têm-se constituído num campo fértil de pesquisa acerca dos efeitos de arranjos administrativos no controle de custos e na qualidade dos serviços.

2. As "Preferred Provider Organizations — PPOs" que operam com um grupo fechado de prestadores contratados e com mecanismos de regulação mais estritos.

Além dos serviços governamentais e do seguro privado, há ainda um número expressivo de instituições não-governamentais que atuam no contexto de agravos ou grupos específicos tais como câncer, doenças cardíacas, esclerose múltipla, saúde mental, drogas, crianças e mulheres vítimas de violência, *homeless*, entre outros.

Assim, em nível local, um usuário americano pode recorrer as seguintes possibilidades de serviços, em função sua condição econômica, ocupacional, social, étnica ou de gênero: clínicas de saúde pública, ambulatórios de hospitais, serviços de saúde escolar, ambulatórios em indústrias, serviços médicos de bases militares, serviços para militares veteranos (clínicas e hospitais), serviços para população indígena, clíni-

⁶ Merhy (1999) sintetiza as principais mudanças que ocorrem no processo de trabalho em saúde em função das ações implementadas a partir do paradigma da atenção gerenciada.

cas de instituições voluntárias (incluem as "Free Clinics" que oferecem atenção primária para adultos jovens de baixa renda), Centros Comunitários de Saúde (incluem os "Neighborhood Health Centers"), Clínicas de "HMOs", Centros de Pronto-Atendimento, pertencentes ao setor privado ("Surgicenters").

No entanto, apesar de uma lista tão diversificada, dois terços da população usava os consultórios médicos como porta de entrada, mesmo para atividades preventivas (Roemer, 1987, Starfield, 2004). Franks et al. (1997), partindo da definição de atenção primária do Instituto de Medicina dos Estados Unidos constataram que a porta de entrada do sistema se dá principalmente nos consultórios de medicina de família, clínica geral, medicina interna e pediatria. Ainda que em menor grau, também preenchiam atributos de atenção primária a ginecologia e a obstetria, os médicos de emergência, cirurgia geral e nefrologia.

Apesar de desigualdades na distribuição espacial há uma oferta adequada de profissionais notando-se grande tendência à especialização médica.

O sistema americano é, portanto, um sistema plural altamente segmentado e com custos crescentes. Para contornar esses problemas, um amplo movimento de reforma capitaneado por Hilary Clinton propôs em 1993 a implantação de um seguro universal, o qual não conseguiu ser aprovado. Em 1996, foi votado o "The Health Insurance Portability and Accountability Act" visando regular tempos de carências e exclusões nos planos de saúde para atenuar problemas nas coberturas (Nichols & Blumberg, 1998).

Um plano nacional intitulado "Healthy People 2010: Understanding and Improving Health" (US DHHS, 2000) enfatiza a promoção e a prevenção estabelecendo objetivos em quarenta e oito áreas de trabalho, entre elas a melhoria do acesso.

Emissor de avanços tecnológicos e de resultados de grande pesquisa na área da saúde além de constantes experimentos e reformas na organização de serviços, a vantagem do sistema de mercado americano para sua população permanece a ser determinada, considerando-se os custos crescentes e a desigualdade predominante no modelo assistencial. Vejamos como funciona um sistema baseado no seguro público de saúde.

UM SISTEMA DE SEGURO PÚBLICO: O CASO DA FRANÇA

Em 2003, a população francesa era de aproximadamente 60 milhões de habitantes, com renda de US\$ 28.881 por habitante e gasto com saúde da ordem de 2.903 dólares *per capita*, o que correspondia à 10% do PNB. Desses gastos, 76% advêm de fundos públicos. Os indicadores de saúde mostram uma esperança de vida de 79,4 anos e mortalidade infantil de 3,9 mortes por mil habitantes. Todos esses indicadores situavam-se acima da média do conjunto dos países desenvolvidos (OECD, 2005). As principais causas de mortalidade são câncer, neoplasias, as doenças do aparelho circulatório, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Uma das diferenças da França com relação esses países diz respeito à ocorrência de taxas menores para mortalidade por doenças do aparelho circulatório, o que tem sido alvo de discussão (Starfield, 2002).

A França é uma república composta administrativa e politicamente por regiões (equivalentes aos nossos estados), departamentos, cantões e municípios ou comunas. O sistema de saúde baseia-se em três grandes princípios: solidariedade, pluralismo e medicina liberal. O princípio da solidariedade significa que o seguro social garante um financiamento compartilhado, no qual a contribuição independe dos riscos individuais ante a possibilidade de adoecer.

O financiamento dos serviços advêm de impostos e de contribuições de empregados e empregadores, configurando um seguro público ("*Securité Sociale*") regulamentado pelo Estado. A atenção à saúde é garantida mediante serviços em consultórios privados e em hospitais públicos e privados (lucrativos ou filantrópicos).

A maior parte da população (83%) contribui e é beneficiária da "*Caisse Nationale d'Assurance Maladie — CNAM'IS*" destinada aos trabalhadores assalariados. Existem outros organismos para categorias específicas tais como mineiros, rurais e autônomos.

Os princípios acima enunciados nem sempre são fáceis de conciliar, pois, em função da solidariedade, o Estado tem feito intervenções crescentes no setor. Uma lei de cobertura universal votada em 2000 incluiu a pequena parcela da população que dependia da assistência pública e, atualmente, todos os residentes legais na França estão cobertos por este regime. Também vem sendo implementada uma série de medidas com o objetivo conter gastos e adequar o modelo de atenção.

Para ser reembolsado ou coberto por um serviço, ele tem de ser prescrito por médico, dentista, parteira ou instituição cadastrada além de constar de uma lista aprovada por um comitê oficial do Ministério da Saúde. Os procedimentos são incluídos nessa lista com base em sua efetividade, tendo sido criados órgãos para avaliação e acreditação de produtos e serviços profissionais (Sandier et al., 2002).

Isso se aplica para os serviços prestados em hospitais privados e em consultórios onde o paciente paga a consulta (ou o serviço), remetendo o comprovante para fins de reembolso. Nos hospitais públicos há um orçamento global que inclui custos de pesquisas.

Há um co-pagamento para um conjunto de procedimentos com taxas variadas pagas diretamente pelos usuários, tais como: 30% para consulta com generalista e especialistas, de 0 a 65% para medicamentos, 40% para exames laboratoriais, 20% por dia após trinta dias de internação por causas não relacionadas à maternidade, diferenças de custos em próteses dentárias e óculos. Isso explica o fato de que em 2000, 86% da população possuía alguma forma de seguro complementar voluntário. Predomina nesses seguros uma lógica de cooperação fortemente arraigada na cultura francesa, pois a maior parte deles é operada por meio de associações mútuas sem fins lucrativos. Pessoas muito doentes ou com custos elevados podem pleitear isenções de taxas (Sandier et al., 2002).

Mas como se dá o acesso a esses serviços e sua prestação e sua utilização? Dois terços do setor hospitalar, nos quais se incluem os Hospitais Universitários conhecidos como Centres Hospitaliers Universitaires — CHUs e os hospitais regionais, pertencem ao setor público constituindo uma rede sob os auspícios do Ministério da Saúde. O *staff* desses hospitais, incluindo os médicos, é assalariado.⁷ Mais da metade dos leitos do setor privado situa-se em *Cliniques*, hospitais de médio a pequeno porte dirigidos para cirurgia e obstetrícia. Os hospitais filantrópicos têm perfil semelhante ao do setor público. Há então, uma divisão de trabalho que faz com que os casos mais sérios que exijam hospitalização prolongada e de alto custo sejam assumidos pelo setor público.

Alguns elementos históricos acerca da constituição da prática médica e do setor hospitalar francês merecem destaque para a compreen-

⁷ Os médicos são assalariados, mas guardam o direito de atender clientela particular dentro dos hospitais públicos, desde que respeitados determinados limites e contrapartida financeira

são do funcionamento desse sistema e de aspectos culturais que estão presentes até hoje em nosso meio.

Segundo Coelho (1995), ao contrário da *bedside medicine* que prevalecia na Inglaterra, a medicina francesa desenvolveu-se com base numa estrutura hospitalar. Os hospitais parisienses foram muito importantes para a constituição do saber médico, principalmente da semiologia. Controlada pelo Estado e administrada de forma centralizada, a rede de hospitais se expandiu, havendo grande quantidade de pacientes e muita diversidade de morbididades, o que oferecia enorme campo de estudos. A clínica privada era exercida no domicílio dos mais abastados, onde o médico se submetia às conveniências do cliente que lhe era socialmente superior, o que implicava limites de acesso ao corpo para exame físico. O atendimento nos hospitais, no entanto, era o único recurso para pobres e indigentes, *locus* no qual se estabelecia outro tipo de relação médico-paciente.

Os médicos dedicavam a parte da manhã ao atendimento nos hospitais onde gozavam de autonomia e mantinham a prática privada como a fonte principal de rendimentos. Segundo esse autor, as estruturas hospitalares haviam adquirido grande prestígio, e estar implicado nelas, com atendimento, pesquisa e ensino, conferia considerável prestígio à carreira. No modelo francês de medicina hospitalar a autoridade dos clínicos estendia-se às instituições de ensino, com a pesquisa básica ocorrendo em laboratórios independentes.

Somente em 1958, ocorreu uma reforma que fez pela medicina francesa, o que há mais de meio século reformadores da Harvard e da Johns Hopkins haviam feito no cenário acadêmico americano com inserção das ciências básicas na estrutura hospitalar e introdução do regime de tempo integral. Foram criados os Centros Hospitalares Universitários, os CHUs que combinam pesquisa básica, pesquisa clínica, ensino e atendimento médico. A história de autonomia dessas instituições acrescida do grande poder das Associações Médicas francesas tornam lentas as iniciativas de transformações no sistema de saúde. Há atualmente um total de 29 Centros Hospitalares Regionais ou Universitários, tendo ocorrido nos últimos anos diminuição na oferta de leitos de agudos, nos tempos de permanência e no número de estabelecimentos privados (Chaleix & Mermillid, 2005).

Os cuidados ambulatoriais são garantidos por médicos que atuam em seus consultórios, com pagamento por ato, com valores definidos por uma comissão ministerial. A maioria não adota o modelo de prática em grupo, mas o número de generalistas é expressivo, sendo os ser-

viços de apoio diagnóstico fornecidos por profissionais privados ou em hospitais.

Até pouco tempo o acesso era baseado na livre escolha, sem necessidade de nenhuma referência e sem nenhum limite no número de consultas, desde que respeitados as regras de cadastramento e os pagamentos mencionados. A partir de julho de 2005, em função de reformas no seguro doença (Lei de 13/4/2004), foi introduzida uma nova regra: o estabelecimento da figura do *médecin traitant*, com a necessidade de referência para consultas especializadas. Todo usuário com mais de dezesseis anos tem agora de escolher um médico de sua livre escolha (sem obrigatoriedade de que seja generalista), o qual ficará responsável pela coordenação e pela continuidade de seu cuidado. Dispensam referência as situações de urgência e as especialidades de oftalmologia, ginecologia, psiquiatria e pediatria. Está previsto o compartilhamento de informações e o estabelecimento de protocolos de cuidados para doenças crônicas (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

Os tempos de espera para obtenção de serviços, objeto de enorme preocupação no sistema inglês conforme veremos adiante, não são longos no caso da França, mas as pequenas emergências sobrecarregam os hospitais. No entanto, inquéritos têm mostrado um bom nível de satisfação da população com relação aos serviços dos generalistas (Sandier et al., 2002).

Além dessas, outras medidas foram implementadas para reorganizar o modelo assistencial e conter custos, tais como o incentivo para distribuição de genéricos pelos farmacêuticos, o estabelecimento de tetos máximos por itens de serviços e a criação de Agências Regionais, com administração conjunta do Ministério da Saúde e das estruturas do seguro social. Estas Agências são responsáveis pelo planejamento e pela alocação de recursos para o setor hospitalar público e privado. Elaboram cartas sanitárias e planos regionais que devem ser aprovados por um Comitê com representantes governamentais, dos profissionais e de instituições públicas e privadas.

Apesar de mais solidário e com maior equidade, o pluralismo e a ênfase na prática liberal do sistema de saúde francês trazem alguns problemas para a integração, coordenação das ações, práticas de prevenção e promoção de saúde, tal como ocorre no modelo americano. Vejamos agora, dois exemplos de sistemas de seguro ou serviço nacional nos quais tem predominado os princípios de integração para organizar o modelo tecnoassistencial.

OS MODELOS DE SEGURO E SERVIÇOS NACIONAIS DE SAÚDE: O CASO DO CANADÁ (PROVÍNCIA DO QUÉBEC) E DA INGLATERRA*

O caso do Canadá e as particularidades da província do Québec

Em 2003, a renda *per capita* no Canadá era da ordem de US\$ 30 445, com gasto em saúde de 3 000 dólares por habitante, o que correspondia a aproximadamente 10% do PIB, dos quais 70% representam gastos públicos. Os indicadores de saúde mostram um perfil epidemiológico característico dos países centrais, com esperança de vida de 79,5 anos e mortalidade infantil de 5,4 óbitos por mil nascidos vivos. Todos estes indicadores estavam acima da média dos países da OCDE, sendo as principais causas de mortalidade as doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias e causas externas (OCDE, 2005).

A estruturação do sistema de saúde canadense iniciou-se com um seguro hospitalar (1957), seguido por um seguro universal votado em 1966 ("Medical Care Act"). Trata-se de um sistema fortemente descentralizado, baseado em orçamento fiscal e financiamento compartilhado entre o governo federal e as províncias. Cada província tem autonomia para estabelecer suas prioridades e realizar a gestão dos serviços, desde que respeitados os grandes princípios da lei federal: universalização, gestão pública, integralidade ou caráter completo da assistência e transferibilidade (os direitos são válidos em todo o território canadense) (Canada Health Act, 1984).

O sistema é definido como um seguro nacional de saúde cujo financiamento é predominantemente público através de fontes fiscais, mas a prestação de serviços fica a cargo de prestadores privados com diversas formas de credenciamentos e contratos. A maior parte dos médicos exerce sua prática de forma liberal, atendendo em clínicas particulares ou em hospitais, sendo remunerados por serviços prestados pelas agências provinciais que gerenciam o seguro saúde. Alguns trabalham como assalariados em centros de saúde ou em ambulatórios de hospitais.

Dos hospitais, 95% são instituições sem fins lucrativos, administrados por organizações comunitárias, religiosas ou autoridades pro-

* Conteúdo adaptado do texto preparado a partir da Oficina de Trabalho sobre Regulação no Sistema Único de Saúde realizada no âmbito da pesquisa "Regulação da Assistência à Saúde", Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2004.

vinciais. No caso do Québec, esses estabelecimentos (incluindo centros de reabilitação e clínicas de repouso) são considerados como pertencentes à rede pública, recebem orçamento anual e têm seu funcionamento regulamentado em lei. O seguro privado tem papel limitado, servindo para o financiamento de serviços não cobertos pelo sistema público (cirurgias estéticas, hotelaria especial nos hospitais, tratamentos dentários, "home care", por exemplo). A partir dos anos 1980, houve uma expansão de serviços privados sob contrato governamental, na área de "nursing homes", "day care centers" e "home care" para idosos, principalmente nas províncias de Ontário e Columbia Britânica (Contandriopoulos et al., 1992).

Tendo em vista a ênfase na autonomia de gestão, costuma-se dizer que o sistema de saúde canadense é composto por dez sistemas de saúde provinciais e três territoriais, os quais se caracterizam por uma diversidade de formatos. O Québec foi a última província a implantar o seguro saúde universal, mas ultrapassou em muito os princípios propostos pelo governo federal. Na década de 1970, a organização dos serviços de saúde nessa província se destacava pelo caráter inovador das ações aí empreendidas transformando-se num caso privilegiado para o estudo da tentativa de associar princípios de universalização com a democratização das instituições.

O Québec é a mais extensa das dez províncias canadenses e tem uma população de 7,1 milhões. Para facilitar a descrição e análise, dividiremos a trajetória do seu sistema de saúde em três etapas

De 1971 a 1984: sobre a fase de implantação do seguro-saúde universal e as propostas inovadoras da reforma

Em 1971 votou-se a lei que inicia a reforma dos serviços sociais e de saúde, criando-se treze regiões sócio-sanitárias para hierarquizar uma rede de estabelecimentos públicos cuja porta de entrada seriam os Centros Locais de Serviços Comunitários (Centres Locaux des Services Communautaires — CLSC), com Conselho de Administração majoritariamente constituído por usuários. A referência aos serviços secundários estava prevista para hospitais de agudos, de crônicos, centros de repouso, de reabilitação, de saúde mental e centros de serviços sociais. No topo dessa rede, duas estruturas principais, o Ministério e uma Agência encarregada do pagamento e do controle dos procedimentos médico-hospitalares.

Além de um processo de nacionalização dos hospitais (a maior parte de propriedade de corporações religiosas), este foi um período

de intensa regulação de recursos humanos com o estabelecimento de um Código de Profissões acompanhado do crescimento dos movimentos sociais e de sindicalização. A corporação médica é representada no Québec por duas federações, a dos especialistas e a dos generalistas. Os primeiros, após forte oposição, concordaram com o credenciamento universal com pagamento por ato desde que mantida a autonomia de prática. Os segundos, estimulados pela perspectiva de ascensão de *status* em função da grande ênfase na atenção primária, concordaram em participar da experiência dos CLSC.

No entanto, embora as práticas realizadas nesses Centros tenham mostrado a viabilidade de um cuidado mais integral fornecido por diversos profissionais aliando serviços médicos, preventivos, sociais e comunitários, essas organizações foram gradativamente assumindo uma posição marginal na rede de serviços, sendo dirigidas para o cuidado em domicílio de idosos, tornando-se complementares aos consultórios médicos mantidos mediante o credenciamento universal.

No início da década de 1980, de duzentos CLSC previstos apenas cem estavam implantados. Os consultórios nos hospitais (35%) e os médicos em prática privada, em geral em policlínicas (44%), respondiam por aproximadamente 80% dos cuidados de primeira linha. Estes serviços, com procura crescente da emergência, constituíam a verdadeira porta de entrada do novo sistema de saúde. Os médicos praticando nos CLSC representavam na época um pouco menos de 10% dos generalistas da província (Conill, 2000).

Ao longo da década de 1970 e início dos anos 1980, as atividades de porta de entrada acabaram sendo realizadas de diversas formas de complementaridade entre essas duas estruturas, as policlínicas e o CLSC, além dos ambulatórios e dos serviços de emergência dos hospitais. Não existem barreiras de nenhum tipo para o uso de qualquer um desses serviços.

O discurso das políticas de saúde dessa fase será marcado por objetivos de expansão do acesso, integralidade da atenção ("la globalité") e estímulo à participação social, mas se modificará no período seguinte, num contexto neoliberal de restrições orçamentárias e ajustes macroeconômicos, no qual ocorreu uma diminuição importante da contribuição federal para o financiamento da saúde (Desrosiers, 1997). Apesar disso, o governo central mostrou-se intransigente no monitoramento de suas diretrizes, reiteradas em lei em 1984 (Canada Health Act, Bill C3), em função de denúncias crescentes de práticas de co-pagamento em algumas províncias.

De 1984 a 1994: um período de avaliações e propostas de ajustes no Québec e no Canadá

A manutenção dos grandes princípios do sistema numa conjuntura de restrições orçamentárias determinará um movimento generalizado de avaliações e busca dos ajustes. Lamarche & Rossi (1995) estudaram esse movimento no cenário canadense comparando resultados de cinco Comissões criadas entre os anos 1980-1990, nas províncias de Nova Escócia, Québec, Ontário, Saskatchewan e Colúmbia Britânica. Havia convergência em torno de problemas de custos, adaptação dos serviços, dinâmica inflacionista e baixa efetividade, propondo-se soluções similares. Além da conhecida prioridade em objetivos de prevenção, promoção e nos serviços de primeira linha, sugeriam-se o controle da demografia médica, a diminuição do pagamento por ato e a utilização de outros profissionais que pudessem se constituir em alternativas eficazes aos serviços médicos.

No Québec, o marco formal dessa etapa foi a constituição de uma Comissão que realizou encontros, consultou organismos representativos e encomendou um conjunto de pesquisas como subsídios (MSSS, *Rapport de la Commission*, 1988). Sugeriu "uma nova dinâmica de poderes": em nível decisório (Conselhos de administração, participação dos usuários), em nível dos serviços (programas, ênfase na continuidade do cuidado e na avaliação); em nível dos recursos humanos (distribuição, formação, negociação). Ressaltou a importância aos sistemas de informação e da alocação de recursos condicionada a planos plurianuais.

Nos anos posteriores, seguindo a muitas dessas recomendações, o governo definiu o quadro normativo, institucional e legal de uma nova reforma (MSSS, 1990, *Assemblée Nationale*, 1990). No documento conhecido como *Orientations* (MSSS, 1989) os objetivos foram fixados de forma interessante: *somar anos à vida* (porcentuais de reduções de mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer de mama, acidentes, etc.); *somar saúde à vida* (porcentuais de redução de dor lombar, doenças sexualmente transmissíveis, fumantes, entre outros) e, *somar bem-estar à vida* (autonomia, saúde mental, redução da violência, por exemplo).

O documento *Santé et Bien Être, la Perspective Québécoise* (MSSS, 1993) articulando a política social com a de saúde reiterou a garantia dos direitos mediante serviços mais acessíveis, contínuos e complementares num sistema público fortemente descentralizado. No novo organograma do sistema é possível notar uma procura por diversidade nos

prestadores de serviços que se intensificará nos anos seguintes. Além dos estabelecimentos públicos, aparecem serviços privados e comunitários.

Apesar desse referencial, poucas mudanças ocorreram até a metade dos anos 1990, quando são realizados importantes cortes de despesa para obtenção do "déficit zero" nas contas públicas provinciais. O encerramento deste período coincide com a divulgação do relatório de um grande fórum nacional convocado pelo governo federal para promover um consenso acerca do sistema de saúde. Seu título "A saúde no Canadá: uma herança para fazermos frutificar" (Forum National sur la Santé, 1997, tradução nossa), é suficientemente expressivo quanto ao consenso obtido. Vejamos então, quais foram as medidas implementadas no Québec neste período mais recente que têm permitido garantir tal herança.

De 1995 em diante: do controle de custos à integração de serviços

Desde a reforma dos anos 1970, embora houvesse um Conselho em cada região de saúde, este realizava funções de tipo essencialmente consultivo (recebimento de queixas, por exemplo) pois os estabelecimentos relacionavam-se diretamente com o Ministério da Saúde da província.

Com a nova reforma, o número de regiões aumentou e esses Conselhos foram transformados em "Régies de la Santé et des Services Sociaux" com importantes atribuições gerenciais. Ocorreram fusões de estabelecimentos⁹ com fechamento de hospitais, resultados de planos de transformação da rede feitos pelas regionais. Implementa-se a chamada "virada ambulatorial" (*virage ambulatoire*). Para o Ministério, esta estratégia era o eixo das transformações, uma vez que permitiria a implantação das seguintes medidas para diminuir a procura de recursos institucionais (notadamente a utilização de leitos para doenças agudas): cirurgia ambulatorial, aumento da disponibilidade nos CLSC (sessenta horas/semana), informações por telefone 24 horas (*Info-Santé/CLSC*), seguro para medicamentos e a organização de uma rede integrada de hospitais universitários (MSSS, 1997).

⁹ Foram feitas fusões ou integração de Conselhos de Administração de organismos de mesma natureza ou complementares (CLSCs, com pequenos hospitais e casas de repouso, por exemplo). As regionais utilizaram as chamadas *tables de concertation* ou mesas de consenso, feitas com representantes dos estabelecimentos como instrumento para facilitar a conciliação de interesses.

Com isso os CLSC voltaram à cena e, para alguns, se não haviam conseguido ser a porta de entrada do sistema, corriam risco de ser a de saída, tendo em vista as dificuldades de operar em contexto de demandas crescentes com recursos limitados (Dieudonné, 1997). Para outros, este novo período poderia ser útil propiciando revisão do modelo assistencial e complementaridade entre os estabelecimentos. A restrição da oferta poderia levar à busca de maior autonomia dos indivíduos em relação aos serviços, com ênfase na promoção, prevenção e no uso de recursos comunitários (Contandriopoulos, 1996).

Nos anos que se seguem, há um declínio no discurso centrado no controle dos gastos em favor do acesso e da continuidade dos cuidados por meio da integração dos serviços. A atenção volta-se para a articulação entre financiamento e organização dos serviços, com a criação de mais uma Comissão ("Commission d'Étude sur les Services de Santé e les Services Sociaux"/Commission Clair, 2000), com o mandato de responder a duas questões principais: — quais os serviços e qual o nível de gastos que a população estaria disposta a financiar? — Como organizar melhor a porta de entrada?

Essa Comissão sugere em seu relatório¹⁰ maior envolvimento das corporações profissionais na gestão e criação de grupos de medicina de família, apontando a necessidade de formas de seguro complementar para financiamento de coberturas adicionais. Uma nova lei transformou as regionais em Agências de Desenvolvimento de Redes Locais de Serviços de Saúde e de Serviços Sociais (Assemblée Nationale, 2003), com um papel que inclui a coordenação e a realização de acordos com clínicas médicas e outros serviços do setor privado.

As formas de controle social, que já haviam se modificado na reforma anterior,¹¹ foram novamente alteradas com a instituição de um Fórum, com apenas vinte participantes indicados pelas Agências, instituição de uma ouvidoria e maior preocupação com o encaminhamento de queixas.

Houve também aumento da regulação do trabalho médico mediante o estabelecimento de uma lista de atividades obrigatórias criando-se

¹⁰ Após ter consultado em torno de seis mil cidadãos, duzentos grupos representativos de interesses, *experts* e mais de mil atores da rede de estabelecimentos. Este documento incorpora uma avaliação qualitativa centrada nas diversas experiências e percepções dos interessados

¹¹ Haviam passado de uma participação localizada nos Conselhos de Administração (principalmente os dos CLSC) para uma representação mais ampliada em Assembléias Regionais com ate cento e cinquenta participantes

um Departamento de Medicina Geral em cada regional, com remunerações diferenciadas para incentivar o exercício em locais específicos (regiões distantes, visitas em hospitais, cuidados em domicílio, urgências).

O controle das rendas dessa categoria profissional evoluiu de um limite individual de honorários para um limite do conjunto de dotação orçamentária destinado ao pagamento de atos médicos, o que nem sempre é respeitado. O mesmo ocorre quanto à intenção de garantir uma proporção de 60% de generalistas *vs.* 40% de especialistas, pois os primeiros representavam apenas 37% em 2001 (Frottier et al., 2003).

Está prevista a organização de 95 redes locais de serviços (Reaux Locaux de Services — RLS) em toda a província. No centro dessas redes foi criado um novo estabelecimento denominado “Centre de Santé et des Services Sociaux — CSSS”, fruto da fusão dos CLSC e de hospitais de cuidados de curta e longa duração.

O objetivo é estabelecer corredores de serviços integrados que se caracterizam pela existência de *guichet* único, sistemas de informação compartilhados e uma oferta tecnológica ampliada. Pretende-se com isso garantir acesso, vínculo, continuidade e uso racional de recursos especialmente para clientela vulneráveis (idosos, jovens em dificuldades, doenças crônicas). Introduce-se também a noção de gestão de caso clínico, com a figura de um responsável por avaliar e coordenar as múltiplas necessidades desse tipo de clientela no âmbito dessas redes, em geral com formação em enfermagem (Frottier et al., 2003, MSSS, 2004).

Completa as ações deste momento, a criação de Grupos de Medicina de Família (Groupes de Médecine de Famille — GMF), compostos por até dez médicos e pessoal de enfermagem; estes grupos funcionam com novas modalidades de subvenção, listas de pacientes inscritos e uma relação mais estreita com a rede do setor público (MSSS, 2004).

Implantados para melhorar o acesso na porta de entrada, os GMF's são uma continuidade das clínicas privadas já existentes mas têm agora uma subvenção governamental para contratar secretárias, enfermeiras, para instalações (aluguel) e para estrutura de informática. Espera-se que a presença de pessoal de enfermagem garanta uma gama mais ampla de serviços e melhor coordenação dos recursos da rede pública em função da necessidade de cuidados, sobretudo dos pacientes crônicos. O conjunto de serviços, que inclui atendimento domiciliar e fora do horário de funcionamento da clínica, faz parte do contrato estabelecido com o Ministério no momento do credenciamento de um GMF.

Segundo Frottier et al. (2003), tais experiências de integração na porta de entrada já vinham sendo construídas pelos profissionais, em

função das demandas de atenção postas na prática. A ênfase nessas questões é coerente com acordos realizados com o governo federal, que tem centrado as ações mais recentes na melhoria do acesso e na continuidade dos cuidados mediante a reorganização da atenção primária e de maior suporte tecnológico, com a liberação de recursos adicionais para essa finalidade (Health Canada, 2002).

A análise das reformas realizadas no Québec mostra a manutenção de direitos em saúde pela redução seletiva da oferta com diminuição da atenção hospitalar em favor da reorganização de novos modos de prática. Além da ênfase na medicina de família e na integração dos serviços, o governo provincial anunciou novas medidas visando melhorar o acesso aos serviços especializados (MSSS, 2006). Vejamos como tem sido o desafio de garantir direitos e acomodar diversos interesses no âmbito da Inglaterra.

Reformas do National Health Service — NHS da Inglaterra: da competição à integração

Desde sua criação em 1948, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (National Health Service — NHS) tem sido considerado um modelo de socialização de serviços de saúde. A garantia de acesso universal com financiamento fiscal e um modelo assistencial regionalizado com a presença do clínico geral na porta de entrada, serviram como referência para algumas reformas sanitárias, notadamente nos anos 1970.

O NHS vem sendo objeto de importantes transformações, numa velocidade e diversidade pouco habituais para a estabilidade que marcou as primeiras décadas de seu surgimento. Na década de 1980 e início dos 1990, estabeleceu-se uma lógica de mercado com estímulo à competição entre os prestadores, sob financiamento e regulação estatal (o mercado interno). O advento do governo trabalhista em 1997 imprimiu outra direção com propostas de trabalho colaborativo entre as instituições, envolvimento dos usuários, avaliação e ênfase na atenção primária mediante a organização de novas estruturas de gestão denominadas Primary Care Trusts — PCTs.

Os princípios do NHS são válidos para todo o Reino Unido que é composto pela Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, com população de quase sessenta milhões de habitantes em 2003. A renda *per capita* é de US\$29.826, com gasto em saúde de 2.231 dólares por habitante, o que representava 7,7% do PIB em 2002, patamar inferior à média dos países da OECDE. No entanto, 83% desses gastos cor-

respondem a gastos públicos, o percentual mais elevado de financiamento público da região, excetuando-se os países do Leste Europeu.

A esperança de vida é de 78,5 anos e a mortalidade infantil 5,3 óbitos por mil nascidos vivos. As principais causas de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias e causas externas. A mortalidade por câncer de mama no Reino Unido e por doenças coronarianas na Inglaterra, estavam entre as piores da Europa Ocidental (European Observatory on Health Care, 1999).

Os indicadores de saúde são analisados em geral como um conjunto, para fins comparativos com a Europa e com os países da OECD mas há algumas diferenças no interior do Reino Unido no que se refere à gestão do NHS e a implementação das políticas de saúde. Estaremos enfocando o caso das reformas do NHS da Inglaterra, o mais populoso dos quatro países, com aproximadamente cinquenta milhões de habitantes, também divididas em três períodos para facilitar a descrição e análise.

De 1948 a 1982: da estrutura tripartite à regionalização

A implementação do NHS em julho de 1948 foi facilitada pelo contexto do pós-guerra e pela argumentação favorável contida no *Relatório Beveridge*, o qual já enfatizara, em 1942, a importância das políticas sociais para o desenvolvimento econômico. Neste relatório preconizava-se a organização de um sistema de saúde descentralizado e pluralista, sob controle municipal (as chamadas "Local Authorities — LA"). No entanto, em decorrência de negociações para superar a oposição médica a qualquer forma de controle que pudesse comprometer sua autonomia, o sistema foi estruturado de maneira centralizada, composto por três partes independentes: hospitais (nacionalizados), serviços de saúde pública e os serviços de porta de entrada ou de atenção primária (clínico geral, assistência odontológica, farmacêutica e serviços de ótica). Os serviços comunitários, saúde escolar e saneamento continuaram sob controle das LA que permaneceram pouco integradas ao sistema (Doyal, 1979).

Ao contrário do Canadá, na Inglaterra tal como ocorreu na França, os especialistas (*consultants*) tornaram-se assalariados exercendo suas atividades em hospitais, mas garantindo o direito de atender clientela privada num número restrito de horas ou de leitos. Os generalistas permaneceram em seus consultórios como prestadores liberais,¹⁴ finan-

¹⁴ O mesmo ocorreu com dentistas, farmacêuticos e óticos, so que com outras modalidades de ressarcimento

ciados pelo governo mediante um sistema de pagamento por lista de pacientes inscritos sob sua responsabilidade. Há um *per capita* básico, mas gradualmente foram sendo instituídos subsídios complementares como um mecanismo para regular o exercício em direção a um conjunto de atividades prioritárias (realização do preventivo do câncer cérvico-uterino, coberturas vacinais e, mais recentemente, a cessação do tabagismo, por exemplo). A inscrição na lista de um clínico geral ("General Practitioner/GP") ocorre por bairro e está condicionada à moradia legal no país.

Embora com origens históricas diferentes e associações profissionais distintas (os "Royal Colleges"), os médicos têm na British Medical Association — BMA, uma interlocutora poderosa na representação de seus interesses no governo. A regulação do número e da formação desses profissionais é feita por uma comissão que assessoria a direção do NHS.

Ao longo dos primeiros quinze anos, o sistema permaneceu relativamente estável com a incorporação de algumas mudanças, tais como o estabelecimento de taxas para prescrições e serviços odontológicos, introdução de uma lógica de planejamento da oferta hospitalar com a criação de hospitais de distrito e a transformação do Ministério em Department of Health and Social Security — DHSS (hoje apenas Department of Health — DoH), do qual faz parte a direção executiva do NIS.

Nos anos 1960 começaram a ocorrer críticas que culminam com a primeira reforma do sistema em 1974. Foram instituídas autoridades regionais, de área e equipes de gestão distrital, responsáveis por uma população de em média 200.000 habitantes. O controle e o pagamento dos serviços de atenção primária (generalistas, farmácias, dentistas, etc.) ficou a cargo de uma estrutura separada que deveria se relacionar com as autoridades de área.

A criação de um Conselho de Saúde com funções consultivas nos distritos para promover o controle social e a instituição de uma fórmula para distribuir recursos levando em conta disparidades locais completam as medidas desse momento, no qual predomina um discurso enfatizando o planejamento e a integração.

A continuidade de greves de pessoal por descontentamento salarial e a divulgação em 1980 das conclusões de um grande inquérito nacional mostrando que o NIS não havia modificado as desigualdades em saúde, criou um terreno favorável para que o governo conservador iniciasse a implementação de medidas que abrissem caminho para o próximo período de reformas, sem dúvida as mais radicais da história

do NHS. Antes delas, em 1982, foram suprimidas as autoridades de área sob o argumento dos efeitos nocivos do excesso de níveis administrativos, estimulando-se a descentralização e a gestão distrital através das "District Health Authorities/DHA" (Taylor, 1984).

De 1983 a 1996: a ênfase gerencial, o mercado interno e a competição pública

A introdução de uma concepção empresarial foi a primeira grande modificação nas políticas de saúde iniciadas com a era Thatcher. Um dos seus marcos, o *Relatório Griffiths* havia sido encomendado ao diretor de uma das principais cadeias de supermercados do país. Este relatório apontou a falta de uma hierarquia gerencial sugerindo a incorporação da figura de um administrador em todas as instâncias do NHS.

A implementação dessa nova concepção teve influência no planejamento, na alocação de recursos e na autonomia médica que passaram a serem controladas de forma mais estrita por meio do monitoramento de indicadores e *performances*. O pessoal de enfermagem foi submetido a um sistema de avaliação tendo sido estabelecido um novo modelo de contrato com os generalistas. Este contrato previa uma série de incentivos para atividades preventivas e criava um sistema de acompanhamento trimestral das prescrições. Facilitaram-se os procedimentos para a mudança de pacientes das listas, exigindo-se que os médicos especificassem em seus consultórios o conjunto e horários dos serviços oferecidos, suas qualificações e garantissem maior disponibilidade (Holiday, 1995).

Uma grande campanha foi deflagrada nos meios de comunicação acerca dos problemas do NHS (especialmente o das filas de espera) com a publicação em 1989 do *White Paper*¹¹ intitulado *Working for Patients* (Holiday, 1995). As propostas deste documento completaram a tendência empresarial que caracterizou este período, rompendo com a regionalização e introduzindo a separação entre compradores e prestadores com a implantação do chamado mercado interno a partir de 1991.

As autoridades distritais passaram a realizar contratos por prestação de serviços com hospitais e outros serviços de atenção secundária,

¹¹ Os documentos propondo as políticas governamentais são submetidos para a discussão no parlamento e são denominados *Green* ou *White Papers*, estes correspondendo a uma versão mais aprimorada.

agora transformados em *trusts*, ou seja, pequenas empresas que deveriam gerar seu próprio orçamento dentro do sistema público. Os médicos generalistas também foram estimulados a administrar fundos para realizar a compra direta dos serviços necessários e que estivessem disponíveis. A palavra de ordem era que "o dinheiro deveria seguir o paciente".

No final desse período, havia muita controvérsia quanto aos resultados do mercado interno, o mais radical dos mecanismos de regulação do NHS (Maynard & Bloor, 1996). A afirmação governamental da diminuição do número de pacientes em lista de espera foi refutada por alguns autores (Dean, 1996; Bruster et al., 1994), pois o represamento estaria ocorrendo nos consultórios dos generalistas. Aumento de gastos com estruturas gerenciais, dificuldade das autoridades distritais de exercerem o papel de comprador de forma eficiente e problemas decorrentes da introdução de um ambiente de competição onde deveria haver colaboração foram também levantados (Light, 1998).

Não há dúvida, no entanto, que essas medidas introduziram uma dinâmica favorável à atenção primária aumentando consideravelmente o *status* dos generalistas. Este fato, absolutamente novo na hierarquia dos cuidados dos sistemas de saúde, será estrategicamente aproveitado na nova fase que se iniciará com a chegada do Partido Trabalhista ao poder em 1997.

*De 1997 a 2006: Primary Care Trusts — PCTs,
investimentos, descentralização e busca de integração*

O partido trabalhista assumiu o governo com o compromisso de abolir o mercado interno com um plano propondo substituir a competição por um trabalho colaborativo entre as instituições, a quais permaneceram, no entanto, como *trusts*. Outros dois documentos, enfatizavam prioridades em saúde pública, o monitoramento de desigualdades e da qualidade dos serviços (European Observatory on Health Care, 1999).

A partir de 1999 iniciaram-se as mudanças na forma de gestão que passou a ser mais descentralizada e integrada. Houve diminuição do número de regiões que foram transformadas em estruturas de acompanhamento e avaliação (Strategic Health Authority) e a gestão local passou a ser responsabilidade dos Primary Care Trusts — PCTs. Nos PCTs trabalham conjuntamente as autoridades distritais, responsáveis historicamente pela saúde pública e pela compra de serviços durante o mer-

cado interno, com os órgãos de controle dos serviços de atenção primária, responsáveis pelos generalistas.

A fusão dessas duas estruturas já havia ocorrido em 1996, mas adquire agora um outro sentido em função das novas diretrizes políticas que dão ênfase à atenção primária. Todos os generalistas passaram obrigatoriamente a fazer parte de um PCT.

Em funcionamento desde 2002, os PCTs parecem estar avançando na direção de maior integração entre os serviços de atenção primária, saúde pública e serviços comunitários. O planejamento distrital tenta ser feito com um conjunto ampliado de atores, definindo-se a compra de serviços especializados a partir das necessidades do nível local. Também está prevista maior integração com as estruturas de serviço social, saúde mental e com as autoridades municipais, principalmente para atividades na área da promoção de saúde.

Houve revalorização e mudanças nas modalidades de controle social, com a extinção dos Conselhos de Saúde e o estabelecimento de mecanismos diversificados, tais como serviços de ouvidoria nos estabelecimentos, serviços de advocacia, fórum de pacientes e inquéritos para o monitoramento da satisfação (Singleton, 2002).

Um novo plano intitulado *The NHS Plan, a Plan for Investment, a Plan for Reform* (Department of Health, 2000) assegurou importantes investimentos para o período 2000/2010, com aumento de leitos, médicos, pessoal de enfermagem e recursos diagnósticos, entre outros. Tem-se como objetivo a redução dos tempos de espera para no máximo 48 horas no caso dos GPs, três meses para especialistas e seis meses para cirurgias eletivas. Holland (2001) chama atenção para a importância de que se tenha em mente a necessidade de um intervalo de tempo relativamente grande para a percepção de efeitos em função da defasagem acumulada.

O monitoramento do acesso é hoje central nas atividades dos PCTs, cujo trabalho enfrenta também o desafio de promover qualidade entre uma diversidade de prestadores. Consideram, no entanto, promissor o fato de estarem mais próximos e integrados com serviços e comunidade (Petit, 2003).

A turbulência desencadeada por tantas mudanças tem ocasionado um desgaste nos profissionais que reclamam da velocidade e do caráter autoritário das reformas, criando o que Walshe (2003) denominou de "reforma perpétua". Em 2003, as discussões concentraram-se no estabelecimento de uma nova modalidade de contrato com os generalistas e na transformação dos hospitais universitários de excelên-

te *performance* em Fundações. Em janeiro de 2006, foi apresentado um novo documento ao Parlamento, reiterando a continuidade dessas medidas e a ênfase em serviços locais, integrados, flexíveis e dirigidos para a prevenção (Department of Health, 2006).

Tal como no Canadá, a trajetória do sistema de saúde inglês mostra a manutenção de direitos com tendência atual de ampliação do acesso e a busca de maior integração entre os serviços. A equidade tem sido uma temática constante e persiste como preocupação central no país. Os Quadros 1 e 2 sintetizam as características predominantes dos sistemas de serviços até aqui analisados.

Quadro 1. Características gerais dos sistemas de serviços: Estados Unidos, França, Canadá e Reino Unido

CARACTERÍSTICAS	ESTADOS UNIDOS	FRANÇA	CANADA	REINO UNIDO
Tipo de sistema	Empresarial permissivo ou pluralista de mercado	Seguro público ou pluralista solidário	Seguro nacional	Serviço nacional
Acesso	Segmentário	Universal	Universal	Universal
<i>Indicadores</i>				
<i>Demográficos*</i>				
População	290 milhões	60 milhões	31 milhões	60 milhões
<i>Sócioeconômicos</i>				
Renda (PNB/hab.)	US\$37.658	US\$28.881	US\$30.445	US\$29.826
Coefficiente de Gini**	35,7	27,3	30,1	32,6
<i>Saúde</i>				
Esperança de vida (anos)	72,2	79,4	79,5	78,5
Mortalidade infantil (óbitos/1.000 nascidos vivos)	6,9	3,9	5,4	5,3

*Fonte: (IECI), 2005, ano-base 2003, com exceções.

** Mede distribuição de renda, quanto mais elevado maior desigualdade, ano-base 2000

Quadro 2. Estados Unidos, França, Canadá (Québec) e Reino Unido (Inglaterra) estrutura funcional, problemas e tendências dos Sistemas de Serviços de Saúde

CARACTERÍSTICAS	ESTADOS UNIDOS	FRANÇA	CANADÁ	REINO UNIDO
Financiamento*				
Gasto <i>per capita</i> (US\$)	5.635	2.903	3.000	2.231
PIB/Saúde	15%	10%	9,9%	7,7%
Fonte dos recursos	66% privados	76% públicos (seguridade)	70% públicos (fiscais)	83% públicos (fiscais)
Modalidades de pagamento	Multiplicidade de arranjos, por serviços (em geral)	Orçamento e serviços (hospitais públicos), por serviços (consultórios e setor privado)	Orçamento e salário (hospitais públicos), por serviços nos consultórios	Orçamento e salário (hospitais públicos), lista de pacientes com complementos para generalistas
Regulação/Gestão	Federal — seguro (Medicare) Estadual — assistência (Medicaid) Seguros privados (Managed care)	Ministério da Saúde Agências regionais	Federal com gestão provincial Regionalização no Québec	Departamento de Saúde/Direção do NHS Gestão Distrital com Primary Care Trusts na Inglaterra
Organização/Prestação	Fragmentação, multiplicidade de arranjos	Fragmentação, multiplicidade de prestadores	Organização de Redes no Québec	Regiões/Distritos
Porta de entrada	Consultórios sem vínculo obrigatório	Consultórios com vínculo obrigatório	Consultórios sem vínculo obrigatório	Consultórios com vínculo obrigatório
Problemas/tendências	Desigualdades, custos elevados	Custos elevados, pouca prevenção Integração, controle e avaliação	Dificuldades de acesso Integração, avaliação	Dificuldades no acesso Integração, avaliação, investimentos

* Fonte: OECD, 2005, ano-base 2003, com exceções

A seguir realizaremos uma síntese dos principais tipos de sistemas de saúde existentes na América Latina. Ao optarmos pela descrição sintética de tantos processos sociais, políticos e organizacionais complexos, corremos o risco de simplificar aspectos importantes que necessitarão ser aprofundados por meio da bibliografia complementar.

UM PANORAMA GERAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE DA AMÉRICA LATINA

Para a Organização Pan-Americana da Saúde — OPS, a região das Américas divide-se nas seguintes sub-regiões: América do Norte, Caribe Latino, Caribe Não Latino e a América Latina composta pelo Istmo Centro-Americano, Região Andina (da qual faz parte a Venezuela), Cone Sul, México e Brasil (OPS. *Atlas de Salud*, 2002). O continente americano é marcado por profunda heterogeneidade socioeconômica, política, demográfica e cultural.

Em 2003, enquanto nos Estados Unidos¹⁴ a renda *per capita* era da ordem de US\$37.658, nos países mais pobres da região, como o Haiti e a Bolívia, correspondia a US\$1.730 e US\$2.490 respectivamente. O percentual de população alfabetizada acima de quinze anos também apresenta variações: o Brasil com 89% permanece abaixo dos valores para o continente, América Latina, Área Andina e Cone Sul, com destaque para a posição favorável de Cuba, Costa Rica, Uruguai, Argentina e Chile, onde este indicador é superior a 96%. A razão de renda (20% superior/20% inferior), indicador que expressa a concentração da riqueza, é da ordem de 26,4 no Brasil, uma das mais elevadas do continente.

Tal diversidade reflete-se nos indicadores de saúde em que há também profundas desigualdades, com diferença de quase trinta anos entre a expectativa de vida de um haitiano e a de um canadense, em 2005. A esperança de vida no Brasil era de 71,3 anos, inferior ao patamar continental, da América Latina (72,6), Área Andina e países do Cone Sul, destacando-se Cuba, Chile, Costa Rica (78 anos). Com mortalidade infantil da ordem de 25,1 óbitos por mil nascidos vivos, o Brasil encontrava-se levemente acima da média da América Latina. Mas se muitos dos indicadores de saúde não mostram posição favorável, o País apresentava excelentes coberturas vacinais para menores de um ano. As principais causas de mortalidade no continente latino-americano são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças transmissíveis e causas externas, as duas últimas com taxas bem semelhantes (Opas, 2005).

É igualmente variável a oferta de recursos, pois os gastos de saúde *per capita* vão de US\$23 até US\$4.432. A Argentina, com gasto de US\$526

¹⁴ Embora a descrição neste item enfoque países latino-americanos, incluímos indicadores dos Estados Unidos e do Canadá para fornecer parâmetros da extensão das desigualdades na região.

per capita situava-se no estrato superior, bem acima da posição brasileira com 270 dólares por habitante, o que correspondia a 8,4% do PIB (40% de gastos públicos) (Opas, 2002).¹⁵ A oferta de médicos é abundante em Cuba, Venezuela, Brasil, Argentina e Uruguai e escassa na Bolívia, Haiti e Paraguai. O que chama a atenção é a relativa abundância deste profissional quando comparado com os da área de enfermagem, o que não ocorre na América do Norte (Opas, 2005). A tabela 1 mostra indicadores de alguns desses países da América Latina e do Caribe, comparando-os com dados continentais e das sub-regiões.

Além de produzir desigualdades, o processo de modernização acelerada da América Latina nos últimos decênios levou a um padrão de transição demográfica e epidemiológica caracterizado por uma situação que Frenk et al. (1978) denominam "la doble carga". Ou seja, a necessidade do enfrentamento de desafios característicos de sociedades mais desenvolvidas sem a resolução dos problemas típicos do atraso social e econômico. Assim, existem problemas acumulados e emergentes a serem superados tanto no que se refere à saúde da população como à gestão das instituições.

Conforme assinalam esses autores, nos primeiros anos do século XXI haverá aumento da população em idade reprodutiva e em idade avançada com persistência de doenças infecciosas, desnutrição, problemas relacionados ao parto associados ao aumento de doenças crônico-degenerativas, aids e ao crescimento de transtornos neuropsiquiátricos, entre outros. Estes últimos ocupam papel preponderante na transição epidemiológica da região, o que se agrava pelo fato de a América Latina ter a mais elevada taxa de homicídios do mundo. As instituições operam, em geral, de modo fragmentado com administrações pouco eficientes, as quais terão de enfrentar pressões tecnológicas e a escalada de custos do setor.

Desde o período colonial, a trajetória dos sistemas de saúde desses países foi influenciada por tendências advindas das metrópoles ou dos países centrais. Inicialmente, organizaram-se estruturas governamentais, Departamentos e depois Ministérios de Saúde, dirigidas principalmente para o controle de doenças infecciosas e para a saúde materno-infantil, com um grande papel exercido por Fundações americanas na normatização dos programas e ações de saúde pública. A assistência

¹⁵ Dados de 2003 apontam para um aumento do gasto público mas há muita variabilidade nas definições e nas fontes de coleta dos dados referentes ao financiamento dos serviços, o que dificulta sua interpretação.

Tabela I Situação da saúde na América Latina e Caribe: indicadores comparados

	População total	Renda (US\$ por capita)	Razão de Recada ¹	Alfabetização ²	Saneamento (% domiciliar)	Expectativa de vida (anos)	Mortalidade infantil por 1 000 nascidos	Recursos humanos (por 10 000 habitantes)		Custo (% do PIB)		
								Médicos	Feder. Dentistas			
Costa Rica	4 327	9 140	82,3	96,2	92	78,5	9,3	31,5	7,1	3,3	4,9	3,4
Cuba	11 269	-	-	97,3	99	78,0	5,8	60,4	71,4	8,9	-	-
El Salvador	8 528	1 730	-	54,8	34	52,7	60,3	2,5	1,1	0,1	-	4,2
Venezuela	26 749	4 250	17,9	94,0	68	73,4	18,5	20,0	7,9	5,7	1,4	2,7
Colômbia	45 600	6 410	22,9	12,9	86	72,5	18,0	32,7	6,1	7,8	1,4	2,7
Bolívia	91 182	2 490	12,3	88,3	45	64,9	34,0	7,6	3,2	1,2	4,3	2,9
Brasil	186 405	7 590	26,4	88,9	75	71,3	25,1	20,6	5,2	9,5	3,6	3,6
Paraguai	6 158	4 690	27,8	94,4	78	71,5	19,4	35,6	2,2	0,8	2,9	4,1
Argentina	38 747	11 480	18,1	97,2	-	74,9	16,5	32,1	3,8	9,8	5,0	3,9
Uruguai	3 463	7 980	10,4	98,0	94	75,9	15,0	39,0	8,7	12,1	2,0	10,1
Chile	16 295	9 810	18,7	96,5	92	78,3	9,3	11,5	6,6	4,5	2,6	3,8
América Latina	554 503	7 318	21,8	90,2	74	72,6	24,9	18,5	6,7	5,6	-	-
América Latina e Caribe	561 276	7 285	21,7	89,8	74	72,3	24,8	18,3	8,2	5,8	-	-
Américas	891 822	18 479	16,5	93,7	84	74,6	19,8	19,8	34,1	5,6	-	-

Fonte: OpaS, 2000, com diferenciação ano base conforme a variável.

¹ 20% superior/20% inferior, quando mais elevado/menor a concentração de renda.

² Por cento negem da população alfabetizada maior de quinze anos.

³ Há muita variedade nas definições. Antes do ano de informação

médica era feita por instituições religiosas e de caridade (Santas Casas, Beneficências), surgindo ao longo da primeira metade do século XX modalidades de seguros sociais destinados à classe trabalhadora.

A partir dos anos 1970, uma onda de reformas influenciará os países da região, primeiramente com a difusão da proposta de saúde comunitária e da famosa meta de Saúde para Todos até o ano 2000 (OMS, 1978). Em seguida, nota-se a influência de muitos dos elementos descritos nas reformas dos países centrais, notadamente as do período neoliberal: descentralização, privatização, estímulo a competição entre prestadores, estabelecimento de co-pagamentos, ênfase na atenção primária ou na focalização de programas para grupos vulneráveis (Labra, 2002; Gómez-Camelo, 2005).

Prenk et al. (1998), sugerem uma tipologia para os modelos de sistemas de saúde da América Latina com base na existência ou não de integração entre as instituições e entre a população. Haveria quatro modelos predominantes: modelo público unificado, modelo de contrato público, modelo privado atomizado e o modelo segmentado, no qual se insere a maioria dos países. Assim como não existem sistemas "puros", também não há nenhuma tipologia que consiga expressar perfeitamente a diversidade de arranjos que vão conformando os serviços ao longo de tantos e distintos processos sociais. Tal classificação é aqui utilizada uma vez que nos permite acentuar características principais do sistema, embora estejamos cientes de que a oferta de serviços mantém algum grau de segmentação em praticamente todos os países latino-americanos, conforme veremos a seguir.

No modelo em que predomina a segmentação de serviços, o mais freqüentemente encontrado na América Latina, um terço da população é beneficiária de algum Instituto de Seguro Social em decorrência de sua situação ocupacional, um terço depende de serviços do setor público e o outro terço utiliza o setor privado mediante pagamento direto ou por operadoras de seguro, em expansão na região. Além de variações de cobertura, este modelo levaria à duplicação de ações, dupla vinculação dos profissionais e a um misto público-privado na utilização da assistência com consequências adversas, em geral para as classes mais desfavorecidas.

Num dos extremos dessa tipologia, estaria o modelo público unificado, no qual o financiamento e a prestação de serviços são feitos por meio de serviços estatais administrados de forma vertical, como é o caso de Cuba, onde o acesso é universal e integra toda a população mas não há opções de escolha. Uma variante menos radical ocorre na

Costa Rica, onde é possível a escolha de serviços privados que não são, no entanto, subsidiados pelo governo.

No outro extremo estaria o modelo privado atomizado no qual a maior parcela do financiamento ocorre de forma direta através dos usuários ou através de seguradoras privadas e existem múltiplos prestadores, com pouca ou nenhuma integração funcional. Uma primeira variante desse modelo existe em países onde a maior parte dos gastos é privada, com pouca regulação estatal e baixa cobertura de seguros públicos ou privados com grande segmentação no acesso (Paraguai, por exemplo).

A segunda variante é denominada de "corporativa", uma vez que a segmentação ocorre em função dos diferentes grupos ocupacionais, como é o caso do sistema de Obras Sociais que caracteriza a prestação de serviços na Argentina e tem como base contribuições de empregados e empregadores. Embora sob regulação estatal, essas instituições ofereciam coberturas de diversos tipos, sendo corrente a expressão "Obras Sociais ricas e Obras Sociais pobres" (Belmartino, 1995). A partir de 1997, uma série de medidas foi implementada estabelecendo um Plano Médico Obrigatório — PMO que deve ser oferecido tanto pelas Obras Sociais quanto por seguradoras do setor privado, com incentivo a competição entre esses agentes e liberdade de escolha para os beneficiários. Estas instituições são responsáveis pela cobertura de 47% da população mas em geral não possuem serviços próprios garantindo a prestação do cuidado por serviços privados ou hospitais públicos. Não houve migração importante de pacientes entre as Obras Sociais mas o PMO parece ter favorecido melhorias nas coberturas com o fortalecimento de redes de atenção primária e centros orientados para a medicina de família (Findling et al., 2002).

O sistema de saúde no entanto, continua essencialmente voltado para a atenção médica curativa e centrado na instituição hospitalar. O setor público presta serviços por meio de uma rede própria, existindo também atividades de atenção primária sob forma de programas específicos em algumas áreas, com destaque para alguns municípios. O hospital público tem papel importante na prestação de serviços atendendo indigentes, beneficiários das Obras Sociais, pacientes privados, emergências, além de cumprir funções de ensino. Apesar do crescimento do setor privado, o setor público segue sendo o maior prestador de serviços de emergência, psiquiátricos e para doenças crônicas (OPS, 1998).

Desde 1991 iniciou-se um processo de descentralização hospitalar. Segundo Mazzarino (2006), o Ministério da Saúde tem centrado

suas ações num planejamento consensuado com as províncias, enfatizando a necessidade do incremento de políticas de atenção primária com adscrição de clientela e melhorias no acesso, além de assegurar um programa de distribuição de medicamentos, entre outros.

O Brasil representaria o modelo de contrato público, que se caracteriza pela universalização do acesso por financiamento público com alocação de recursos a uma pluralidade de prestadores, em função de critérios de produtividade e de qualidade. Destacou-se da grande maioria dos países latino-americanos por ter conseguido unificar a cobertura dos serviços dos beneficiários do seguro social com o restante da população não inserida no mercado formal de trabalho. A Constituição de 1988 definiu a garantia de acesso universal num Sistema Único de Saúde — SUS de caráter público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral.

Isso ocorreu, inicialmente, pela transferência do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social — Inamps, do Ministério da Previdência e Assistência Social — MPAS para o Ministério da Saúde, responsável até então por ações clássicas de saúde pública. A este processo, seguiu-se uma política de descentralização dirigida à construção de sistemas municipais de saúde. Desde 1994 vem sendo implementada uma política de atenção primária mediante a estratégia de saúde da família, como eixo para reorientação desses sistemas.

No entanto, a ausência de investimentos setoriais compatíveis com a ampliação da cobertura favoreceu o crescimento de modalidades de seguro saúde privado (os planos de saúde) para a prestação de serviços aos trabalhadores de setores mais dinâmicos da economia ou para população dos estratos de renda mais altos. As mudanças do modelo de seguridade social ocorrido no Brasil caracterizaram-se por uma reforma universal, mas com inclusão ainda segmentada com diversos “cidadãos” cobertos por distintos benefícios sociais (Fleury, 1994).

O sistema de serviços de saúde brasileiro é composto por três subsistemas: o Sistema Único de Saúde — SUS (sistema público), o Sistema de Atenção Médica Supletiva — Sams e o Sistema de Desembolso Direto — SDD (sistemas privados) (Mendes, 2001, p. 72). Estima-se que o sistema público cubra 75% da população: os serviços hospitalares são garantidos sobretudo por prestadores privados (80%), com 75% da assistência ambulatorial fornecida por serviços próprios da rede pública (OPS, 1998).

A saúde suplementar cobre 38 milhões de usuários (aproximadamente um quarto da população brasileira) por meio de empresas de medicina de grupo (34%), cooperativas médicas (25%), autogestão (14%)

seguradoras (12%), odontologia de grupo (9%), filantropia (3%) e cooperativa odontológica (4%). A clientela concentra-se nos centros urbanos (sobretudo na região Sudeste), e a cobertura de planos de saúde para famílias com renda superior a vinte salários mínimos atinge 76%. Em 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde para aumentar a regulação e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos planos de saúde (MS, ANS, 2005).

Já o sistema de desembolso direto tem sido objeto de poucos estudos embora esteja em crescimento, representando em torno de 11% das despesas nos orçamentos familiares em pesquisa realizada nas regiões metropolitanas no ano de 1996 (Pinto & Piola, 1998, apud Mendes, 2001, p. 86). Em 1998, 60% dos gastos públicos eram federais, 17,2% estaduais e 22,5% municipais (Mendes, 2001, p. 78).

Além destes exemplos, merecem ainda destaque os casos do sistema de serviços do Chile e da Colômbia, cujos processos de reforma foram objeto de intenso debate no cenário latino-americano.

Na Colômbia em 1993, foi criado um "Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS" visando o aumentar a cobertura por meio de um regime contributivo e outro subsidiado. Antes dessa reforma, a prestação de serviços para a população trabalhadora e seus familiares estava a cargo do Instituto de Seguro Social e de Caixas de Previdência, o setor público oferecia assistência para a maior parte dos usuários por intermédio de sistemas municipais, e uma parcela menor recorria ao setor privado (Guimarães, 2001).

Foram criados dois Planos Obrigatórios de Saúde — POS: um para o regime contributivo e outro para o subsidiado, os quais deveriam a ter coberturas semelhantes no futuro. O novo sistema é composto das seguintes estruturas:

- uma instância de regulação no Ministério de Saúde, denominada de "Superintendencia Nacional de Salud — Supersalud";
- um Fundo de Solidariedade e Garantia para gerenciar os recursos para o regime subsidiado;¹¹
- "Empresas Promotoras de Salud — EPS" — constituem o núcleo organizativo do sistema e são responsáveis pela alocação de recur-

¹¹ A filiação é feita numa "Empresa Promotora de Salud". A contribuição é de 12% sobre o salário, dividido entre empregado e empregador; os que possuem renda inferior a dois salários mínimos são subsidiados. Os subsídios vêm de contribuições, de aporte fiscal e de outras fontes diversas

sos e pela prestação de serviços. Podem ser públicas, privadas, solidárias ou mistas, devendo competir pela afiliação da população. Um sistema de co-pagamento também foi instituído;

♦ As instituições prestadoras de serviços (hospitais, consultórios, centros de saúde, enfim todos os profissionais que queiram oferecer seus serviços a uma EPS).

Em 2001, havia aproximadamente vinte e seis por cento de filiados ao regime subsidiado, trinta por cento ao regime contributivo e quarenta e quatro por cento permaneciam não filiados (Gómez et al., 2003), não tendo ocorrido a unificação prevista para os planos de benefícios. Para esses autores, as principais dificuldades atuais residiriam na permanência dessa importante brecha de cobertura com desigualdades no acesso, associada a gastos crescentes sem aumento de eficiência. Salientam-se como vantagens, o processo de descentralização com maior autonomia para os prestadores e liberdade de escolha para os usuários, aumento de cobertura nos estratos de renda inferiores, aumento de postos de trabalhos, eficiência no uso de medicamentos através da implantação de lista de referência e uso de genéricos (OPS, 1998, Guimarães, 2001; Gómez et al., 2003).

Já o Chile caracteriza-se por um sistema de saúde cuja trajetória foi marcada por mudanças radicais de rumos. Nos anos 1950 iniciou um programa voltado para a consolidação de um serviço nacional de saúde (fato absolutamente precoce no continente americano), passando em seguida por um processo de privatização e atomização dos serviços ocorrido após o golpe militar, com a existência atual de um sistema misto.

Na origem, o Serviço Nacional de Saúde — SNS incorporou todos os serviços assistenciais prestando atenção curativa para indigentes e trabalhadores formais e serviços de prevenção de forma universal, através de uma rede distribuída por treze zonas de saúde. A corporação médica negociou seu apoio com a criação de um plano de cargos e salários e jornada de trabalho de seis horas, além da garantia de formas de representação de seus interesses com a criação do Colégio Médico Chileno.

No início dos anos 1970, o SNS possuía a maior parte dos leitos do país e seus serviços cobriam a maior parcela da população. Mas o SNS já teria nascido deficitário, com demanda crescente e financiamento inadequado, encontrando-se numa situação de crise por ocasião do golpe militar em 1973 (Labra, 1995).

Durante o período do governo militar (1973 a 1990), ocorreram as seguintes e profundas mudanças:

• livre escolha entre setor público ou privado, ou seja, as pessoas passaram a optar pela destinação de suas contribuições obrigatórias para um dos dois subsistemas;

• criação de um Fundo Nacional de Saúde — Fonasa, para arrecadação, administração, credenciamentos, honorários;

• criação de novas instâncias gestoras privadas denominadas "Instituciones de Salud Previsional — Isapres", que receberam estímulos para seu desenvolvimento.

• descentralização da atenção primária para os municípios; tanto os serviços regionais como os municipalizados podiam ser financiados tanto pelo Fonasa como pelas Isapres;

• aumento do valor das contribuições para a saúde com diminuição do aporte fiscal

Foram criadas três modalidades de prestação de serviços:

• modalidade institucional — atenção prestada nos serviços próprios do Sistema Nacional de Serviços de Saúde — SNSS com co-pagamentos ou bonificações segundo classes de renda;

• modalidade de livre escolha; com ordem de atendimento o usuário escolhe a clínica ou hospital, com co-pagamento conforme o nível;

• modalidade Isapres, com a possibilidade de modulações nas coberturas mediante pagamentos complementares.

Em 1998, 23,7% da população estava coberta por uma Isapre tendo ocorrido um aumento da oferta de serviços privados, com diminuição dos recursos humanos vinculados ao setor público. Com o processo de redemocratização do país os esforços têm-se concentrado na recuperação da capacidade instalada da rede pública com manutenção do "mix público privado" existente. Foram desenvolvidas ações com a finalidade de diminuir desigualdades¹⁷ com estabelecimento da gratuidade da atenção primária e da atenção em saúde para maiores de sessenta anos inscritos no Fonasa, revisão da tendência de financiamento (com aumento de cinquenta por cento do aporte fiscal) e diminuição de co-pagamentos por parte dos usuários. Quanto ao que se relaciona aos serviços ocorreram melhorias salariais para trabalhadores de saúde pública e atenção primária, houve diminuição da lista de espera para o nível secundário e terciário, e retirada de subsídios das seguradoras

¹⁷ Em 1991, o Ministério da Saúde (Minsal) empreendeu um projeto piloto em 45 dos 340 municípios do país, intitulado *Enfoque de Equidad en Salud*, no qual foram priorizados os municípios com taxas de mortalidade infantil mais alta (Montoya et al., 1996, apud Labra, 2002).

privadas (Isapres) cuja cobertura parou em torno de vinte por cento (Labra, 2002).

A multiplicidade de atores e interesses hoje existentes determinaria dificuldades na obtenção de um consenso acerca do modelo assistencial num sistema cuja dualidade de financiamento e prestação de serviços parece ter sido consolidada (Guimarães, 2001). Mas será necessário enfrentar as diferenças existentes entre o sistema público e o sistema privado, uma vez que o gasto anual *per capita* era menos da metade no primeiro (US\$210 vs. US\$500) com o segundo concentrando 66,5% das horas médicas para atender apenas um terço da população (Minsal, 2001 apud Labra 2002).

Em 2004, em meio a grandes polêmicas, foram aprovados dois instrumentos legais com a finalidade de consolidar uma nova reforma do sistema de saúde chileno (Labra, 2005):

- Lei de autoridade sanitária e de gestão: aumenta o papel político e de direção do Ministério, cria Subsecretarias para promover a integração do sistema e ações de saúde pública e uma Superintendência para regular o Fonasa e as Isapres.

- Regimen General de Garantías Explícitas — Plan Auge: visa à cobertura obrigatória de 56 problemas de saúde a serem atendidos pelos dois sistemas. Amplia o acesso com investimentos para que a atenção primária sirva de porta de entrada, mas permite convênios com prestadores fora da rede pública.

Além destes, dois outros instrumentos legais estavam em debate: a criação de um Fundo de Compensação Solidário em que cada operador (Fonasa ou Isapre) teria de contribuir com um prêmio universal referente a cada beneficiário, ficando a cobertura de indigentes a cargo do aporte fiscal; uma lei modificando o funcionamento das Isapres, para garantir melhor regulação dos planos privados (aumentos abusivos, carências, exclusões, entre outras).

Uma novidade importante na lei de autoridade sanitária e de gestão diz respeito à criação de estabelecimentos de autogestão em rede, cujo diretor terá autonomia para estabelecer metas de produtividade e realizar convênios. Além disso, está prevista a organização de uma rede assistencial de alta especialidade. A ênfase na integração e na criação de redes assistenciais no âmbito da reforma chilena coincide com a tendência identificada nas medidas realizadas no Québec e na Inglaterra. O Quadro 3 compara algumas das principais características dos sistemas de serviços da Colômbia, Brasil, Argentina e Chile.

Quadro 3. Características dos sistemas de serviços: Colômbia, Brasil, Argentina e Chile

CARACTERÍSTICAS	COLÔMBIA	BRASIL	ARGENTINA	CHILE
Tipo de sistema	Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) Plano Obrigatório de Saúde (POS)	Sistema Único de Saúde (SUS) Sistema de Atenção Médica Supletiva (Sams)	Seguros públicos (Obras Sociales) Seguros privados Plano Médico Obrigatório (PMO)	Sistema Nacional de Serviços de Saúde Seguros privados (Isapre) Sistema Geral de Garantias (AUGE)
Acesso/Cobertura	Segmentado ainda sem universalização 30% contributivo 26% subsidiado ¹	Universalização com segmentação 75% SUS 25% Sams ²	Segmentado 50% Obras Sociais ³ 46% Hospitais Públicos	Universalização com segmentação 20% Isapre ⁴
Financiamento	Contribuições Impostos Pagamentos diretos	Impostos Seguros privados Pagamentos diretos	Contribuições Impostos Seguros privados Pagamentos diretos	Contribuições (público, privado) Impostos Pagamentos diretos
Regulação/Gestão	Ministério da Saúde/ Superintendência Nacional (Supersalud) Competição regulada	Ministério da Saúde com gestão municipal	Ministério da Saúde Descentralização para províncias	Ministério da Saúde Descentralização para Regiões
Organização/Prestação	Empresas Promotoras de Saúde (EPS) Mix público-privado	Rede pública com APS na porta de entrada/ integralidade Mix público-privado Diversidade de prestadores com especialização na saúde supletiva	APS em alguns municípios Mix público-privado	APS nos serviços municipais Mix público-privado
Problemas/tendências	Brecha de cobertura com aumento de custos	Diferenças de qualidade nos subsistemas público e privado Integração de Saúde da Família	Segmentação/pouca integração	Desigualdade Recuperação da capacidade instalada e da legitimidade do setor público, integração e equidade

Fontes:

¹ Gómez et al., 2003. ² Mendes, 2001. ³ González & Ibar, 1997, apud Findling, 2002 e ⁴ Labra, 2002.

CONCLUSÃO

De 1960 até final da década de 1970, predominaram propostas com ênfase na organização e coordenação de cuidados para populações geograficamente definidas (comunidades, áreas, distritos, regiões), na atenção primária e na participação dos usuários. Este discurso orientou a reforma de 1974 do NHS da Inglaterra, da província do Québec no Canadá, a famosa meta Saúde para Todos até o ano 2000, e em parte, o desenho inicial da reforma brasileira.

Segue-se o período conhecido como neoliberal, com contenção do financiamento estatal, restrições de cobertura, co-pagamento por parte dos usuários e o incentivo a uma lógica de mercado com competição entre os prestadores. Essas proposições ocasionaram mudanças radicais no sistema inglês e um leque diversificado de medidas de ajuste para contenção de custos nos demais países, influenciando de modo significativo algumas reformas na América Latina, como foi o caso do Chile e da Colômbia.

A partir do final da década de 1990, o discurso volta a ressaltar a importância da atenção primária, da integração entre os serviços, do controle da prática médica (*guidelines*, medicina baseada em evidências, gestão de caso clínico) e do controle social, agora sob novas bases (*empowerment*, advocacia, valorização das experiências e da satisfação dos usuários). Enfatiza-se principalmente a importância da equidade, da qualidade e da eficiência dos sistemas na saúde.

Na descrição de tantos e diversos sistemas de serviços encontramos semelhanças e diferenças, avanços e retrocessos, identificando influências que explicam modos culturais, políticas e formas de agir que, às vezes, se perpetuam mesmo em contextos econômicos e sociais distintos.

A análise comparada mostra que a trajetória dos sistemas de serviços de saúde tem uma dinâmica que é ao mesmo tempo convergente e divergente. Por um lado, cada sistema é único sendo o resultado da história e dos valores de cada país, do desenvolvimento econômico e social e da capacidade que cada governo tem de implementar políticas sociais. Por outro lado, os serviços, recebem e incorporam influências universais no campo tecnológico, no campo da informação que se difunde cada vez mais rapidamente e enfrentam desafios determinados por mudanças demográficas e epidemiológicas. Além disso, os organismos internacionais tendem a criar consensos em torno de políticas que, em geral, exercem pressões mais evidentes sobre os países em desenvolvimento. Um dos aspectos importantes da metodologia comparada é mostrar a importância de conhecermos diferentes experiências para refletir acerca de sua utilidade, mas tendo sempre em mente a impossibilidade da importação mecânica de qualquer um de seus elementos para contextos socialmente distintos.

Outro ponto interessante a ressaltar advém da observação dos casos das reformas do Québec e da Inglaterra, que foram descritos com maior profundidade. Esses casos apontam para a necessidade de tolerância quanto ao tempo necessário na consolidação de um modelo de

sistema de saúde, o qual deve levar em conta, necessariamente, o papel e a expressão dos diversos grupos sociais envolvidos. Assim, a intenção de que os Centros Locais de Serviços Comunitários — CLCSs fossem a porta de entrada no Québec não encontrou adesão efetiva dos médicos, porém trinta anos depois, os Grupos de Medicina de Família aparecem como uma variante consensual dessa idéia. Surpreendentemente, os CLSCs voltam a se localizar em hospitais para promover a integração do cuidado, facilitando formas de trabalho que foram sendo amadurecidas pelas práticas profissionais no cuidado de pacientes crônicos. Na Inglaterra, uma certa oposição à lógica do mercado interno favoreceu o desenvolvimento de um novo modelo baseado na cooperação, o qual no entanto, manteve e se beneficiou de algumas das medidas que haviam sido anteriormente implantadas. Apesar da inegável turbulência dos últimos decênios, há nesses sistemas uma tradição de consulta aos envolvidos, de prestação de contas à sociedade e de continuidade na manutenção dos grandes princípios acordados. Dentro de seus limites sociais e econômicos, o formato dos sistemas de saúde é, sem dúvida, influenciado por uma permanente negociação (explícita ou não) entre três forças reguladoras: governo, profissionais e usuários.

É também interessante lembrarmos o trabalho de Hussey et al. (2004), que comparou a qualidade do cuidado nos Estados Unidos, no Canadá, na Inglaterra, na Austrália e na Nova Zelândia, utilizando indicadores cuidadosamente selecionados para essa finalidade, conforme mencionado na introdução deste texto. Os resultados desse estudo mostraram que nenhum dos países tinha *scores* positivos ou negativos de forma consistente em vários indicadores. Em todos havia áreas de bom desempenho em que seria possível obter lições ou ao contrário, áreas com deficiências onde eram necessárias correções.

Para Mendes (2001; 2002), o enfrentamento dos dilemas entre segmentação ou universalização no acesso e, entre competição ou cooperação na prestação dos serviços, é hoje central para o melhor desempenho dos sistemas. Os valores sociais determinariam, em última instância, essas opções, mas a consolidação de um modelo ocorre na prática pela relação entre o gasto público e o gasto total em saúde. Segundo esse autor e conforme constatamos neste capítulo, países com sistemas segmentados tem um percentual de gastos públicos inferior a 50% (Estados Unidos, Brasil) ao passo que nos sistemas universais esse percentual é superior a 70% (Canadá, França, Reino Unido). Para a promoção de equidade no acesso seria necessário o aumento do investimento público, particularmente nos países em desenvolvimento, o que pode-

ria ser combinado com a separação das funções de financiamento e de prestação de serviços sob regulação estatal, como tem ocorrido na trajetória dos países centrais estudados.

Os resultados de tantos e inovadores processos na organização de serviços mostram a ampliação da oferta a partir da atenção primária com maior cooperação entre os prestadores, incluindo-se a criação das chamadas redes integradas no Québec. Há uma tendência convergente para descentralização, com um controle e envolvimento crescente da corporação médica nos processos de gestão, para a importância dos serviços locais e para a ênfase na prevenção e na promoção.

A enorme diferença nos patamares de investimento público em saúde entre os países latino-americanos e os países desenvolvidos aponta para um importante limite estrutural a ser superado na obtenção de melhor desempenho dos serviços nessa região, além dos de ordem cultural e político-institucional, o que não pode ser ignorado quando olhamos a realidade de nossos serviços. Situar nossa posição num conjunto para melhor adequá-la é provavelmente um dos maiores interesses do uso da análise comparada.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl.), pp. 23-36, 2002.
- Assemblée Nationale. Project de Loi 120, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. Québec: Éditeur Officiel du Québec, 1990.
- . Project de Loi 25, chapitre 21. Loi sur les Agences de Développement de Réseaux Locaux de Services de Santé et de Services Sociaux. Québec: Éditeur Officiel du Québec, 2003.
- Belmartino, S. Argentina. alternativas de transformação no sistema de serviços de saúde. In: P. M. Buss & M. E. Labra (org.). *Sistemas de saúde, continuidades e mudanças*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 1995, pp. 29-60.
- Bruster, S.; B. Jarman; N. Bosanquet; D. Weston; R. Erens; M. Chaleix & C. Mermillid. *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2003*, Partie 3, Données sur la situation sanitaire et sociale en France. Paris: La Documentation Française, 2005.
- Bruster, S.; B. Jarman; N. Bosanquet; D. Weston; R. Erens & T. L. Delbanco. National Survey of Hospital Patients. *British Medical Journal*, 309, pp. 1.542-6, 2004.

- Champagne, F. *The Evolution of Health Care Performance in Canada, the U.S. and Others OECD Countries: a Comparative Analysis of Productivity, Effectiveness and Efficiency*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Cris-Université de Montréal, 1991.
- Coelho, E. C. Físicos, sectários e charlatões: a medicina numa perspectiva histórica comparada. In: M. H. Machado (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, pp. 35-62.
- Commission d'Étude sur les Services de Santé et les Services Sociaux, *Les solutions émergentes*. Québec: Commission d'Étude sur les Services de Santé et les Services Sociaux, 2000.
- Conill, E. M. *Origem, situação atual e tendências do seguro saúde privado no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Núcleo de Pesquisa e Publicação da Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.
- A recente reforma dos serviços de saúde na provincia do Québec, Canadá: As fronteiras da preservação de um sistema público. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, pp. 893-971, 2000.
- Conill, E.; M. H. Mendonça; R. R. Silva & V. Gawryszewski. A organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(3), pp. 328-46, 1991.
- Contandriopoulos, A. P. *Recherche sur les fondements d'un modèle théorique du système de santé*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Cris, Université de Montréal, Document 90-13, 1990.
- Entrevue. *Revue Notre-Dame*, 6, pp. 14-27, 1996.
- Contandriopoulos, A. P.; F. Champagne; J. L. Denis; A. Lemay; S. Ducrot; M. A. Fournier & A. Djona. 1993. *Description et évaluation des modes de régulation des systèmes de santé canadiens et de certains pays industrialisés*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Cris, Université de Montréal, Document R 93-02, 1993.
- Contandriopoulos, A. P.; F. Leemann & A. Lemay. *Private Markets in Health and Welfare. The Situation in Canada*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/Cris, Université de Montréal, Document N92-02, 1992.
- Costa, N. R. O Banco Mundial e a política social nos anos 90 — a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: N. R. Costa & J. M. Ribeiro (org.). *Política de saúde e inovação institucional — uma agenda para os anos 90*. pp. 13-29, Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional, Escola Nacional de Saúde Pública, 1996.
- Dean, M. Five Candles on NHS-reforms' Birthday Cake. *Lancet*, 347, p. 1.035, 1996.

- Department of Health *The NHS Plan. A Plan for Investment, a Plan for Reform*. Londres: Department of Health, 2000.
- . *Our Health, Our care, Our Say: a New Direction for Community Services* <<http://www.dh.gov.uk>> (acessado em 6/3/2006).
- Desrosiers, C. *Le système de santé du Québec*. Montréal: Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal, 1997.
- Dieudonné, J. B. CLSC et virage ambulatoire. *Bulletin du Département de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Montréal*, 16(1), p. 17, 1997.
- Doyal, L. The National Health Service in Britain. In: *The Political Economy of Health*. Londres: Pluto Press, pp. 177-214, 1979.
- European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition, United Kingdom*. Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 1999.
- Findling, L., M. Arruñada & E. Klimovsky. 2002. Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, pp. 1 077-88, 2002.
- Fleury, S. *Estado sem cidadãos — seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1994.
- Forum National sur la Santé. *La santé au Canada: un héritage a faire fructifier. Rapports de synthèse et documents de référence*. Ottawa: Forum National, 1997.
- Foucault, M. 1979 *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Franks, P., C. M. Clancy & P. A. Nutting. Defining Primary Care. Empirical Analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey. *Medical Care*, 35, pp. 655-68, 1997.
- Frenk, J.; J. L. Londono, F. Knaul & R. Lozano. Los sistemas latinoamericanos en transición: una vision para el futuro. In: C. Bezold; J. Frenk & S. McCarthy (ed.). *Atención a la salud en América Latina y Caribe en el siglo XXI: perspectivas para lograr salud para todos*, pp. 119-56, 1998.
- Fundação Oswaldo Cruz. *Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro/PRO-Adess. Relatório Final*, 2003. <www.proadess.cict.fiocruz.br>, acessado em 10/3/2006.
- Gómez-Camelo, D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la Región Andina y el Caribe. *Revista de Salud Pública*, 7, pp. 305-16, 2005.
- Gómez, L. A.; H. C. Tovar & C. A. Agudelo. Utilización de servicios de salud y perfiles epidemiológicos como parámetros de adecuación del Plan Obligatorio de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 5, pp. 246-62, 2003.

- Conzález-García, G. & E. Tobat, E. *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires: Ediciones Isalud, 1997.
- Guimarães, L. *Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo*. Série Informes Técnicos 76, Washington, DC: Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, 2001.
- Health Canada. *Primary Health Care Transition Fund*. <<http://www.hc-sc.gc.ca>> (acessado em 15/10/2004).
- Holland, W. Extra Money for the United Kingdom National Health Service. *Euro Observer*, 4, pp. 1-2, 2001.
- Holiday, J. *The NHS Transformed*. Chorlton: Baseline, 1995.
- Kleczkowski, B.; M. Roemer & A. van der Werff. *Sistemas nacionales de salud y su orientación hacia la salud para todos, pautas para una política*, Cuadernos de Salud 77, Ginebra: OMS, 1984.
- Hortale, V.; E. M. Conill & M. Pedroza, M. Desafios na construção de um método para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, pp. 79-88, 1999.
- Hussey, P.; G. Anderson, R. Osborn; C. Peck; V. McLaughlin; J. Millar & A. Epstein. How Does the Quality of Care Compare in Five Countries? *Health Affairs*, 23, pp. 89-99, 2004.
- Klein, R. Big Bang Health Care Reform — Does It Work? The Case of Britain's 1991 National Health Service Reforms. *Milbank Quarterly*, 73, pp. 299-337, 1995.
- Labra, M. E. As políticas de saúde no Chile: entre a razão e a força. In: P. M. Buss & M. E. Labra (org.). *Sistemas de saúde, continuidades e mudanças*. São Paulo-Rio de Janeiro: Flucitec-Fiocruz, 1995, pp. 103-52.
- . La reinvenção neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, pp. 1.041-52, 2002.
- . *La reforma del sistema de salud en proceso*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz (mimeo), 2005.
- Lamarque, P. A. & C. Rossi. Les systèmes de services de santé en mutation. In: P. S. Chandrakant. *Médecine préventive et santé publique au Canada*. Québec: Presses de l'Université de Laval, 1995, pp. 375-3.
- Light, D. W. Managed Care in a New Key: Britain's Strategies for the 1990's. *International Journal of Health Service*, 28, pp. 427-44, 1998.
- Mazzarino, S. *Questões estratégicas da integração regional para as políticas e sistemas de saúde do Mercosul*. Comunicação oral. Fórum Mercosul sobre Integração Regional e Sistemas de saúde, Rede de Investiga-

- ção em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul, Fiocruz, Rio de Janeiro, 22-24 de maio, 2006.
- Maynard, A. & K. Bloor. Introducing a Market to the United Kingdom's National Health Service. *The New England Journal of Medicine*, 334, pp. 604-08, 1996.
- Mendes, V. E. *Os grandes dilemas do SUS*, tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- . *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.
- Merhy, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, pp. 305-14, 1999.
- Minsal (Ministério de Salud). *Situación y Atención de la Salud en Chile*. Santiago de Chile: Minsal, 1991.
- Montoya, C.; S. Madrid & E. Barilari. Experiencia de un camino para vencer la inequidad en salud: el enfoque del sistema público hacia las comunas menos favorecidas. *Cuadernos Médico-Sociales*, 37, pp. 66-9, 1996.
- MS-ANS (Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar). *Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux). *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Document de consultation, Publication numéro 05721-01 <<http://www.msss.gouv.qc.ca>> (acessado em 14/3/2006), 2006.
- . *Organisation des services. Réseaux locaux de services*. <<http://www.gouv.qc.ca>> (acessado em 28/7/2004), 2004.
- . *Topics Service Organisation Family Medecine Groups*. <<http://www.gouv.qc.ca>> (acessado em 28/7/2004), 2004.
- . *Portrait de la transformation du Système de Santé et de Services Sociaux du Québec, à mi-chemin du parcours (1995-1998)*. Québec: Service des Communications, 1997.
- . *Direction Générale de la Planification et de l'Évaluation — Santé et Bien-Être, la perspective québécoise*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1993.
- . *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1990.
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Orientations*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1989.

- *Rapport de la Commission D'Enquête sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Les Publications du Québec, 1998.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. *Medecin référent, médecin traitant: ce qui va changer*. <http://www.santé.gouv.fr/assurance_maladie/index.htm> (acessado em 10/3/2006), 2006.
- Nichols, L. N. & L. Blumberg. A Different Kind of "New Federalism"? The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. *Health Affairs*, 17, pp. 25-42, 1998.
- Noronha, J. C. & M. A. Uga. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In P. M. Buss & M. E. Labra (org.). *Sistemas de saúde, continuidades e mudanças*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, pp. 177-218, 1995.
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). *Health at a Glance, OECD Indicators 2005*. Paris: OECD Publications, <www.oecd.org/health/healthdata> (acessado em 6/3/2006), 2005.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). *Les soins de santé primaires*. Rapport de la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, 6-12 septembre 1978, Genebra: OMS, 1978.
- OPS (Organizacion Panamericana de la Salud). Resumen del análisis de situación y tendencias de salud, Resumen del capítulo de país de Salud en las Américas. In: *Análisis de Salud y Sistemas de Información (AIS), Atlas de indicadores Básicos 2001*. Iniciativa Regional de Datos Básicos, Washington, DC. <<http://paho-hqchat.l.paho.org/spanish/atlas/>> (acessado em 1/3/2006), 1998.
- *Situación de Salud en Colombia: indicadores básicos 2000*, representación de la OPS/OMS, Colômbia, 2000.
- *Análisis de Salud y Sistemas de Información (AIS). Atlas de indicadores Básicos 2001*. Iniciativa Regional de Datos Básicos, Washington, DC. <<http://paho-hqchat.l.paho.org/spanish/atlas/>> (acessado em 1/3/2006), 2002.
- *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. Datos de salud pública*. <<http://www.paho.org>> (acessado em 1/3/2006), 2005.
- Petit, D. Comunicação pessoal. Islington Primary Care Trust/PCI, Londres, 2003.
- Pinto, V. C. & S. F. Piola. *Jornal do Conasems*, 42, pp. 8-9, 1998.
- Roemer, M. *Local health services in the USA National Health System*. Brasília, mimeo, 1987.
- National Health Systems as Market Interventions. *Journal of Health Policy*, spring, pp. 62-77, 1989.
- Saltman, R. B. Convergence versus Social Embeddedness. Debating the

- Future Direction of Health Care Systems. *European Journal of Public Health*, 7(449), p. 53, 1997.
- Sandier, S.; D. Polton; V. Paria & S. Thomson. France. In: A. Dixon & E. Mossailos (org.). *Health Care Systems in Eight Countries. Trends and Challenges*. Londres: European Observatory on Health Care Systems, pp. 32-45, 2002.
- Singleton, J. *The NHS, Islington Community Health Council*. Londres, 2003.
- Silva, L. C. & E. D. Duran. Mortalidad infantil y condiciones higiéno-sociales en las Américas. Un estudio de correlación. *Revista de Saúde Pública*, 24, pp. 473-80, 1990.
- Starfield, B. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco-Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
- Starfield, B. & L. Shi. Policy Relevant Determinants of Health: an International Perspective. *Health Policy*, 60, pp. 201-08, 2002.
- Stocker, K.; H. Waitzkin & C. Irian. The Exportation of Managed Care to Latin America. *The New England Journal of Medicine*, 14, pp. 1 131-6, 1999.
- Terris, M. *Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica*. Foro Mundial de la Salud, pp. 93-103, 1980.
- Taylor, D. *Understanding the NHS in the 1980's*. Office of Health Economics, paper 75, 1984.
- Troutier, L. H.; M. C. Fournier, C. P. Diene & A. P. Contandriopoulos. *Les soins de santé primaires au Québec*. Montreal: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé/GRIS, 2003.
- US DHHS (Department of Health & Human Services). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington, DC: Government Printing Office, <<http://www.healthypeople.gov/>> (acessado em 13/3/2006), 2000.
- . Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Working Paper: *Estimating the Number of Individuals in the United States without Health Insurance* <<http://aspe.hhs.gov/health/reports>> (acessado em 8/3/2006), 2005.
- . Centro de Servicios de Medicare y Medicaid. *Medicare y usted* <www.medicare.gov> (acessado em 9/5/2006), 2006.
- Walshe, K. Foundations: a New Direction for the NHS Reform. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, pp. 106-10, 2003.

The history of the United States is a complex and multifaceted one, spanning centuries and encompassing a wide range of events, people, and ideas. From the early colonial period to the present day, the nation has undergone significant transformations, shaped by both internal and external forces. This history is a testament to the resilience and adaptability of the American people, who have built a nation that continues to evolve and grow.

The early years of the United States were marked by the struggle for independence from British rule. The American Revolution, which began in 1775 and ended in 1783, was a pivotal moment in the nation's history. It was during this time that the United States declared its independence and established a new form of government, the Constitution. The Constitution, which was signed in 1787, laid the foundation for the modern American republic, defining the powers of the federal government and the rights of the states and individuals.

Following the Revolution, the United States experienced a period of rapid growth and expansion. The nation's territory expanded westward, and the economy flourished. The Industrial Revolution, which began in the late 18th century and continued through the 19th century, transformed the United States into a major industrial power. The invention of the steam engine, the cotton gin, and the factory system revolutionized production and transportation, leading to unprecedented economic growth and technological advancement.

However, the rapid expansion and industrialization of the United States also brought about significant challenges and conflicts. The Civil War, which lasted from 1861 to 1865, was a defining moment in the nation's history. It was a struggle over the issue of slavery, which had long been a central part of the American economy and society. The war resulted in the abolition of slavery and the preservation of the Union, but it also left a deep and lasting impact on the nation's social and political landscape.

In the years following the Civil War, the United States continued to expand its territory and influence. The Spanish-American War, which took place in 1898, resulted in the acquisition of new territories, including Puerto Rico, Guam, and the Philippines. This marked the beginning of the United States' emergence as a global power, with a growing interest in international affairs and the protection of its overseas interests.

The 20th century was a period of significant change and challenge for the United States. The First World War, which began in 1914 and ended in 1918, was a global conflict that reshaped the world and the United States' role in it. The war led to the United States' emergence as a superpower and the establishment of the League of Nations, which was the first international organization to promote peace and cooperation among nations.

Following the First World War, the United States experienced a period of economic prosperity and growth. The 1920s and 1930s were marked by the rise of the automobile industry, the development of new technologies, and the growth of the middle class. However, the Great Depression, which began in 1929 and lasted through the 1930s, was a period of severe economic hardship and unemployment that led to the implementation of New Deal policies by President Franklin D. Roosevelt.

The Second World War, which began in 1939 and ended in 1945, was a global conflict that resulted in the United States' emergence as a superpower. The war led to the United States' acquisition of nuclear weapons, the establishment of the United Nations, and the beginning of the Cold War with the Soviet Union. The Cold War, which lasted from 1947 to 1991, was a period of intense geopolitical tension and competition between the United States and the Soviet Union, which shaped the world's political and military landscape.

In the years following the end of the Cold War, the United States has continued to expand its global influence and leadership. The end of the Cold War led to a period of relative peace and stability, but it also brought about new challenges, including the rise of terrorism, the global financial crisis, and the need for international cooperation on issues such as climate change and human rights. The United States remains a major power in the world, and its history continues to shape the course of the nation and the world.

SAÚDE MENTAL E SAÚDE COLETIVA

Antonio Lancetti
Paulo Amarante

FAZER *saúde mental* hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos.

Com as novas diretrizes ocorridas na área da saúde nos últimos anos no plano mundial (até mesmo por recomendação da Organização Mundial da Saúde) outros profissionais dessa área, especialmente os que operam na atenção primária e outras áreas, são convocados para intervir nos processos de reabilitação das pessoas que ouvem vozes, usam drogas de maneira suicida, sofrem angústias, violências e opressões graves.

Cada vez menos se busca separar a saúde física da saúde mental.

O hospital psiquiátrico já não é mais o centro de atenção da assistência, da organização das políticas e da formação profissional, da mesma forma como não se considera que os centros de internação de doentes mentais sejam eficientes para recuperação das pessoas em grave sofrimento psíquico.

O hábitat privilegiado para tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos, violentados e pessoas que sofrem de angústias profundas e intensas ansiedades é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde encravadas nos territórios onde as pessoas existem.

Em São Paulo (nas regiões de Sapopemba, Vila Nova Cachoeirinha, Vila Brasilândia) e Campinas; Quixadá e Sobral no Ceará; Recife, Camaragibe e Cabo de Santo Agostinho em Pernambuco; Aracaju no Sergipe; no Vale de Jequitinhonha e vários municípios mineiros; em alguns municípios cariocas e muitos outros locais onde há Programa de Saúde da Família (PSF), que atuam de maneira articulada, todos os

trabalhadores recebem formação e participam ativamente das atividades terapêuticas da saúde mental.

Esses profissionais trabalham com equipes de saúde mental compostas por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, mas na prática se co-responsabilizam pelo cuidado e pelo monitoramento das pessoas cobertas pelo PSF (Programa de Saúde da Família), isto é, que moram no território de atuação.

Algo similar acontece entre os profissionais de saúde e os que trabalham em Caps (Centros de Atenção Psicossocial). Os Caps são serviços que têm a atribuição de atender pessoas com graves problemas psíquicos; alguns Caps têm camas para acolher pessoas em crise.

Os Caps, cujo funcionamento será explicado adiante, trabalham cada dia mais conectados com as unidades de saúde. Os pacientes são os mesmos e a experiência vem demonstrando que o trabalho conjunto é mais eficaz e menos danoso para os profissionais de saúde.

Ao contrário do que muitos supõem, a possibilidade de intervir em situações que outrora era exclusividade de psiquiatras, policiais ou religiosos, e de intervir com eficácia, traz recompensa e alegria a dura vida dos trabalhadores de saúde.

O QUE É SAÚDE MENTAL?

A expressão *saúde mental* tem, certamente, muitos significados. O mais comum está relacionado à idéia de um campo profissional, ou a uma área de atuação. É comum ouvir as pessoas falarem que lidam com *saúde da criança*, ou que atuam no campo da *saúde da família*, e assim por diante, que atuam na *saúde mental*. Dessa forma, um primeiro sentido que se atribui à expressão está relacionado a essa idéia de campo de atuação, ou do campo de conhecimentos relacionado à saúde mental das pessoas. Falar em saúde mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial. Vários saberes se entrecruzam em torno do campo da saúde mental: medicina, psicologia, psicanálise, socioanálise, análise institucional, esquizoanálise, filosofia, antropologia, sociologia, história, para citar alguns.

Mas, a partir daí, o tema parece tornar-se mais complexo. Por quê?

Para responder a esta pergunta, vamos tentar inverter a expressão e, em vez de falar de *saúde mental* vamos falar de *mente saudável*. O que significa exatamente ter uma mente saudável? Existe efetivamente esta qualidade de mente? Podemos defini-la, medi-la, dosá-la? Vemos as-

sim como nosso campo de atuação é complexo, difícil e perpassado por inúmeras variáveis de ordem ideológica, política, social, cultural. Isso porque, em cada sociedade, época ou cultura, podemos identificar tipos sociais mais ou menos ideais, mais ou menos sadios, mais ou menos normais de acordo com cada um dos padrões.

Enfim, considerando a amplitude e a complexidade da série de práticas e teorias relacionadas com a definição de *saúde mental*, vamos propor, neste texto, uma organização, exclusivamente a título didático, em três conjuntos de acepções do termo. Uma análise mais detalhada, assim como outras informações e referências bibliográficas destas acepções de saúde mental, pode ser encontrada em *Loucos pela Vida — a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*, de Paulo Amarante (Amarante, 2005).

A primeira acepção relaciona-se às origens históricas da psiquiatria, quando a expressão *saúde mental* ainda nem era cogitada. Vejamos então alguns aspectos dessas origens históricas, a começar pela do hospital psiquiátrico.

Os hospitais, hoje tão naturalmente associados à medicina, não nasceram como instituições médicas, como demonstrou George Rosen no seu clássico livro *Uma História da Saúde Pública* (1994). O próprio nome já nos faz ver que eram instituições de hospedagem, de hospitalidade (do latim, *hospitalis*). Nasceram como instituições religiosas, filantrópicas, de cuidados dos necessitados, dos mendigos, dos miseráveis que careciam de assistência humanitária, característica de algumas ordens religiosas (ver também *A Doença*, de Giovanni Berlinguer, 1991). Era evidente que uma população dessa natureza seria também uma população com muitos problemas de doenças, condição comumente associada à pobreza e à carência econômica e social.

Mas, no século XVII, os hospitais passaram a exercer também uma função social e disciplinar, ao receberem delinquentes ou desajustados, além dos pobres e necessitados. Eram, geralmente, grandes instituições, com centenas ou milhares de pessoas internadas, amontoadas nos pavilhões e nos pátios. Michel Foucault, que escreveu um dos mais importantes trabalhos sobre as origens da psiquiatria e da psicologia, intitulado *História da Loucura na Idade Clássica*, cunhou a expressão "A Grande Internação" para referir-se a essas macroinstituições asilares, características da época.

Com o advento da Revolução Francesa, e, evidentemente, de todo o seu entorno histórico, tais instituições começaram a ser reformadas. Dentre as metas revolucionárias, inspiradas no lema "Liberdade, Igual-

dade e Fraternidade”, existiam os objetivos de sanear o aspecto insalubre e de superar a natureza de violência e exclusão social que tais instituições representavam.

Foi num destes hospitais que Philippe Pinel começou a operar um processo de transformações que deu origem à psiquiatria. Por causa desse motivo seu nome é homenageado em muitos países dando nome a hospitais psiquiátricos, e ele passou a ser conhecido como o Pai da Psiquiatria.

Essa primeira modalidade de organização da psiquiatria recebeu o nome de *alienismo*, em virtude do fato de ter sido um campo de saber voltado para o estudo do que Pinel denominou de *alienação mental*. Vejamos inicialmente o aspecto da reformulação do espaço e da função hospitalar. Pinel, cuja formação principal era a de médico — e que foi professor de medicina interna da Faculdade de Medicina de Paris — começou por retirar do hospital todos os que não eram especificamente enfermos e a dar-lhes outros destinos. Em seu entendimento, somente as pessoas doentes deveriam ficar no hospital que, assim, começou a ter sua função profundamente redefinida. No hospital os enfermos passaram a ser *separados*: expressão por ele adotada para designar a divisão dos doentes de acordo com os tipos de enfermidade. E nessa rotina de identificar as patologias, observá-las, descrevê-las minuciosamente, classificá-las e separá-las, uma nova forma de produção e construção do saber e da prática médica começou a tomar forma, que virá a desembocar no que atualmente denominamos de *clínica*.

Nesse processo de identificação das modalidades de doenças, Pinel dedicou-se especialmente ao que denominou de *alienação mental*, primeiro conceito utilizado na medicina para nomear o que então era conhecido como *loucura*. Seu livro, que é um marco na fundação do saber psiquiátrico, intitulou-se *Tratado Médico-Filosófico da Alienação Mental ou Mania*, e se tornou fonte obrigatória de consultas e estudos dos alienistas e psiquiatras por longo período de tempo.

E curioso observar que o termo *alienação* provém do latim *alienatio*, que significa separação, ruptura, delírio, estar fora de si, fora da realidade. Tem ainda o sentido de alienígena, isto é, estrangeiro, que pode remeter à idéia de alguém que vem de fora, de outro mundo, de outra natureza. Machado de Assis foi muito sensível e perspicaz ao escrever *O Alienista*, uma das mais importantes obras desse grande expoente de nossa literatura, e que pode ser considerada a primeira obra crítica do saber médico-psiquiátrico, em que pese o fato de ser uma obra “literária” e não “científica”!

Nesse contexto de reorganização da ordem social e política, com a superação da estrutura monárquica e feudal, com o advento do Iluminismo e do Racionalismo, nomear alguém de alienado poderia significar dizer que ele estava incapaz de participar da sociedade. Na *Idade da Razão* o conceito de alienação seria suficiente para excluir as pessoas identificadas como tais. Efetivamente, para Pinel, a alienação mental seria fruto, não de uma perda total da Razão, mas de um distúrbio na Razão. O que é paradoxal, pois a Razão é um conceito absoluto. Uma pequena alteração na Razão implica que não existe Razão verdadeira.

Por outro lado, aventar a possibilidade de uma pessoa Sem-Razão, ou desprovida da Razão, em outras palavras, irracional, implica aproximá-la da idéia de animalidade que, de acordo com o senso comum, é sinônimo de irracionalidade. Decorre daí a relação quase obrigatória entre os conceitos de alienação mental e de periculosidade. Em boa parte, a necessidade de internamento de enfermos mentais decorre da probabilidade de que o louco seja perigoso, de que represente riscos, para si próprio e para a sociedade.

Um outro conceito importante neste processo de constituição do paradigma psiquiátrico foi analisado por Robert Castel (1979), autor fundamental para nossa compreensão da *tecnologia pineliana* ou *síntese alienista*: trata-se do conceito de *isolamento*. Em *A Ordem Psiquiátrica — a Idade de Ouro do Alienismo*, Castel demonstra como Pinel, grande adepto das ciências naturais e, muito particularmente, Lineu, o Pai da Botânica, consideravam que para que um objeto fosse estudado e conhecido pela ciência, ele deveria ser *isolado do mundo exterior*, isto é, isolado das interferências que prejudicassem a observação objetiva e incontestável. Por isso Pinel aconselhava que todos os alienados fossem isolados de suas famílias, de seus vizinhos e amigos; enfim, que fossem internados em uma instituição onde inexistissem interferências indesejáveis à observação e ao conhecimento científico.

Mas o isolamento abriu uma outra perspectiva, ainda. A de que a inclusão de uma pessoa em uma instituição bem-estruturada pudesse contribuir para a reorganização da própria pessoa. Ou melhor, a de que a instituição pudesse tornar-se, por si mesma, uma espécie de tratamento. Estamos assistindo à origem das instituições que Michel Foucault, em outra obra fundamental intitulada *Vigiar e Punir — História da Violência nas Prisões* (Foucault, 1977) denominou de *disciplinares* e que formaram a base das sociedades modernas, industriais e complexas. Veja como é curioso refletir sobre os nomes de tais instituições,

como o "reformatório de adolescentes", a "casa de correção", a "penitenciária" ou a "escola normal"! É nessa linha de propostas que o hospital psiquiátrico foi constituído, com o objetivo de operar o que Pinel denominou de *tratamento moral*, que consiste em uma série de regras, princípios, rotinas, etc., que são adotados nas instituições e que têm como objetivo reorganizar o mundo interno dos sujeitos institucionalizados.

Outro autor importante, Erving Goffman, escreveu um livro intitulado *Manicômios, Prisões e Conventos* (Goffman, 1974); aí relata sua pesquisa na qual estudou uma variedade dessas instituições, assim como outras similares, que nos auxiliam a compreender a natureza do hospital psiquiátrico como *instituição total*.

Enfim, revisitamos as bases do saber e da instituição psiquiátrica, que estamos denominando de paradigma da psiquiatria, para podermos entender os princípios do funcionamento dos hospitais nesta área, e porque são calcados em práticas de tutela, disciplina, vigilância e controle.

A SAÚDE MENTAL COMO IDEAL DE SOCIEDADE

Em que pese o compromisso libertário e democrático de Philippe Pinel, o hospital psiquiátrico criado por ele não foi verdadeiramente um lugar de tratamento e de cuidado das pessoas com sofrimento mental. Pelo contrário, em pouco tempo passaram a existir denúncias de maus-tratos, de violências, de violação dos direitos humanos das pessoas internadas. E assim surgiram muitas propostas de mudanças do modelo psiquiátrico centrado no hospital, que demarcam a segunda aceção da saúde mental, que diz respeito às reformas psiquiátricas.

As propostas mais importantes surgiram no final ou logo após o término da Segunda Grande Guerra. Com a guerra, os europeus conheceram o horror dos campos de concentração e começaram a perceber que entre estes e os hospícios praticamente não existiam diferenças. Franco Basaglia chegou a escrever um livro em que se refere à violência institucional da psiquiatria como *Crimes em Tempos de Paz* (Basaglia, 1982).

A primeira proposta para revolucionar a psiquiatria, isto é, tornar o hospital psiquiátrico, que era local de degradação e de produção de doença, em local terapêutico, ocorreu no Reino Unido, e recebeu a denominação de Comunidade Terapêutica.

A idéia de Maxwell Jones, seu principal líder, e seus companheiros, era envolver todas as pessoas que estavam no ambiente hospitalar (enfermos, médicos, enfermeiros e demais funcionários), num projeto terapêutico comum. Daí a idéia de uma comunidade terapêutica, onde eram realizadas assembléias, reuniões, grupos terapêuticos.

Nos anos 1940 iniciou-se, no Hospital Saint-Alban, no sul da França, outra revolução psiquiátrica. François Tosquelles, um enfermeiro que tinha trabalhado num hospital do País Basco e, por ser militante, conhecia o modo de organização sindical e das cooperativas criadas na Guerra Civil Espanhola, liderou a experiência.

No Hospital Saint-Alban foi usado o modelo das cooperativas dos operadores catalães (ver "François Tosquelles a Escola da Liberdade", de Giovanna Gallio & Maurizio Constantino, in: *Saúde Loucura* 4, São Paulo: Hucitec, 1993)

St.-Alban foi literalmente atravessado pela vida social: os camponeses para irem à feira passavam por dentro do hospital com suas vacas e realizavam muitas atividades conjuntas, festas, comércio, etc. St.-Alban também recebeu vários intelectuais fugidos dos campos de concentração nazistas. Georges Canguilhem escreveu os últimos capítulos de *O Normal e o Patológico*, um dos maiores livros sobre a Filosofia da Medicina, em St.-Alban, onde esteve morando com a família.

Essa linha da transformação psiquiátrica é conhecida pelo nome de Psicoterapia Institucional.

→ { Essas propostas foram muito importantes, pois possibilitaram, pela primeira vez, que a voz do paciente fosse ouvida, e que ele fosse visto como uma pessoa com potencial de participar de seu próprio tratamento. Contudo, suas limitações ficaram claras pelo fato de que eram propostas que se atinham à possibilidade de transformar o hospital psiquiátrico em uma instituição de cura. Introduziram muitas inovações, mas ficaram restritas ao modelo hospitalocêntrico que, em última instância, afasta os sujeitos de suas famílias, de seus territórios.

Outras propostas procuraram sair do modelo hospitalar e se voltaram para a comunidade, intencionando, com isso, reduzir a ocorrência de enfermidades mentais ou a necessidade de internamento hospitalar. Estamos nos referindo às propostas da psiquiatria preventiva norte-americana (também denominada de saúde mental comunitária), e da psiquiatria de setor francesa.

Em ambas as propostas predominaram os projetos de criação de centros de saúde mental comunitários, onde as pessoas continuariam a ser acompanhadas após a alta hospitalar ou onde seriam tratadas

logo que fosse identificado algum problema de sofrimento mental. No entanto, tais propostas ficaram ainda muito aprisionadas ao modelo hospitalar, pois o hospital continuava sendo a referência fundamental para as situações consideradas graves ou de crise. Franco Basaglia escreveu um artigo intitulado "Carta de Nova York — o Doente Artificial" (Basaglia, 2005), em que elaborou a primeira e mais profunda crítica ao modelo preventivista norte-americano. Para ele, os centros de saúde mental americanos, que serviram de modelo para boa parte da América Latina e do mundo, passaram a se ocupar dos casos clínicos mais leves, mais administráveis em regime ambulatorial, e passaram a remeter os graves para o hospital. Enfim, acabaram por reforçar o papel do hospital como o *locus* privilegiado de tratamento, como no arcaico modelo da psiquiatria tradicional.

Uma reflexão crítica sobre a proposta preventivista pode ser encontrada no texto "Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental" de Antonio Lancetti, publicado em *Saúdeloucura 1*. Mas, em todo caso, as propostas de caráter preventivista abriram a perspectiva do trabalho comunitário e a idéia da promoção em saúde mental.

A EXPERIÊNCIA REVOLUCIONÁRIA: DE TRIESTE, NA ITÁLIA A SANTOS, NO BRASIL

Em Trieste, a partir de 1971, desenvolveu-se a experiência mais original e radical de transformação do modelo assistencial psiquiátrico, que servirá de base para a terceira acepção da saúde mental adotada neste capítulo, que nos abre a dimensão revolucionária das rupturas com o paradigma psiquiátrico e não simplesmente suas melhorias ou transformações.

Franco Basaglia foi a principal personagem deste processo, e nosso objetivo agora é procurar entender suas propostas e projetos.

A experiência de Gorizia e, mais tarde, de Trieste na Itália levaram o processo de coletivização da experiência e de inserção e transformação social a sua máxima expressão com o fechamento do Hospital Psiquiátrico e sua substituição por serviços territoriais.

Basaglia considerava que para poder estudar as doenças mentais, a psiquiatria havia posto o homem entre parênteses. Assim, a psiquiatria acabou estudando doenças abstratas, pois elas não existem por si sós. As doenças, expressão muito inadequada para o campo psíquico, somente existem quando são experiências de sujeitos concretos. Da mesma forma, a psiquiatria afastou-se dos doentes, ou seja, dos sujei-

tos concretos das experiências de sofrimento, e passou a tratar das doenças como algo que envolvia as pessoas, como uma infecção ou traumatismo. Em contrapartida, Basaglia propunha que era preciso *colocar a doença entre parênteses para que se pudesse tratar e lidar com os sujeitos concretos que sofrem e experimentam o sofrimento*.

Trata-se, aparentemente, de uma operação simples, mas na prática ela revela grande riqueza, pois o profissional de saúde mental, que antes tinha diante de si um esquizofrênico catatônico, um alienado, um incapaz de Razão e Consciência, encontra subitamente uma pessoa, com nome, sobrenome, endereço, familiares, amigos, projetos, desejos. Com a doença mental entre parênteses, o sujeito deixa de ser reduzido à doença; surgem assim necessidades outras, novas, que antes os profissionais de saúde mental não conseguiam vislumbrar. Por isso, o tratamento também deixa de ser a prescrição do *isolamento* ou do *tratamento moral*. O sujeito, visto em sua totalidade, requer demandas de trabalho, de lazer, de cuidados, de relações e afetos. Percebe-se nessas intervenções epistemológicas e práticas de Franco Basaglia que, a um só tempo, estão sendo operadas algumas rupturas com as bases do paradigma psiquiátrico, na medida em que estão sendo superados os conceitos de alienação mental, de isolamento e de tratamento moral, que nenhuma das propostas anteriores de reformas psiquiátricas havia almejado realizar.

O processo desenvolvido em Trieste passou então a ser de construção e reconstrução de muitas vidas que estavam apagadas e reprimidas nos manicômios e das muitas vidas que estariam por adentrar nos manicômios caso não fosse iniciado esse processo. Por isso, foram criadas cooperativas de trabalhos para pessoas antes internadas, agora não mais chamadas de pacientes, mas de usuários. Por que usuários? Porque não são apenas pessoas doentes, mas cidadãos que utilizam um recurso público. Foram criadas residências para os ex-internos que não tinham mais família ou que, por inúmeras razões, não teriam condições de habitar com ela. Foram iniciados vários projetos de natureza cultural, de vídeo, cinema, teatro, oficinas de arte, dentre outros. Foram constituídas associações de familiares e usuários para que se pudesse dialogar com as demais entidades da sociedade civil e com o próprio Estado. Enfim, foram postas em ação diversas possibilidades e iniciativas que Franco Rotelli (1990), sucessor de Basaglia em Trieste, denominou de *estratégias de desinstitucionalização*.

Em Trieste os manicômios foram fechados e inteiramente *substituídos* por esta gama de recursos assistenciais, políticos, culturais e sociais. O doente, que no modelo anterior estava restrito às enfermarias

do hospício, agora passava a habitar a cidade, como os demais cidadãos. E, por outro lado, o trabalho dito "terapêutico" dos profissionais, que antes também se restringia ao hospício, e antes ainda às atividades de controle e vigilância, características das *instituições totais*, ou de tratamento médico tradicional, como administração de fármacos ou de terapias biológicas (eletroconvulsoterapias, lobotomias), agora se ampliava para a atuação no território. Assim é que surge a noção de trabalho de base territorial, isto é, um trabalho que se desenvolve no cotidiano da vida da cidade, nos bairros, nos locais onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. O território não é apenas a região administrativa, mas a das relações sociais e políticas, afetivas e ideológicas que existem em uma dada sociedade.

A experiência de Trieste foi muito importante e desencadeou um processo de mudanças em toda a Itália, onde, em 13 de maio de 1978, foi aprovada a Lei 180, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou Lei Basaglia. Esta é a única lei nacional em todo o mundo que prescreve a extinção dos manicômios em todo o território nacional e determina que sejam constituídos serviços e estratégias *substitutivas* ao modelo manicomial.

Franco Basaglia foi sensível e capaz de compreender as especificidades e *positividades* de cada momento histórico da psiquiatria e da saúde mental. Percebeu que o manicômio se fez necessário, uma vez que ofereceu asilo a quem dele necessitasse, assim como ofereceu abrigo e cuidados a muitos desassistidos, em que pese a forma como realizou tais tarefas. Assim, extraiu das experiências de saúde mental comunitária a estratégia do centro de saúde mental, mas de forma diferente: não como serviços auxiliares ou complementares ao modelo psiquiátrico manicomial, mas como serviços efetivamente substitutivos; com funcionamento de 24 horas, todos os dias da semana, com oferta de camas para atenção à crise e outras possibilidades de assistência e cuidado, com equipes multidisciplinares capazes de atuar não apenas no interior do centro de saúde mental, mas no território, nas residências, nas escolas, praças e locais de trabalho. Instituiu também os projetos de residencialidade, isto é, a criação de residências ou estratégias outras de moradia para pessoas que, pelos mais variados motivos, não tinham condição de construir as próprias casas. Por outro lado, ressignificou a idéia da laborterapia, das oficinas de ergoterapia, do trabalho como *tratamento moral* e criou as cooperativas de trabalho que produzem cidadania, subjetividades e sociabilidades nas relações dos que nelas se envolvem. Compreendeu enfim a importância de atuar no território, não como

forma de expandir a ideologia psiquiatrizante/psicologizante manicomial, mas, ao contrário, como estratégia de superação do modelo manicomial.

Para maior aprofundamento no pensamento e na trajetória de Franco Basaglia é fundamental conhecer os *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (Basaglia, 2005).

1975

O Brasil também conta com tristes páginas na sua história pelo modo como tratou seus doentes mentais. Segundo o líder indígena Ailton Krenak, seus parentes não conheciam uma palavra com a qual pudessem chamar alguém de "louco". Indagado a respeito de como tratavam as crises de pessoas que *piravam*, ele disse que cuidavam para que não machucassem nem se machucassem, que os deixavam isolar-se e que depois, usando a sensibilidade, os integravam aos afazeres do povo.

Em 1975, no Hospital Juliano Moreira de Salvador, Bahia, havia pacientes esquizofrênicos, na total maioria negros, trancafiados em antigas senzalas. O prédio do hospital foi construído outrora por um importador de escravos nos Altos da Boa Vista, um dos locais mais altos da cidade, para avistar os navios negreiros que chegavam da África. A propriedade foi posteriormente vendida para o pai de Castro Alves, que aí instalou uma casa de saúde. Conta-se que nesse lugar Castro Alves escreveu alguns de seus poemas libertários. Posteriormente foram aí instalados o manicômio judiciário e um hospital psiquiátrico que já não existem. O hospital tem o nome de Juliano Moreira, um psiquiatra baiano, negro, que, apesar de ter formação na Alemanha, por problemas de discriminação racial, migrou para Rio de Janeiro, onde dirigiu o Hospício Nacional de Alienados (ex-Hospício de Pedro II).

No Brasil foram construídos hospitais estatais e federais em todas as grandes capitais. Muitos foram e ainda são filantrópicos. Durante os anos 1960 e mais incisivamente nos anos 1970 e 1980, os hospitais financiados pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) tornaram-se negócio rentável apesar de seu alto grau de iatrogenia, pois podiam ter centenas e até milhares de pacientes internados com pouquíssimos funcionários, péssimas condições sanitárias e anulação de direitos de cidadania de seus internos. Luiz Cerqueira, em seu livro *Problemas Brasileiros de Psiquiatria Social*, afirmava que o Brasil chegou a ter cerca de cem mil leitos psiquiátricos no início dos anos 1980 (Cerqueira, 1984).

Mas também no Brasil foram realizadas numerosas experiências de transformação. O país é tão vasto que seria injustiça destacar uma

ou outra experiência, mas a título ilustrativo mencionaremos a experiência da Comunidade Infância liderada por Osvaldo Di Loretto em São Paulo que testou a prática da comunidade terapêutica, ou de Oswaldo Santos, que realizou experiência semelhante no Rio de Janeiro, ou ainda a experiência de Luiz Cerqueira em São Paulo que iniciou, com a psiquiatria denominada por ele de preventivo-regionalizada, uma tentativa de superação do modelo hospitalocêntrico liderado em São Paulo por Franco da Rocha, criador do Hospital Juqueri, que chegou a ter mais de 15.000 internos.

Com a promulgação da Constituição de 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde, os hospitais psiquiátricos começaram a ser criticados do ponto de vista ideológico, político, sanitário e fundamentalmente prático. Seu exercício foi regulamentado e foram deixando de ser opção de lucro.

Em São Paulo, no início dos anos 1980, iniciou-se uma tentativa de reforma do sistema psiquiátrico com o re-equipamento dos Ambulatórios de Saúde Mental (que eram locais cronificados onde se distribuíam remédios com consultas feitas às pressas) para atendimento em grupo e com objetivo de que estes procedimentos evitassem o encaminhamento dos pacientes ao hospício. Por outro lado, nos centros de saúde, foram instaladas equipes mínimas compostas por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social destinadas a fazer prevenção em saúde mental, abrangendo o todo bio-psico-social.

Nessa valiosa experiência, ainda influenciada pelo preventivismo americano, acreditava-se que, operando em três níveis — primário, secundário e terciário —, se poderia deter o fluxo de pacientes que iria para o hospital psiquiátrico. O que se comprovou foi que somente alguns ambulatórios conseguiam dar acolhimento a pacientes graves, e que os centros de saúde encaminhavam mais pacientes para o hospital psiquiátrico que os ambulatórios, apesar de cobrirem uma população menor.

Em 1989, com a Constituição Brasileira recentemente promulgada, criaram-se as condições de um grande salto na história da saúde mental brasileira: ela propugnou que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. A Constituição prescreveu ainda que quem deveria velar pela situação de saúde dos cidadãos eram as autoridades municipais.

Foi nesse princípio que se fundamentou a experiência da cidade de Santos.

Nela, a diferença de tudo que se tinha tentado até então — começou-se a construção de um sistema de saúde mental pela desconstrução do hospital psiquiátrico.

Em 3 de maio de 1989 foi decretada a Intervenção no único hospital psiquiátrico da cidade — a Casa de Saúde Anchieta. Depois de denúncias de maus-tratos e de mortes acontecidas no hospício, uma equipe liderada pelo psiquiatra Roberto Tykanori começou a gerenciar essa instituição privada que tinha aproximadamente quinhentos pacientes.

Uma legião de profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, dentistas entrou no hospício para cuidar dos pacientes que se encontravam em estado de saúde lamentável. Toda a ordem institucional foi alterada; na primeira noite foram fechadas as celas-fortes, proibida a aplicação de eletrochoques, alguns pacientes começaram a sair do hospital e as famílias convocadas para participar das altas.

A Intervenção na Casa de Saúde Anchieta foi mais uma escola de liberdade; Santos fez jurisprudência, pois até então só existia um princípio constitucional, a letra da lei; houve então muitos e intensos conflitos e embates.

As enfermarias foram reorganizadas de maneira que dignificasse a vida dessas pessoas. Os internos foram agrupados em enfermarias segundo a localidade de origem. De modo que quando a equipe técnica e seus pacientes estavam suficientemente integrados e fortalecidos saíam do hospital para criar os Naps (Núcleos de Atenção Psicossocial).

Esses núcleos eram fundados com um trabalho prévio de mobilização dos moradores do local. Em centros comunitários, sindicatos e igrejas era discutido um vídeo que apresentava a Intervenção, mostrava o Hospício para a sociedade e discutia a necessidade de conviver com as pessoas internadas no Hospital.

Os Naps de Santos nasceram substitutivos do Hospício. Lamentavelmente, nem todos os Caps, como o Ministério da Saúde preferiu chamá-los, têm essa missão. Os Naps, além de estarem encravados no território, estavam articulados num complexo que fez de Santos a primeira cidade brasileira sem manicômios.

À medida que se ia desmontando o hospício iam-se criando os Naps, os Prontos-Socorros Psiquiátricos, o Núcleo de Trabalho e as cooperativas, a moradia para os pacientes crônicos sem contato familiar, o Centro de Valorização da Criança e do Adolescente (CVC) e o Núcleo de Artes TAM TAM.

Esse núcleo criou uma rádio, que inicialmente funcionava no hospital e depois se transformou na Rádio TAM TAM, que divulgou seus programas pelo Brasil afora e até no exterior. Foi criado também um programa de vídeo chamado de TV TAM TAM.

Outra característica diferencial de Santos foi que a experiência foi liderada pelas autoridades governamentais. O grande líder foi o então secretário de Saúde, e depois prefeito da cidade, David Capistrano Filho. Talvez tenha sido essa a razão de a experiência ter sido realizada em tempo recorde. Em 1989 foi iniciada a Intervenção no Hospital e em 1994 o hospital estava fechado e o sistema de saúde mental funcionando.

Enfim, com a experiência de Santos foi possível demonstrar que era possível cuidar de pessoas com sofrimento mental intenso sem o concurso dos manicômios. O ensinamento que devemos à Revolução Santista da Saúde Mental foi a migração de sua metodologia a outros campos de atuação: assistência social, tratamento de drogados, de meninos e meninas em situação de rua ou de prostituição, educação e programas de distribuição de renda.

Mas, além da contribuição de Santos, o certo é que a Reforma Psiquiátrica avançou significativamente no Brasil: em 1989 havia treze Naps e Caps e oitenta mil leitos. Hoje temos 820 Caps e Naps e 45.000 leitos psiquiátricos.

SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

A saúde mental é, por assim dizer, o eixo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na ESF os pacientes conhecem os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários pelo nome. E os membros da equipe de Saúde da Família (SF) também conhecem os pacientes pelo nome. Conhecem, cada dia melhor, suas biografias e o território existencial e geográfico.

Na ESF os pacientes deixam de ser números de prontuário; eles são tratados nas tramas que organizam suas vidas.

Cinco agentes comunitários, um ou dois auxiliares de enfermagem, enfermeira e médico atendem de oitocentas a mil famílias. Os múltiplos procedimentos e o fato de serem sempre essas mesmas pessoas permite uma continuidade nunca vista em outras modalidades de atendimento.

Essa continuidade exige dos profissionais de saúde lidarem com o sofrimento humano. Lidar com famílias e suas histórias gera angústia, entusiasmo, impotências, medo...

Os usuários do sistema de saúde depositam nos membros das equipes as mais variadas formas de amor, ódio, esperança; e os profissionais também experimentam diversas maneiras inusitadas de relacionar-se com eles.

Esse campo relacional pode ser posto a serviço de objetivos terapêuticos ou transformar-se em carga insuportável. Daí a importância da capacitação, do apoio dos profissionais da saúde mental.

A ESF é, por assim dizer, um Programa de Saúde Mental: há tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos; pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental; desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação e protagonismo político.

O simples encaminhamento para departamentos ou setores especializados não funciona no caso da saúde da família. Parte significativa da população sofre de algum distúrbio psíquico, três por cento com gravidade. Muitos desses pacientes nem sequer vão aos serviços de saúde mental ou de psiquiatria, e às vezes a forma de intervenção da estratégia da família é mais incisiva e tem potencial de operar mudanças maiores que as do Caps e, certamente, maiores que as do Hospital Psiquiátrico.

O médico de família e, algumas vezes, o agente comunitário de saúde têm poder vinculador muito maior que um psiquiatra ou um psicólogo.

A SF tem poder de inserção no território maior que o Caps.

Mas os Caps e as equipes volantes de saúde mental devem associar-se às equipes de SF, contribuir com a capacitação e, fundamentalmente, trabalhar juntas.

A característica principal dos programas de saúde mental desenvolvidos no âmbito da SF é o envolvimento, a co-responsabilização dos pacientes e seus grupos familiares. Os pacientes são atendidos pelas equipes de Saúde da Família e pelas equipes de saúde mental.

Em alguns casos as equipes multidisciplinares trabalham nos Caps, em outros as equipes são volantes: não têm consultório. Mesmo nos locais onde há ambulatórios de especialidades com ginecologista, cardiologista, pneumologista, gastroenterologista, etc., não há consultório de psiquiatra nem de psicólogo.

As equipes de saúde mental são compostas por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros (existem localidades no Brasil onde não há enfermeiros da área ou não há psiquiatras ou terapeutas ocupacionais).

A metodologia adotada por essas equipes está sintonizada com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, com a metodologia apreendida nas experiências de desconstrução manicomial, com a migração da

práxis da desinstitucionalização e a invenção institucional (ver *Desinstitucionalização*, textos de Franco Rotelli, livro organizado por Fernanda Nicácio, 1990).

De maneira que o primeiro princípio que organiza o trabalho é que são atendidas prioritariamente as pessoas e famílias em maior risco: os que são encontrados pelos agentes comunitários de saúde trancafiados, em prisão domiciliar, os que usam drogas de forma suicida, os que explodem em erupção psicótica ou que deprimem profundamente.

Como alertam os autores da Psiquiatria Democrática italiana, há que prevenir a prevenção, a associação de profissionais de saúde da família e de saúde mental não é para fazer prevenção separada da cura. Essa parceria é realizada para articular a clínica com as necessidades impostas pela epidemiologia.

Se há algo a ser prevenido é a internação psiquiátrica, o suicídio, homicídio e a violência familiar e comunitária.

Todas as ações desenvolvidas devem ser pautadas pelo conceito de cidadania — o paciente é, antes de mais nada, um cidadão. Antigamente os velhos psiquiatras e psicólogos olhavam para um paciente e já pensavam em classificá-lo diagnosticamente: psicótico, perverso, neurótico, etc.

Esses profissionais não buscavam conhecer a biografia, o meio no qual o sujeito vivia, as regularidades que manifestava no seu grupo familiar, os interlocutores invisíveis que essa pessoa tinha, quais eram suas teorias a respeito do desequilíbrio psíquico e muito menos o que essa pessoa podia, sua potencialidade subjetiva e sua possibilidade de autonomia.

Evidentemente uma pessoa protestante que se desestrutura não entenderá sua desordem da mesma forma que um umbandista. E a adesão ao tratamento será maior se os cuidadores conhecerem a cultura do interlocutor.

Não esqueçamos que o tratamento dado a essas pessoas não está fundamentado no seqüestro como ocorria no hospital psiquiátrico, o combate de concepções era mais ou menos assim: o paciente diz que as vozes que ouve são devidas a um trabalho que lhe fizeram (um ebó, por exemplo), e o técnico psi diz que é paranóia.

Não se trata de abandonar os conhecimentos de psiquiatria clínica, de psicanálise, psicologia social operativa, análise institucional e esquizoanálise. Quando se trabalha no território é preciso praticar a democracia psíquica, conhecer a cultura e conversar com as pessoas e

seus interlocutores invisíveis, como afirma o etnopsiquiatra Tobie Nathan.

No modelo hospitalocêntrico os pacientes sofriam contenção, no modelo do território recebem continência, isto é acolhimento e escuta.

A terceira questão importante é que a SF já desenvolve uma série de práticas que podem ser consideradas práticas de saúde mental: caminhadas de hipertensos, intervenções ambientais, consultas médicas, odontológicas, etc.

Mesmo em situações complexas, a ação dos profissionais que não possuem experiência é fundamental para o desenvolvimento da programação terapêutica. Por exemplo, a uma pessoa deprimida pode-se prescrever caminhadas junto com hipertensos e antidepressivos. Ou ainda participar das muitas atividades coletivas que desenvolvem as unidades de saúde da família. O dispositivo clínico denominado *acolhimento* consiste na escuta da pessoa que procura a unidade de saúde. O acolhimento é um dispositivo de saúde e de saúde mental.

Nos casos mais complicados, que são os escolhidos para dar prioridade e para iniciar o trabalho, os profissionais de saúde mental podem iniciar o atendimento fazendo a primeira visita ao domicílio, desde que acompanhado de algum membro da equipe de saúde da família, mas imediatamente os dois grupos reunidos discutirão o caso e elaborarão um programa de saúde mental para cada família atendida.

Essas reuniões precisam ser sistemáticas. Nas primeiras intervenções realizadas no domicílio pode nos surpreender a adesão inicial de grupos inteiros, mas depois é preciso acompanhar passo a passo cada grupo familiar.

No Programa de Saúde da Família de São Paulo — ex-Projeto Qualis — existem prontuários de família e de saúde mental conjuntos.

Além do registro do grupo familiar e da situação de saúde, há uma folha de monitoramento da saúde mental que descreve a situação-problema, a primeira intervenção, a proposta terapêutica e o acompanhamento passo a passo, além de registrar internações e medicações psiquiátricas utilizadas. Esse registro será fundamental para discussão dos casos e o seu monitoramento.

Outra questão fundamental é o conceito de família que adotam os trabalhadores de saúde e de saúde mental. O conceito de família que a pessoa apreende no decorrer da vida é cunhado na experiência que realiza na sua família. Não é de se estranhar que, quando se trata de profissionais universitários, muitas vezes, a ideia de família que o técnico tem não condiz com as famílias que conhecerá no território.

Quando esse técnico chega às vilas e favelas, onde foi designado para trabalhar pode encontrar grupos familiares que destoam do grupo que conheceu na infância e na adolescência. Pode até considerar que esse grupo que está conhecendo não é uma família.

Para evitar a paralisia e a cegueira conceitual que essas situações provocam, é importante lembrar que a família é uma instituição em constante mutação e, daí, que consideramos família a qualquer grupo de pessoas que moram juntas, existindo ou não entre eles relações de consangüinidade.

O outro conceito importante é o decorrente do abandono da idéia de família desestruturada. O que interessa conhecer é como a família está estruturada. Quais são as regularidades, os líderes, as repetições.

Enrique Pichón Riviére, psiquiatra e psicanalista suíço-argentino criador da Psicologia Social Operativa, afirmava que o membro adoecido de uma família, o louco da família, é o membro mais forte do grupo familiar e não o mais fraco. Mais forte porque capaz de suportar a loucura do grupo familiar inteiro.

Posteriormente foram estudadas famílias por diversas correntes: sistêmicas, psicodrama, psicanálise, etc., e nunca essas afirmações foram contestadas. O que interessa para compreender o grupo familiar é perceber de que maneira ele está estruturado. Quanto mais patológico o grupo familiar, mais estruturado. A intervenção de saúde mental provoca uma desestruturação e uma re-estruturação.

Neste ponto radica uma das maiores dificuldades práticas. Os profissionais de saúde são capacitados para diagnosticar e propor uma terapêutica. Exemplo: uma pessoa tem infecção urinária, toma antibiótico durante sete dias, depois realiza exame, o caso "fecha". Nos casos de saúde mental, quando um paciente de uma família melhora, outro descompensa, os casos nunca "fecham". O sintoma não se elimina, o sintoma circula.

Na saúde geral o vértice da pirâmide da complexidade está no hospital. Um transplante ou intervenção cirúrgica cardíaca se faz em locais de alta complexidade, onde há centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva.

Na saúde mental é o contrário: no hospital o procedimento é simplificado e no território os procedimentos são mais complexos.

Desde a primeira intervenção, o acompanhamento, a ativação dos recursos da comunidade como o retorno de um jovem à escola, a cooperação de um centro religioso ou comunitário para a atenção de uma criança ou adolescente, precisa ser monitorada passo a passo.

Para isso os médicos e enfermeiros são capacitados no uso racional de psicofármacos, em grupos operativos, família, psicopatologia, etc.

São surpreendentes os êxitos dos programas de saúde mental. Na cidade de Quixadá, estado do Ceará, por exemplo, antes do PSF/saúde mental, eram internados oito pacientes por mês, depois da existência do programa passaram a ser internados seis pacientes por ano.

Os objetivos desse programa são: a redução da internação psiquiátrica, a diminuição das mortes por violência e a diminuição do uso patológico de drogas legais e ilegais.

A saúde mental praticada por profissionais de saúde e de saúde mental consegue resultados insólitos com pacientes drogados, psicóticos, em prisão domiciliar, com crianças violentadas e, fundamentalmente, conseguem diminuir os índices de violência. Nas unidades do ex-Projeto Qualis, que foi municipalizado e sua metodologia preservada, diminuíram as mortes por causa externa apesar de a violência ter aumentado em São Paulo. Para maior conhecimento das experiências de programas de saúde mental no âmbito da saúde da família no Brasil é de enorme importância o volume 7 da Coleção *Saúde e Loucura* intitulado *Saúde Mental e Saúde da Família*, organizado por A. Lancetti.

Como demonstra Benedetto Saraceno (1999), um dos principais conhecedores da saúde mental em plano mundial, em *Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível*, os esquizofrênicos se reabilitam mais nos países do terceiro mundo, como mostram as pesquisas, porque nas comunidades mais humildes há mais solidariedade e possibilidades de ativar os recursos dessas comunidades.

As experiências dos Caps e das equipes volantes de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, associados aos profissionais de saúde da ESF abrem o sulco do campo pós-manicomial e contribuem para uma clínica comprometida com a vida, com uma subjetividade livre e com uma maneira de viver e de existir orientada para a justiça, para a liberdade, para a multiplicidade e para a "sociedade socialista do futuro", expressão-sonho que tomamos emprestada do saudoso David Capistrano Filho.

BIBLIOGRAFIA

- Amarante, Paulo e col. *Loucos pela vida — a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- Basaglia, Franco. *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (org. por Paulo Amarante). Rio de Janeiro: Caramond, 2005.

- Basaglia, Franco. Carta de Nova York — o doente artificial. In: *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* (organizado por Paulo Amarante). Rio de Janeiro: Garamond, pp. 151-60, 2005.
- Basaglia, Franco & Franca Ongaro Basaglia. Crimini di pace. In: Franca Ongaro Basaglia (org.). *Basaglia scritti II*. Turim: Einaudi, pp. 237-338, 1982.
- Berlinguer, Giovanni. *A doença*. São Paulo: Ilucitec-Cebes, 1991.
- Castel, Robert. *A ordem psiquiátrica — a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Cerqueira, Luiz. *Psiquiatria social — problemas brasileiros de Saúde Mental*. Rio de Janeiro-São Paulo: Atheneu, 1984.
- Foucault, Michel. *Vigiar e punir — história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- Goffman, Erwing. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- Lancetti, Antonio. Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental *SaúdeLoucura 1* (org. por Antonio Lancetti). São Paulo: Ilucitec, pp. 75-89, 1989.
- Lancetti, Antonio (org.). *SaúdeLoucura 7 — Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: Ilucitec, 2002.
- Rosen, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo-Rio de Janeiro: Ilucitec-Ulnesp-Abrasco, 1994.
- Rotelli, Franco; Ota de Leonardis & Diana Mauri. *Desinstitucionalização*. (org. por Fernanda Nicácio). São Paulo: Ilucitec, 1990.
- Saraceno, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Tê Corá, 1999.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Marcia Faria Westphal

UM CASO MINEIRO

Dois mineiros, de cócoras, varas de pescar a mão, pitam e proseiam à beira do rio. De repente, vêem um menino debatendo-se nas águas. Um entreolhar meteórico, ato contínuo mergulham no rio e retiram o garoto. Retomam à sua prosa, agora entrecortada de momentos de cisma. A velha binga acende os cigarros de palha, jogados no canto da boca. Passa meia hora e novo menino aparece no meio do rio. Repetem o gesto, automaticamente, lançando-se na água e salvando o segundo menino. Retomam os postos e a conversa. Proseiam, como gastar o tempo, sobre a torpeza das árvores do cerrado. Rápido, um interrompe e observa: "É, cumpadre, hoje o rio num tá pra peixe" e outro completa: "Isquisito tá mais pra minino". Um barulho estranho faz com que levantem a vista e vejam, no meio do rio, um terceiro garoto, já quase desfalecido. Imediato, um deles se joga na água. O outro fica de pé mas não se atira no rio. O que se jogou convoca: "Cumpadre vamos sarvá mais esse". A resposta fulminante: "Esse ocê sarva sozinho qui eu vô pros lado da cabeteira do rio, pegá quem tá jugando esses minino n'água".

Fonte: caso mineiro adaptado por E. V. Mendes, Núcleo Cidades Saudáveis, Esmig, 1999.

Moral da história: a Promoção da Saúde sempre vai até as causas, é sua vocação, seu sentido.

A HISTÓRIA DA HUMANIDADE, os documentos paleontológicos ou escritos existentes e em poder dos homens indicam que sempre houve preocupação com a promoção da saúde do ser humano, seu crescimento, seu desenvolvimento físico e mental e a prevenção das doenças, significando "impedir que se realize"; "preparar, chegar antes de; dispor de maneira que evite [dano]" (Czeresnia, 2003).

— Dos gregos na Antiguidade, mais ou menos 460 a.C. a 146 a.C., herdamos o conceito de indivíduo são, emancipado em meio à con-

cepção de cultura cidadã no âmbito da "pólis". Os gregos valorizavam os aspectos físicos da saúde pessoal. Jogos, ginástica e outros exercícios foram a representação do ideal da força física, destreza e graça. Desenvolvimento harmonioso de todas as faculdades humanas foi o princípio filosófico orientador. Foram desse tempo também as primeiras referências à importância das condições de vida como determinantes da saúde, encontradas nos escritos de Hipócrates sobre saúde e ambiente focalizados na trilogia *Ar, Água e Espaços*. A fábula de Esculápio também traduz esta preocupação dos povos gregos com saúde e doença. Diz ela que ele tinha duas filhas que viviam em constante tensão pelo amor do pai, ora uma com maior espaço ora outra. A Panacéia era conhecida como a deusa da cura, das medicinas e dos procedimentos terapêuticos e Higéia, a deusa da saúde, cujo nome deu origem à palavra Higiene, que significa moderação no viver (Green & Anderson, 1986; Restrepo, 2001).

Com a destruição de Corinto no ano 146 a.C. os conhecimentos e as práticas dos gregos migraram para Roma onde foram absorvidas com modificações, pois o Estado e não o indivíduo era de importância primária. Da cultura romana, também no tempo antigo, resgatamos a importância das políticas públicas integradas e intersetoriais, como produtoras de saúde. O registro dos cidadãos e dos escravos, o censo enfim, colaboravam no planejamento das ações de saúde. O reconhecimento da determinação socioambiental da saúde, resultou em ações governamentais pela saúde por meio de um sistema sanitário, que previa entre outras coisas dotar a população de água pelo sistema público de abastecimento. Galeno, o mais famoso dos médicos romanos, foi o primeiro a relacionar a liberdade proporcionada por uma renda econômica adequada à situação de saúde da população (Restrepo, 2001).

Os considerados anos negros da saúde foram os do período medieval. Como o clero era a classe dominante, as ações de governo eram em relação ao espírito com um abandono total do corpo e de todo seu cuidado. O período do Renascimento, séculos XV e XVI, ao contrário do esperado, também não apresentou grandes avanços no conceito e nas práticas de saúde. A expansão do mundo, com o início da era das grandes navegações, que tem como um dos resultados o descobrimento das Américas, produz outro tipo de tensão de caráter mais sociocultural. Os países do Novo Mundo e os europeus, nesse período, não trocaram entre si somente doenças, mas também as experiências em relação às medidas de prevenção e promoção mais relacionadas à conversão dos gentios à estilos de vida saudáveis, portanto utilizando processos comportamentalistas e autoritários.

— Nos séculos XVII, XVIII registraram-se muitos avanços na medicina, assim como na Saúde Pública, sendo o microscópio o descobrimento mais importante. Nesse período em função do desenvolvimento do conhecimento científico se assentaram as bases da bacteriologia e da microbiologia que orientam até hoje as práticas médicas e sanitárias. O advento do absolutismo autoritário como forma de governar implicou a adoção da "polícia sanitária" como política de saúde, que obrigava pela coerção e pelo poder de polícia aos sadios a adotarem comportamentos adequados à saúde e aos indivíduos doentes a se isolarem.

Os profissionais de saúde, do século XIX, deram continuidade aos desenvolvimentos científicos tanto em medicina clínica e microbiologia, como em patologia e fisiologia. Em função dos problemas sociais da época decorrentes da Revolução Industrial, aumentou a mortalidade geral e infantil, e para seu enfrentamento emergiram os conceitos de medicina social e saúde coletiva baseados na relação entre saúde e condições de vida. Reforçando a tensão paradigmática daquele momento, encontramos os trabalhos de Chadwick, que reviu a Lei dos Pobres, elaborou a publicação *Report on the Sanitary Conditions of Labouring Class*, inaugurando a estratégia de Promoção da Saúde nos espaços de vida, como importante elemento para a produção social da saúde (Chadwick, 1842, citado por Restrepo, 2005, Andrade & Barreto, 2003).

— Mas o representante mais significativo desta época, considerado o pai da medicina social e que não é possível desconhecer como precursor da Promoção da Saúde foi Rudolf Virchow, patologista de formação que se converteu em um dos maiores sanitaristas políticos da história. O estudo mais importante que realizou foi sobre a Epidemia de Tifo, na Prússia, em 1847-1848, no qual incluiu análises do contexto social e cultural da época e do local. Os resultados obtidos são clássicos na Saúde Pública e orientaram recomendações diferenciadas para a época relacionando saúde à democracia, educação, liberdade e prosperidade da população pobre que vivia na região estudada. Podemos dizer que foi um precursor das estratégias de Promoção da Saúde utilizadas hoje, ao considerar a saúde no seu conceito amplo, expresso nas recomendações do seu estudo: para que as populações se tornassem saudáveis, que pudessem conversar em sua própria língua, ter um governo autônomo, condições para poder melhorar a agricultura do país e outras que pudessem dar conta das causas ou determinantes das enfermidades identificadas pela pesquisa realizada (Restrepo, 2001, Andrade & Barreto, 2003; Buss, 2001).

Mas os avanços científicos no campo biomédico, necessários para dar conta da morbimortalidade relacionada às doenças infecciosas, continuaram orientando as estratégias preventivas. [Toma corpo a idéia da natureza biológica da doença, deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social para agentes patogênicos concretos: a doença tem uma só causa, com um germe originando cada etiologia; saúde é ausência de doença, isto é, a ausência de um agravo causado por um germe. É o início da "era bacteriológica", que atravessa o século XX, mudando sempre a conotação principal em função dos avanços científicos.

Até esse momento, como diz Ashton (1993), fármacos de eficiência comprovada não eram conhecidos, mas à medida que se descobriu a insulina e as sulfamidas, nos anos 1930, foi dado início à "era terapêutica", que veio a reforçar o conceito de saúde como ausência de doença. Outros princípios passaram a orientar as ações de saúde, dando sustentação ao conceito de saúde vigente: o mecanicismo, unicausalidade (uma causa produzindo um único efeito); o biologicismo (as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico); o individualismo (o objeto das ações em saúde é um indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se portanto dessa ação em saúde o contexto ambiental, social e histórico); e a especialização.

Um reforço desta vertente por um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico, e do ensino de outros profissionais do setor, foi estabelecido para aperfeiçoar esse ideário e as novas práticas coerentes com ele. Entre os vários projetos de reformulação, o da Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino foi triunfante, sobrepondo-se e obtendo repercussão internacional. Deu origem ao *Relatório Flexner*, de 1910, que veio a instituir o ideário hegemônico no campo da saúde até alguns poucos anos. Entre as ações implementadas pela reforma no ensino médico de então, destacam-se: (1) o aumento da duração dos cursos para quatro anos, com o ensino de laboratório; (2) a vinculação das escolas médicas às universidades e, com isso, à pesquisa e ao ensino; (3) a ênfase na pesquisa biológica e o reforço à especialização. Com os progressos alcançados no ensino, na pesquisa e na prática médica foi se consolidando o paradigma biomédico, até hoje vigente e hegemônico. Os hospitais continuam a ser considerados o centro da assistência, e no imaginário coletivo o discurso sobre saúde geralmente se limita a reflexões a respeito de doenças (Mendes, 1985, Santos & Westphal, 1999).

Para Kickbusch (2004), o passado e o presente estão aí desafiando o raciocínio dos profissionais de saúde. Os avanços nas ciências

biológicas, a partir do século XIX, alteraram os níveis de saúde de forma sensível e seus efeitos positivos são inegáveis, mas não deram e não estão dando conta dos efeitos das mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas que estamos tendo de enfrentar no início deste século. Pessoas continuam morrendo de velhas e novas doenças. Todos, estejam em um "s sofisticado resort" nos países asiáticos, em um país desenvolvido do Hemisfério Norte ou em um país em desenvolvimento estão preocupados com a próxima epidemia global que desta vez pode chegar ao continente ou país em que vivem. A violação dos direitos humanos persiste avassaladora nos países em regime democrático. Multiplicam-se hoje no nosso meio as vítimas de violências e acidentes, das doenças crônicas não transmissíveis, das endemias antigas que têm ressurgido, às vezes com novas roupagens. Microorganismos antes desconhecidos, favorecidos pelo processo de globalização que intensificou a troca entre os países em todos os setores, encontraram formas rápidas de disseminação.

A mudança na biologia humana, a mudança cultural decorrente do processo de globalização e a crise da modernidade, que não cumpriu suas promessas de desenvolvimento social, vêm aumentando a pobreza com consequências deletérias para a saúde da população. A realidade, especialmente dos países em desenvolvimento, vem mostrando que o modelo biomédico não é suficiente para dar conta da nova problemática, mostrando que evidentemente as promessas de saúde para todos no início do século XXI vão falhar (Declaração de Alma-Atá, 1978, apud Brasil, 2001; Kickbusch, 2003; Santos, 2001).

Vamos analisar agora, no item seguinte deste capítulo, as diferenças e semelhanças entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, baseando-nos na premissa de que as diferenças entre elas estão relacionadas às concepções de saúde e doença que orientam suas práticas e às vertentes político-ideológicas a que elas têm-se filiado. No item "Aprofundando o conceito e estratégias da Promoção da Saúde", vamos apresentar o que modernamente entendemos por Promoção da Saúde, a partir da contribuição dos elementos obtidos das conferências internacionais da área e na definição de seus princípios e estratégias. Finalmente a título de conclusão, discutiremos o significado da Promoção da Saúde no contexto atual. Vamos tentar chegar "à cabeceira do rio", estabelecendo hipóteses sobre o que acontece nessa "ponta do iceberg" e qual a contribuição que a Promoção da Saúde pode dar à deterioração das condições de vida e saúde, especialmente de grandes segmentos da população marginalizados dos efeitos do desenvolvimento econômico global. Esta é a vocação, o sentido da Promoção da Saúde.

A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde foi assim denominada, pela primeira vez, no início do século XX por Henry Sigerist, um dos mais brilhantes sanitaristas que concebeu as quatro funções da medicina — Promoção da Saúde, Prevenção das Doenças, Tratamento dos Doentes e Reabilitação. Para ele a Promoção da Saúde significava por um lado ações de Educação em Saúde e por outro ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida. Ações sobre os determinantes da saúde já estavam presentes nas reflexões deste autor.

Outro nome importante do final do século XIX é o de Thomas McKeown, que, ao estudar os fatores causais da mortalidade da população inglesa, chamou atenção para os fatores que mais contribuíram para melhoria qualidade de vida da população inglesa — “desenvolvimento econômico, nutrição e mudança nos níveis de vida da população e muito menos as intervenções de caráter médico”. Os argumentos de McKeown foram considerados importantes na formação do marco referencial da Promoção da Saúde que focaliza suas intervenções nos determinantes da saúde. Ao mesmo tempo, suas idéias influenciaram o movimento de medicina social e epidemiologia social que fizeram questionamentos críticos à teoria e prática da Saúde Pública nas décadas de 1960, 1970 e 1980 na América Latina.

Outra visão contra-hegemônica de meados do século XX aparece nos trabalhos de dois outros sanitaristas da época — Leavell & Clark (1965). O modelo explicativo criado por eles — “história natural do processo saúde e doença” — contempla a “triade ecológica” na explicação da causalidade do processo de adoecimento.

Para os autores, microorganismos interagem com o ambiente, que favorece ou não sua sobrevivência e multiplicação como agente etiológico (agente). Um exemplo é o do mosquito *Aedes aegypti*, que abriga o vírus da dengue, depende de condições ambientais — temperatura, umidade, luz e outros — que favoreçam ou não a sua procriação (ambiente). A predisposição do indivíduo (hospedeiro) à doença é o seu componente genético e a sua resistência, sendo esta relacionada a seus comportamentos ou estilo de vida, como, por exemplo, alimentação, condições de trabalho, e outros. Dependendo do tipo de interação que mantém o agente e o ambiente e do grau de resistência do hospedeiro poderá se desenvolver a doença, ser mais ou menos difícil a cura e a recuperação da doença e a prevenção de complicações.

A partir da perspectiva da história natural da doença, recuperada com base neste referencial, os autores propuseram medidas de intervenção nos diferentes estágios da doença. Vejam no Quadro 1 abaixo os três níveis de Prevenção e a inclusão da Promoção da Saúde como um dos níveis de prevenção primária, juntamente com medidas de proteção específica no momento que os autores denominam período pré-patogênico, ou melhor, o momento em que a doença ainda não iniciou seu processo de instalação.

Quadro 1 Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença

PROMOÇÃO DA SAÚDE	PROTEÇÃO ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOZ	LIMITAÇÃO DA INVALIDEZ	REABILITAÇÃO
Prevenção	primária	Prevenção	secundária	Prevenção terciária

Fonte: Leavell & Clark (1965)

Diferenciação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doença no modelo de Leavell & Clark pode ser feito, primeiramente, em relação aos objetivos da promoção e de cada nível de prevenção. A **Promoção da Saúde** é uma ação de **Prevenção Primária**, portanto se confunde com prevenção, segundo estes autores, do mesmo nível da proteção específica (exemplo, vacinação). Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, não-ingestão de drogas, tabaco, exercício físico e repouso, contenção de estresse), para que resistam às agressões dos agentes. Estes mesmos indivíduos devem receber orientações para cuidar do ambiente para que este não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e entornos). Exemplos mais comuns de medidas de **Proteção Específica** são as vacinas, ou mesmo o uso da "camisinha" no caso de doenças sexualmente transmissíveis.

A **Prevenção Secundária e Terciária** de acordo com a história natural das doenças de Leavell & Clark (1965) objetivam a redução dos fatores de risco relacionados aos agentes patogênicos e ao ambiente propondo entre outras coisas medidas educativas e fiscalização para a adoção ou reforço de comportamentos adequados à saúde e de enfrentamento da doença.

A **Prevenção Secundária** opera com dois tipos de população: (1) os indivíduos sadios potencialmente em risco, para identificar precoce-

mente doentes sem sintomas e (2) com doentes ou acidentados com diagnóstico firmados, para que se curem e na impossibilidade que se mantenham funcionalmente sadios, evitando assim complicações e morte prematura. Em relação aos primeiros, as estratégias são populacionais — exames para detecção precoce do câncer ginecológico em mulheres, os exames de escarro para detecção da tuberculose e outros. A **Prevenção Secundária** com indivíduos doentes se faz por meio de práticas clínicas preventivas e práticas educativas para adoção ou mudança de comportamentos — alimentares, atividades físicas e outras. A **Prevenção Terciária** focaliza os que têm seqüelas de doenças ou acidentes e objetivam a sua recuperação ou a sua manutenção em equilíbrio funcional. Esta opera também por meio de atividades físicas, fisioterápicas e de saúde mental.

O objetivo da aplicação das medidas **Preventivas Primárias (dentre elas a Promoção da Saúde)**, **Secundárias** e **Terciárias**, portanto, na perspectiva da história natural da doença é evitar as doenças ou seu agravamento.

Se considerarmos os modelos anteriores, que ancoravam a Prevenção em ações somente sobre a biologia humana, o modelo explicativo e as ações propostas por Leavell & Clark significaram um grande avanço. Esses autores chamaram a atenção dos profissionais de saúde sobre o potencial das ações no ambiente e sobre os estilos de vida na Prevenção de Doenças. Inovaram também na proposição de medidas preventivas incluindo ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes — laboratoriais, clínicas e terapêuticas — como complementação e reforço da estratégia.

Até hoje, muitos profissionais de saúde entendem a Prevenção das Doenças e a Promoção da Saúde da forma proposta por estes autores. A tensão paradigmática relacionada às concepções de saúde e à sua causalidade, que mencionamos anteriormente, continuaram produzindo outras críticas e outros modelos explicativos e de intervenção. Vêm a tona as reflexões e críticas dos pensadores da área de saúde vinculados às vertentes da Medicina Social e da Saúde Coletiva. Estes puseram em pauta questionamentos à tríade ecológica, considerando que esse modelo explicativo não considerava os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho e da inserção social dos indivíduos nos níveis de saúde das populações. Com base em estudos que apontavam para determinação social do processo saúde e doença, se voltaram para uma perspectiva humanístico-emancipatória de ação, que pôs em pauta a democratização do processo de decisão em saúde. A

tensão paradigmática foi explicitada e tomou corpo em oposição ao modelo de Leavell & Clark, focalizando suas explicações na história social do processo saúde doença (Green, 1986; Andrade & Barreto, 2001; Santos, 2001; Kickbush, 2003).

O caminho em direção ao moderno conceito de Promoção da Saúde, diferenciado do de Prevenção de Doenças, ainda percorreu outros caminhos, antes de ser discutido, elaborado e desenvolvido em Conferências Internacionais. Uma influência importante na construção do conceito foi a do ministro canadense Lalonde, que, na década de 1970, questionou os investimentos realizados pelos governos anteriores a partir dos resultados em melhoria dos indicadores de saúde. Realizou investigações sobre a causalidade do processo saúde doença no seu país e verificou que os estilos de vida e ambiente eram responsáveis por oitenta por cento das causas das doenças e que não estava havendo investimento no controle dessas causas. Com esses argumentos questionou com eloquência o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde, atribuindo ao governo a responsabilidade por outras medidas tais como o controle de fatores que influenciam o meio ambiente como a poluição do ar, a eliminação dos dejetos humanos e águas servidas e outros. Elaborou e publicou o *Informe Lalonde* (1974), documento do seu ministério orientado pela proposta de "Campo da Saúde", sugerindo as seguintes dimensões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração das políticas governamentais de saúde: ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e o sistema de saúde. A publicação deste Informe e seu conteúdo político tornou seu autor um dos responsáveis pelo início de uma nova era de interesse social e político pela saúde pública. Denominou as intervenções no ambiente de *Proteção da Saúde*, as dirigidas aos sistemas de saúde de *Prevenção* e as que focalizam os estilos de vida de *Promoção da Saúde*, o que não corresponde ainda ao novo enfoque que vimos anunciando (Ashton, 1993; Organização Pan-Americana da Saúde, 1996; Restrepo, 2001).

Outro avanço, do nosso ponto de vista foi a Conferência de Alma-Atá, que aconteceu em 1978, em Kazak, na antiga União Soviética. A Saúde foi pela primeira vez reconhecida como um direito, a ser atendido não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade. A sua estratégia básica, a Atenção Primária à Saúde, com participação dos usuários no processo, gradativamente, foi demonstrando que a meta estabelecida por seus participantes — "Saúde para todos no ano 2000" —

depende de mudanças nas relações de poder entre os que oferecem serviços de saúde e os que os utilizam.

A expressão "Promoção da Saúde" relacionado com autonomia e emancipação começou a ser mais e mais utilizado por aqueles insatisfeitos com as abordagens de cima para baixo, higienistas e normatizadores da Educação em Saúde e da Prevenção de Doenças. No Congresso Canadense de Saúde Pública de 1984, denominado "Para Além da Assistência a Saúde", realizado para avaliar os progressos após dez anos da publicação do *Informe Lalonde*, foram definidos princípios para o que estava sendo entendido por Promoção da Saúde. Os princípios definidos àquele tempo foram: a Promoção da Saúde (1) envolve a população como um todo, no contexto de vida diário, em vez de focalizar as pessoas em risco de serem acometidas por uma doença específica; (2) é dirigida para a ação sobre os determinantes ou causalidade social, econômica, cultural, política e ambiental da saúde; (3) combina métodos e abordagens diversas, porém complementares; (4) objetiva particularmente efetiva e concreta participação social; (5) é basicamente uma atividade do campo social e da saúde e não somente serviço de saúde. Assim, os profissionais de saúde, particularmente os envolvidos na atenção primária a saúde, têm importante papel de fortalecer e possibilitar a Promoção da Saúde. Ao final desta reunião, Duhl (1986) apresenta o ideário de uma nova estratégia que denominou *Cidades Saudáveis* como uma utopia a ser alcançada (Hancock, 1990).

No ano seguinte, os dirigentes do Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde iniciaram um programa que objetivava a formação de uma rede de "Cidades Saudáveis" na Europa, pondo em prática os pressupostos da Promoção da Saúde relacionados à determinação social do processo saúde doença. Os elementos principais de todas estas iniciativas, segundo Ashton (1993) foram: (1) a preocupação com a pobreza da população e a dificuldade de reverter a situação; (2) necessidade de reorientação dos serviços de saúde; (3) a importância da participação comunitária e desenvolvimento de coalizões entre o setor público, setor privado e o voluntariado.

Segundo Restrepo (2001), outra influência positiva para a construção da Promoção da Saúde, foram os resultados dos estudos epidemiológicos avaliativos realizados sobre a intervenção direcionada a minimizar a influência dos "Fatores de Risco de Doenças Coronarianas". Estes foram realizados na cidade de Carélia do Norte, na Finlândia, na década de 70 e 80 do século XX e mostraram que com uma estratégia mais ampla que envolva a política atuando sobre condições e estilos de

vida diminuiu a incidência das doenças coronarianas na população. Este famoso projeto, baseou-se em um enfoque populacional para influenciar os comportamentos e na advocacia por políticas públicas saudáveis relacionadas a produção de alimentos, educação em saúde nas escolas, controle do tabagismo entre outras condições de vida. Lamentavelmente muitos dos que desenvolveram projetos semelhantes, deram maior importância às intervenções que focalizavam as mudanças de comportamento e menos às estratégias político-populacionais (Puska, 1995, apud Restrepo, 2001).

Naido & Wills (1994) analisaram e classificaram as diferentes iniciativas de Promoção da Saúde realizadas no passado e atualmente em cinco grupos, de acordo com as conceituações subjacentes às iniciativas estudadas: (1) **biomédicas** — caracterizadas por uma definição de saúde como ausência de doença e pelo trabalho centrado na cura, tratamento e prevenção de doenças específicas; (2) **comportamentais** — dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, voltados aos estilos de vida, limitadas aos fatores sob controle dos indivíduos; (3) **educacionais** — focalizadas também nos estilos de vida, porém na perspectiva do empoderamento individual ou da auto-ajuda, sendo os aspectos estruturais e as relações de poder não consideradas centrais para a mudança; (4) **de empoderamento coletivo** — associadas ao desenvolvimento comunitário baseado na participação de todos os envolvidos no problema; (5) **para a transformação social** — centradas na construção participativa de políticas públicas saudáveis, sendo orientadas pelo princípio da equidade, que orienta para a mudança das relações de poder e para ações sobre os determinantes sociais da saúde. São iniciativas que consideram a Promoção da Saúde como um processo participativo de produção social da saúde, que ocorre no contexto do desenvolvimento econômico e social das instituições, das cidades, das regiões, dos países, objetivando a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das populações, mediante políticas públicas equitativas e intersetoriais.

Nós sintetizamos a classificação do autor e apresentamos, no Quadro 2, três conceitos de Promoção da Saúde e os conceitos de saúde que os orientam bem como os tipos de práticas dominantes em cada vertente: biomédica, comportamental e socioambiental (Stachtchenko & Jenicek, 1990; Seedhouse, 1997, Naido & Wills, 1994).

Os conceitos apresentados no Quadro 2, sugerem que a prevenção das doenças é mais vinculada a uma visão biologicista e comportamentalista do processo saúde doença e a Promoção da Saúde, como

entendemos hoje, mais vinculada a uma visão holística e socioambiental do mesmo processo, colocando-se como uma prática emancipatória e um imperativo ético (Westphal, 2000; Akerman, Bogus & Mendes, 2004).

A prevenção de doenças identifica riscos, atua sobre eles, mas não considera de sua alçada a gênese desses riscos; nem o estudo de suas naturezas, mecanismos de atuação, meios de prevenir sua existência.

Quadro 2. Concepções de saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde

ABORDAGENS	BIOMÉDICA	COMPORTAMENTAL	SOCIOAMBIENTAL
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais, bem-estar físico e mental dos indivíduos	Estado positivo; Bem-estar bio-psico-social e espiritual. Realização de aspirações e atendimento de necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológicas para categorias específicas de doenças	Biológicos, comportamentais, Estilos de vida inadequados à saúde	Condições de risco biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapias com drogas, cirurgias	Mudanças de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> • Coalizões para advocacia e ação política; • Promoção de espaços saudáveis; • Empoderamento da população; • Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes; • Reorientação dos serviços de Saúde
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciados pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências.

O moderno conceito, que mencionamos acima, como algo em construção, apresenta agora elementos que permitem diferenciá-lo das práticas de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, conforme propostas de Leavell & Clark. A prevenção de doenças focaliza os aspectos biológicos e não considera, nas suas estratégias de "dispor de maneira que evite" (Czeresnia, 2003), a dimensão histórico-social do processo

saúde doença e portanto não inclui, nas suas formas de ação, políticas públicas saudáveis e intersetoriais que dêem conta dos determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde e doença. Por outro lado não estimulam nas coletividades processos de ampliação do poder, a valorização das suas potencialidades, para que estas advoguem por melhoria das suas condições de vida e trabalho. Não envolvem as coletividades nos processos de tomada de decisão em relação às políticas de saúde para enfrentamento dos seus problemas. Não se assume, portanto, como prática política emancipatória, um imperativo ético no mundo contemporâneo (Buss, 2001; Czeresnia, 2001; Freitas, 2001; Akerman, Mendes & Bogus, 2004).

É possível trabalhar no campo da prevenção em uma perspectiva da "nova Promoção da Saúde"?

De acordo com os conceitos desenvolvidos nos últimos vinte anos nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, tentaremos demonstrar que a Promoção da Saúde, vista na perspectiva socioambiental, é uma nova forma de abordagem, um conceito positivo, que pode ser aplicada a atividades de prevenção, tratamento, reabilitação e até em atividades de assistência de longo prazo. É necessário que os princípios dessa nova abordagem, que descreveremos mais adiante, sejam seguidos, e as estratégias ampliadas para haver esta compatibilização (Rootman, 2001).

APROFUNDANDO O CONCEITO E ESTRATÉGIAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O moderno conceito de Promoção da Saúde, assim como o desenvolvimento de novas práticas coerentes com suas bases político-ideológicas, vem acontecendo nos últimos dezanove anos, depois da realização da 1 Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986. As discussões iniciais ocorreram nos países desenvolvidos, especialmente no Canadá e nos países da Europa Ocidental, e mais recentemente vem sendo acolhida na América Latina e em outros continentes em desenvolvimento, como um movimento que pode colaborar na recuperação do sentido ético da vida e da saúde

Contribuição das Conferências Internacionais para o desenvolvimento conceitual da Promoção da Saúde

Foi na 1 Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, que os profissionais reunidos em Ottawa, aprovaram a *Carta de*

Ottawa, o documento mais importante como marco conceitual da Promoção da Saúde. Esta carta apresenta um conceito amplo de saúde como "o mais completo bem-estar físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais".

A definição de Saúde que permeia a *Carta de Ottawa* descreve que:

Para atingirmos um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas (Brasil, 2001).

O conceito de Promoção de Saúde, que reforça a importância da ação ambiental e da ação política bem como a mudança do estilo de vida, foi muito importante como referência para o movimento. Promoção de Saúde foi conceituada na Conferência de Ottawa como: "processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população" (Brasil, 2001).

Nesta visão positiva do processo, que ressalta o papel das potencialidades individuais e socioculturais para a produção social da saúde, a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida (Pilon, 1992; Russel, 1995).

Essa capacitação das coletividades, de que fala o conceito definido em Ottawa, deveria ser entendida em dois sentidos: um mais voltado para a melhoria das condições objetivas de vida, através da participação na formulação de políticas públicas saudáveis que os permitissem alcançar funcionalidades elementares, tais como alimentar-se, obter abrigo, saúde e outra mais subjetiva, para alcançar funcionalidades que envolvem o desenvolvimento pessoal dos participantes: auto-respeito, integração social, capacidade para participar da vida social e outras semelhantes. Estava implícito que eram necessárias capacitação, ampliação de poder e mobilização para que saúde fosse reconhecida como um direito e critério de governo no processo de tomada de decisões sobre desenvolvimento econômico-social.

Outras cinco conferências com as correspondentes declarações e cartas que sintetizam as conclusões e recomendações de outras Confe-

rências Internacionais de Promoção de Saúde, se seguiram nos últimos vinte anos. A partir da concepção de saúde, definida na *Carta de Ottawa*, na qual esta prática está fundamentada, ficaram definidos compromissos para a implementação da Promoção de Saúde, que extrapolam o setor saúde e exigem parcerias com outros setores de governo — políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Fazia-se necessário convocar outras forças sociais para participar desse movimento de ampliação das estratégias de Promoção da Saúde. Era necessário fortalecer a capacidade de convocação do setor saúde para mobilizar recursos na direção da produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades dos diferentes atores sociais em seus efeitos sobre a saúde.

A Conferência de Adelaide, realizada na Austrália em 1988, cumpriu seu objetivo de demonstrar como as políticas públicas de todos os setores de governo influenciam os determinantes da saúde e são um importante veículo para reduzir iniquidades sociais e econômicas, assegurando o acesso equitativo a bens e serviços, bem como aos serviços de saúde (Brasil, 2001).

Em 1991, aconteceu a Conferência de Sundsväl, na Suécia. A conferência teve o grande papel de colocar o tema ambiente na agenda da saúde. O tema central foi "a criação de ambientes saudáveis". Um ano depois o mundo aderiu às propostas da Promoção da Saúde em relação ao meio ambiente na Conferência Internacional de Meio Ambiente realizada no Brasil em 1992 — a ECO 92. Estes dois eventos reforçaram a importância da construção de ambientes de apoio à promoção da saúde, das políticas públicas saudáveis na área ambiental e principalmente o respeito à sustentabilidade ambiental nos processos de desenvolvimento local e global (Brasil, 2001).

Durante a Conferência de Jacarta, em 1998, na Indonésia, a globalização da economia, juntamente com a modernização tecnológica, especialmente no campo da comunicação já caminhava a passos largos, constituindo-se no ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista. A ideologia hegemônica com valores diferentes de outros períodos da história dá sustentação a esta nova fase do capitalismo e portanto à economia de mercado global interferindo na dinâmica da vida e do trabalho.

Os anos que precederam a Conferência foram momentos em que se evidenciaram as diferenças e as reações à globalização ocasionando vários tipos de problemas. O mundo se dividiu entre os povos que assumiram a globalização e universalização da cultura, dos direitos, como

uma característica desta nova fase da humanidade, e os que se rebelaram contra a homogeneização da cultura, da religião e das etnias. O fundamentalismo, a supervalorização da diversidade, da cultura, das etnias, do Estado Nação, deu início a conflitos entre povos, que até o momento conviviam no mesmo espaço geográfico dando origem à xenofobia, ao terrorismo e aumentando a violência. Ainda, a globalização associada ao neoliberalismo aumentou a riqueza e ao mesmo tempo a diferença entre ricos e pobres. Nos anos que nos aproximavam do século XXI, o mundo moderno vivia a crise que se caracterizava pelo não-cumprimento da promessa de igualdade, liberdade, solidariedade e paz. Nessa crise, a humanidade buscava redirecionar o conhecimento e o desenvolvimento para rediscutir valores e princípios que fizessem frente ao predomínio da intolerância na convivência, ao aumento das guerras, ao acirramento das desigualdades econômicas e sociais intra e interpaises e ao desenvolvimento desvinculado das reais necessidades dos povos.

Para que esta Conferência tivesse resultados que permitissem uma aproximação desta problemática, criou uma pauta que procurou discutir estes problemas, envolvendo nela profissionais de *marketing* e empresários do setor privado, na tentativa de lidar com a diversidade e buscar uma aproximação. A idéia era tentar parcerias e alianças, para a resolução dos problemas, a partir da sua discussão conjunta e de sua causalidade, sem esquecer o conflito de interesses e experimentando a negociação como técnica para a tomada de decisão. Ao final a *Declaração de Jacarta* inovou, estabelecendo cinco prioridades para a Promoção da Saúde até o século XXI, procurando enfrentar o novo tempo com novos conhecimentos e novas estratégias, tais como: (1) Promover a responsabilidade social pela saúde; (2) aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde; (3) expandir e consolidar alianças para a saúde; (4) aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde; (5) assegurar a infra-estrutura para a Promoção da saúde.

Quando da realização da V Conferência de Promoção da Saúde que aconteceu no México no ano 2000, a crise havia aumentado e os compromissos assumidos durante as Conferências não se haviam concretizado, e então a metodologia de trabalho diferenciou-se. A Conferência teve dois componentes programáticos: cinco dias de programa técnico e dois dias de programa ministerial. Ambos os grupos se reuniram em espaços conjuntos. Os ministros assinaram a *Declaração Presidencial*, afirmando reconhecer a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para manutenção das atividades de saúde em nível local,

nacional e internacional e comprometendo-se a elaborar Planos Nacionais de Ação com a finalidade de monitorar o progresso da incorporação das estratégias de Promoção da Saúde na política de planificação em nível nacional e local. Os técnicos rediscutiram os assuntos relacionados às prioridades estabelecidas na reunião anterior, reafirmando também a importância da Promoção da Saúde; a necessidade de focalizar os determinantes da saúde; a necessidade que a humanidade tem de buscar construir um mundo mais equitativo (Brasil, 2001).

Dezenove anos depois da Conferência de Ottawa aconteceu em 2005 a VI Conferência Global de Promoção da Saúde, em Bancoc na Tailândia, cujo tema foi "Políticas e Parcerias para a Saúde. Procurando Interferir nos Determinantes Sociais da Saúde". Em vez de convocar os ministros de saúde e cobrar os compromissos assumidos e que não foram cumpridos, resolveram mudar a estratégia convocando os Centros Colaboradores da OMS, na tentativa de comprometê-los com as recomendações da Conferência. A questão da globalização e sua influência nas questões de saúde foram amplamente discutidas procurando ressaltar os aspectos negativos, mas também os efeitos positivos da difusão de conhecimentos, pelos meios tecnológicos de informação. Não temos idéia da repercussão que as conclusões desta Conferência terão no mundo que está quase que totalmente envolvido nos valores positivos e negativos da globalização e com pouca capacidade de reação à ação dos determinantes econômicos e tecnológicos da sociedade global na saúde e qualidade de vida da população. Várias reuniões estão sendo programadas em diferentes regiões do mundo para reinterpretar os resultados e adaptá-los às realidades locais.

Conforme pode ser visto por estes comentários sobre as seis Conferências Globais de Promoção da Saúde organizadas pela Organização Mundial de Saúde, sabemos que foram sendo reforçados e difundidos conceitos básicos que exigem o fortalecimento da Saúde Pública em torno do compromisso de Saúde para todos, a partir da utilização de novas estratégias para o atendimento de seus objetivos. A configuração da Promoção da Saúde a partir da *Carta de Ottawa* ocorreu no tempo e no espaço de emergência das sociedades capitalistas neoliberais e representou uma iniciativa dos países do Norte de resolver o problema das doenças não transmissíveis.

Nos países da América Latina, as discussões a respeito do tema surgem pela primeira vez em 1992, quando da realização da I Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde realizada em Bogotá, na Colômbia. Com a inserção dos países em desenvolvimento na dis-

cussão — o tema equidade adquiriu centralidade nas discussões e firmou-se nas conferências o discurso da Promoção da Saúde como produção social.

Em razão disso, identifica-se nesses documentos uma proposta sociopolítica, que se preocupa com as iniquidades e com a participação da sociedade no processo de tomada de decisão sobre saúde e qualidade de vida. Preocupa-se, por isso, em disseminar estratégias participativas, que ofereçam oportunidades aos indivíduos para ampliar o seu poder tanto do ponto de vista individual como coletivamente e muitas vezes transcender o setor saúde para enfrentar os determinantes, ou as causas do mal-estar identificando e mobilizando recursos para enfrentá-los.

Alguns autores, críticos da Promoção da Saúde, afirmam que esta é uma prática altamente prescritiva e tem sido bastante utilizada para configurar conhecimentos e práticas na perspectiva neoliberal e conservadora, estimulando a livre escolha a partir de uma lógica de mercado. Nesta linha de pensamento, a responsabilidade individual é reforçada e a do Estado diminuída. Alguns dizem que a Promoção da Saúde, nessa perspectiva, assume um papel "fascista" e "imperialista da saúde" ao impor certos estilos de vida considerados saudáveis. Ao ler as cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde não encontramos propostas que privilegiem mudanças de comportamento mediante intervenções individuais e autoritárias e que culpabilizem os detentores de estilos de vida não saudáveis. Há, explicitamente, nos textos um privilegiamento da visão holística da saúde e da determinação social do processo saúde doença, da equidade social como objetivo a ser atingido, da intersetorialidade e da participação social para o fortalecimento da ação comunitária e da sustentabilidade como princípios a serem levados em consideração ao definir estratégias de ação.

Na tentativa de trazer mais argumentos para o entendimento das diferenças e das aproximações entre Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, vamos aprofundar a discussão dos princípios explicitados nas cartas, questionando se é possível trabalhar com a Prevenção das doenças na perspectiva da Promoção da Saúde.

Princípios da Promoção da Saúde

As conferências e a literatura sobre Promoção da Saúde afirmam os seguintes princípios como definidores das práticas realizadas nesta perspectiva:

→ (1) Ações de Promoção da Saúde devem pautar-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença.

Este princípio justifica-se pela própria complexidade da realidade, refletindo a preocupação de desvendar as questões da saúde em meio aos fenômenos complexos da vida. Orienta as iniciativas de promoção para que fomentem a saúde física, mental, social e espiritual em sua ampla determinação, mediante ações que ultrapassem os limites do setor saúde.□

Substantivamente, a Promoção da Saúde, concepções e significados levam os profissionais envolvidos com este campo teórico e de práticas, a enfatizar a determinação social, econômica e ambiental, mais do que puramente biológica ou mental da saúde. Os determinantes da saúde são as condições biológicas, econômicas, políticas e sociais que influenciam a saúde dos indivíduos e comunidades.

A teorização em torno da determinação biológica, social e econômica da saúde, também se refere ao fato de níveis de saúde da população estarem diretamente relacionados à maneira como a sociedade organiza e distribui seus recursos econômicos, sociais e derivados, isto é, à qualidade e quantidade de recursos disponibilizados a cada membro da sociedade, para a sua subsistência (Raphael, 2004).

Os problemas e suas causas, entretanto, não são isolados, decorrem das interconexões entre fatores e dos sistemas entre si. Assim sendo, a análise dos determinantes da saúde não podem ser feitas isoladamente, sem verificação das interconexões com outros fatores, de outras áreas ou setores, com o risco de, através de uma análise fragmentada e incompleta, cometer erros de avaliação e dar soluções parciais, desarticuladas e incompletas aos problemas com consequências imprevisíveis. É esta a conexão dos determinantes com a visão holística de saúde. É útil ter recortes de um problema para equacioná-lo em uma multiplicidade de níveis, ter diferentes profissionais trabalhando para os mesmos objetivos, de diferentes maneiras e de modo complementar. Os problemas relacionados à Prevenção de Doenças, podem também ser vistos nesta perspectiva e suas estratégias combinadas com as de Promoção da Saúde para que as ações se dirijam para as causas primeiras dos problemas e não somente às suas manifestações concretas (Sicoli & Nascimento, 2003).

Segundo as cartas das Conferências Internacionais e a literatura da área técnica, a valorização da saúde como produção social, no enfoque da determinação social da saúde, orienta para a reflexão sobre a

equidade social, colocando-a como um princípio e objetivo da Promoção da Saúde (Paim, 1994; Raphael, 2004).

(2) A equidade como princípio e como conceito vem ocupando espaço relevante nas discussões das políticas sociais de maneira geral e no campo da Promoção da Saúde em particular. Todas as cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde ressaltam que esta tem como objetivo garantir acesso universal à saúde e está relacionada à justiça social. Seus objetivos são: "[...] eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito ao bem-estar" (Brasil, 2001, p. 40).

O conceito de equidade tem raízes nos diversos conceitos de justiça social e, em especial, os vinculados às correntes de pensamento liberal e marxista. As correntes de justiça social liberal apesar de trazerem avanços na tentativa de reparar as injustiças sociais, não apontam para intervenções na causalidade dessas injustiças. O conceito de equidade, como vem sendo trabalhado no campo da Saúde Coletiva e da Promoção da Saúde se confronta com as correntes de justiça social liberal, trazendo para o centro da discussão a noção de necessidades diferenciadas, pautadas no materialismo histórico, que explicita a existência de desigualdades sociais estruturais, que produzem diferenças nas condições sociais e conseqüentemente nas necessidades sociais.

Segundo Whitehead (1990), a equidade em saúde refere-se a diferenças que são ao mesmo tempo consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas socialmente. Dessa maneira a noção de equidade carrega consigo forte conotação moral que deve ser analisada nos diversos contextos socioculturais em que o conceito é utilizado. Para Whitehead (1990), é necessário compreender, em cada contexto, quais são as condições sociais consideradas injustas e quais as desnecessárias e as evitáveis para que todos os indivíduos possam atingir seu potencial integral em saúde. Como bem explicita Whitehead (1990, p. 11), "o objetivo da política para avançar na direção de uma maior igualdade em saúde não é eliminar todas as diferenças em matéria de saúde, de modo que todo mundo tenha o mesmo nível e qualidade de serviços de saúde, mas reduzir ou eliminar as que resultem de fatores que consideram evitáveis e injustos".

Portanto, trabalhar as equidades em saúde significa criar oportunidades iguais para que todos tenham saúde, o que está intimamente relacionado com a distribuição dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação e outros). Para Mendes (2002), "a promoção da saúde visa à construção de espaços de vida mais equitativa-

vos. Isto implica analisar os territórios onde as pessoas habitam, detectar os grupos humanos em situação de exclusão e dirigir as políticas públicas de modo a discriminá-los positivamente" (Restrepo, 2005; Mendes, 2002).

Uma vez que tem suas ações e políticas dirigidas à equidade através de uma ação relacionada aos determinantes da saúde, como já apontado, operacionalizar a Promoção da Saúde, com este objetivo, também requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano e outros.

Nesse sentido a Organização Pan-Americana da Saúde relaciona a Promoção de Saúde à intersetorialidade — "conjunto de ações no ambiente social, político, educacional, físico, econômico, cultural e de serviços de saúde para proporcionar condições saudáveis e prevenir o surgimento de doenças nos indivíduos e na coletividade".

(3) A intersetorialidade com princípio da Promoção da Saúde "reconhece e chancela a multiplicidade de olhares sobre a realidade complexa, permite constituir uma rede única a testemunhar que, na origem de tudo, está em um espírito único a olhar um único mundo" (Mendes, 2002).

O deslocamento da questão saúde, para o centro do processo de desenvolvimento social, como propõem as cartas das Conferências Internacionais, exige a superação de propostas setorializadas, assistenciais, compensatórias, e se volta para o alívio de problemas decorrentes de múltiplas causas.

A intersetorialidade, segundo Junqueira (1997), "articula saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento e à inclusão social" (Junqueira, apud Junqueira, 1998, p. 84).

O grande desafio para a elaboração de políticas públicas saudáveis, intersetoriais, é superar a dificuldade para implementá-las devido à persistência da lógica setorial, da fragmentação e desarticulação do modelo administrativo tradicional. Exige uma mudança radical das práticas e na cultura organizacional das administrações municipais, pressupondo superar a fragmentação na gestão das políticas públicas. (Westphal & Ziglio, 1999).

Para que isso ocorra, será necessário uma mudança de atitude dos políticos, acadêmicos e técnicos para a interação e integração de saberes

entre si e com a população. Esta tarefa, entretanto, é difícil de ser viabilizada, mas possível dentro de uma perspectiva processual e gradativa. Mais uma vez, é sempre melhor ampliar os horizontes da Prevenção das Doenças não só oferecendo Proteção Específica ou medicalizando os problemas de saúde, mas também reconhecendo e lidando com a multicausalidade do problema, por meio de ações intersetoriais. (Westphal, 2000).

(4) A participação social. Segundo Mendes (2002), "a promoção da Saúde incentiva diversas formas de participação direta dos cidadãos no planejamento, na execução e avaliação dos seus projetos. Além disto cria mecanismos que estimulam co-responsabilidade; antepõem-se às práticas clientelistas, paternalistas; fortalecem a ambiência democrática e incrementam o gradiente de cidadania".

Na busca pela qualidade de vida, a proposta de Promoção de Saúde em seus pressupostos conceituais e operativos, supõe, entre outros aspectos que a população deva participar na definição da política, no controle social e na avaliação das ações e serviços dela decorrentes. Contempla, portanto, a participação social e política da população tendo em vista o atendimento das necessidades, das demandas e dos interesses das organizações da sociedade civil.)

A participação é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados — o governo, os membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais de saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais — no processo de eleição de prioridades, tomadas de decisões, implementação e avaliação de iniciativas (Brasil, 2001).

O compromisso do Estado com este princípio e com os problemas sociais trazidos à tona por meio dele, são fundamentais. Sem o Estado, a cidadania ativa não se realiza plenamente. Cabe, portanto, ressaltar a responsabilidade dos representantes do governo de todos os níveis, de garantir para a população condições de vida favoráveis à saúde. Os outros atores, indivíduos e instituições relacionadas aos diferentes segmentos da sociedade, também devem compartilhar a responsabilidade pelas ações e devem colaborar para que as condições de vida, de modo geral e nos espaços onde as pessoas vivem e trabalham, sejam também favoráveis à saúde (Brasil, 2001).

O princípio da participação social está diretamente relacionado ao fortalecimento da ação comunitária e ao conseqüente empoderamento coletivo, pois é necessário que a população se torne capaz de exercer controle sobre os determinantes da saúde. O empoderamento relacio-

na-se ao reconhecimento de que os indivíduos e as comunidades têm o direito e são potencialmente capazes de assumir o poder de interferir para melhorar suas condições de vida.

Um critério essencial para verificar se uma ação, mesmo que tradicionalmente do campo da prevenção secundária, como por exemplo, o controle de fatores de risco de diabetes tipo II, também está promovendo saúde, é identificar se contempla também processos de formação e empoderamento individual e coletivo dos indivíduos e grupos envolvidos. A impossibilidade de participação nos processos de tomada de decisão ou a não-inclusão de ações motivadoras do empoderamento coletivo nos programas de Prevenção, impedem que essas ações sejam classificadas dentro da rubrica da Promoção da Saúde.

Na prática, como outros princípios, as políticas e ações participativas, nem sempre têm sido implementadas nos programas de Promoção da Saúde e nem no cotidiano dos serviços de saúde.

O comentário de Cerqueira de 1997 (p. 17), nesse sentido, continua válido até os dias de hoje, o que não quer dizer que os problemas da participação não possam ser superados: "apesar de numerosos esforços por consolidar um enfoque democrático-participativo, a promoção de saúde continua sendo identificada com práticas individualistas e medicalizantes".

(5) A sustentabilidade, como um outro princípio, remete a um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte (Westphal & Ziglio, 1999). Coerentemente com os outros princípios aqui enfocados, a sustentabilidade em Promoção da Saúde envolve também os aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais, intergeracionais e ambientais. A continuidade das políticas de Promoção da Saúde, que representariam a sua sustentabilidade, seriam especialmente importantes tendo em vista que as iniciativas dessa área dirigem-se a questões de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos, com impactos a médio e longo prazo (Sicoli & Nascimento, 2003).

A Promoção da Saúde com esse conceito tão amplo supõe a instituição de uma nova ordem governativa, seja do setor saúde, da cidade, ou do país, com uma tecnologia de gestão complexa, integrada e participativa, que permita o desenvolvimento da saúde e do desenvolvimento econômico e social sustentável, conjuntamente.

A Prevenção das Doenças pode caminhar junto, na perspectiva da Promoção da Saúde, com base em uma proposta de reorientação dos

serviços de saúde, um dos seus cinco campos de ação, incluindo nas ações, iniciativas ou programas esses princípios que acabamos de enumerar.

Campos de ação da Promoção da Saúde

Os cinco campos de ação da Promoção da Saúde, inscritos na *Carta de Ottawa*, diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e principalmente das ações de Prevenção de Doenças, exceto as que se referem à reorientação dos serviços de saúde. Isto não impede entretanto, que as inovações e transformações venham a ocorrer. Esses campos de ação são:

1. **Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis**, que possam minimizar as desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde, nos múltiplos setores onde eles se localizam. Podem haver políticas elaboradas para intervir nos mecanismos através dos quais a cultura hegemônica gera e mantém comportamentos positivos e negativos à saúde, como, por exemplo, a "Convenção Quadro sobre o Tabaco" elaborada para conter o uso do tabaco, incentivado pelas indústrias produtoras de cigarro. As políticas públicas saudáveis podem ser estabelecidas por qualquer setor da sociedade. Para serem reconhecidas como do campo da Promoção da Saúde precisam demonstrar potencial para produzir saúde socialmente. São exemplos de políticas saudáveis o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto da Cidade, a Política Nacional de Trânsito, a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde. Todas as mencionadas atendem ao critério isto é, têm potencial para produzir saúde socialmente (Brasil, 2001).

2. **O Reforço da ação comunitária** envolve a participação social, de atores do Estado e da sociedade civil na elaboração e controle das ações, iniciativas e programas de Promoção da Saúde e deve ter como resultado o empoderamento da comunidade. Prioriza o fortalecimento das organizações comunitárias, a redistribuição de recursos, informações e o empoderamento coletivo ou melhor capacitação dos setores marginalizados do processo de tomada de decisões, para se fortalecerem e formarem grupos de pressão para abertura do aparato estatal ao controle do cidadão (Organização Pan-Americana da Saúde, 1996; Brasil, 2001).

3. **Criação de espaços saudáveis que apoiem a Promoção da Saúde** Como a saúde é produzida socialmente e nós convivemos em diferentes espaços, é desejável que as pessoas que participem da re-

flexão sobre potencialidades e problemas existentes nos seus espaços de convivência — escolas, unidades de saúde, hospitais, locais de trabalho, espaços de lazer e muitas vezes do município como um todo. Redes de escolas promotoras de saúde, de municípios saudáveis, de locais de trabalho saudáveis, de habitação saudável estão sendo organizadas no País e na América Latina como um todo, mas ainda não existem em número significativo que faça a diferença nas condições de vida e saúde.

(4.) **Desenvolvimento de habilidades pessoais** — se viabilizam mediante estratégias educativas, programas de formação e atualização que capacitem os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis.

(5.) **A reorientação dos serviços de saúde** representa o esforço para ampliação do acesso aos serviços e programas, para o incremento de atividades preventivas através da moderna abordagem da Promoção da Saúde e outras atividades relacionadas. Este é o ponto de inflexão desta discussão. Será através de uma reflexão, da revisão e ampliação das estratégias de prevenção de doenças, através do empoderamento dos doentes que advogarão por ações sobre as causas das doenças e pela equidade na distribuição de recursos, que será possível a transformação das ações essencialmente preventivas, em ações também de Promoção da Saúde (Westphal, 2000).

SIGNIFICADO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO ATUAL

A *Carta de Ottawa* descreve saúde como um estado ideal e também como um conceito positivo que enfatiza as potencialidades dos indivíduos. É ainda considerada condição essencial para a melhoria da qualidade de vida. A Constituição brasileira no seu capítulo de Saúde, institucionalizou saúde como um direito humano básico, "um direito de todos e dever do Estado".

Neste documento adotamos como conceito de saúde orientador da Promoção da Saúde, a concepção positiva de saúde, holística, multi-determinada, processual e ligada a direitos básicos do cidadão. Sabemos entretanto que a concepção hegemônica, no momento atual, é saúde como ausência de doença, uma mercadoria, um bem comercializável, em oposição à concepção de saúde como direito do cidadão. Nesse sentido a Promoção da Saúde, sobre a qual discutimos neste capítu-

*Carta de Ottawa
Promoção da Saúde
Prevenção de Doenças
Estilos de Vida Saudáveis
Empoderamento
Participação Comunitária
Criação de Ambientes Saudáveis*

lo, tem a conotação de — mudança de direcionamento —, uma tentativa de transformação social.

As profundas transformações econômicas, sociais e políticas decorrentes do processo de globalização que ganha força a partir da segunda metade do século XX, afetam todos os países desenvolvidos ou em desenvolvimento e se constitui no ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista.

Esta situação é consequência do impacto combinado de uma revolução tecnológica, a formação de uma economia global e um processo de mudança social e cultural que estabeleceu uma nova ordem mundial regida pelas grandes empresas capitalistas multinacionais (Castells, 1996).

Sua existência foi possibilitada, por um lado, pelos avanços da ciência, que produziu um sistema de técnicas presidido pelas do campo da informação, que asseguraram, pela primeira vez na história da humanidade, o conhecimento imediato das inovações, bem como dos principais acontecimentos do mundo, enfim uma “presença planetária” imediata. Por outro lado, fatores políticos tais como a decadência do império socialista, favoreceram a construção de um espaço unipolar de dominação, orquestrado pela emergência de um mercado dito global, responsável pelo essencial nos processos políticos atualmente eficazes (Santos, 2001).

A globalização é ao mesmo tempo um período da história da humanidade e também um momento de “crise”. Como um período, suas características variáveis influenciam todos os setores da vida, direta ou indiretamente. Como crise, as mesmas variáveis construtoras do sistema estão se chocando e exigindo novas definições e novos arranjos. A ideologia hegemônica com valores diferentes de outros períodos da história dá sustentação a esta nova fase do capitalismo e portanto à economia de mercado global, interferindo na dinâmica da vida e do trabalho. A dupla tirania, “do dinheiro e do poder”, fornece as bases do sistema ideológico que justifica o processo de globalização, reforçando como o único caminho histórico, apesar das crises que acarreta e favorece a aceitação de soluções oferecidas por instituições financeiras internacionais para solucionar as crises ocasionadas por elas próprias (Santos, 2001).

Essa é a primeira perversidade da globalização — a ideológica — que conforma uma nova ética para as relações sociais e interpessoais, valoriza a competitividade e o individualismo, interferindo na vida das pessoas e criando problemas sociais sustentados pelos poderes, que regulam as atividades econômicas globais, sejam eles legais ou ilegais.

Seja qual for o ângulo pelo qual se examinem as situações características do período atual, a dinâmica da realidade e seu *ethos* orientador pode ser vista como responsável, por um lado, por um desenvolvimento econômico nunca visto antes, mas, por outro lado, de grandes males. Os modelos de desenvolvimento assumidos pelos países, especialmente dos países em desenvolvimento, centrados no econômico, se tornam cada vez mais excludentes, voltados para o pagamento da dívida externa produzida pela concentração do capital e do poder pelas empresas multinacionais localizadas fora deles. Os esforços neste sentido, voltados para o econômico, e não para as necessidades humanas, têm resultado em um empobrecimento crescente das massas, acompanhado da incapacidade da esmagadora maioria da população de participar de forma equitativa do consumo de bens materiais e culturais.

A crise, que corresponde às respostas a esta exclusão das sociedades dependentes tem-se expressado de várias maneiras:

(1) afirmação de sua identidade cultural em termos fundamentalistas, decretando guerras religiosas e étnicas aos infiéis da ordem dominante; (2) estabelecimento de uma conexão perversa à economia global, especializando-se em negócios ilegais; (3) migração em massa para os países centrais e (4) a procura de alternativas para a grande proporção da população marginalizada da produção e do consumo, que gera violência e outros males do nosso tempo (Castells, 1996).

Já estamos no ano 2006 e neste quadro global classificamos o Brasil como um país em desenvolvimento, dependente, com poucos segmentos incorporados à economia global e grande proporção da população marginalizada do processo. Uma pequena parcela da população tem acesso a uma proporção substancial da crescente produção de bens e serviços, ao passo que uma proporção muito grande é forçada a sobreviver com o restante.

Bens e serviços sofisticados ficam à disposição de um pequeno número de consumidores. O consumo se torna o grande produtor e encorajador dos imobilismos e oposição a processos de construção do cidadão.

A solidariedade se perde neste novo universo de competitividade. A acumulação de riqueza sem distribuição equitativa de benefícios sociais exacerba a competição e o conflito.

Uma conseqüência imediata do modelo de desenvolvimento adotado, economicista e neoliberal na sua essência, é a desigualdade que impacta sobre a qualidade de vida e saúde da população e as condições ambientais. A descentralização e mecanização dos processos produtivos provocam o desemprego e ampliam o emprego informal. Atualmente no Brasil um terço dos empregos são informais. A desigualdade gera uma diversidade de posicionamentos e significados diante das situações de vida que criam contradições e aumentam o conflito por interesses diversos.

As práticas de saúde são, reconhecidamente, as formas pelas quais a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) se institucionalizou com a Constituição de 1988, como reação ao modelo biomédico e hospitalocêntrico, então vigente, que não estava mais dando conta dos problemas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica que se iniciava. Os princípios do SUS estabeleceram as bases para a abordagem integral da saúde no Brasil.

O SUS, entretanto, tem-se concentrado nos serviços de atenção à doença. Esta dinâmica privilegia a utilização de tecnologias médicas mais sensíveis às injunções do mercado. Coerentemente com os valores da globalização, o sistema vem reforçando a abordagem individual, engessando a epidemiologia, que, na origem, constituiu-se como área estruturante da saúde coletiva. A indústria médica e seus produtos continuam se expandindo com a mesma velocidade que a informática, e seu uso não se relaciona às necessidades epidemiológicas e nem sequer a evidências científicas consistentes. Na maioria dos casos, os serviços de saúde tornaram-se meros consumidores do mercado sustentado pela perspectiva de desenvolvimento da modernidade. A prática sanitária atual, portanto, é configurada, direcionada pelo paradigma hegemônico, que valoriza a doença e o consumo dos meios diagnósticos e de tratamento e pelo contexto já descrito, marcado pelo processo de globalização.

A inserção do moderno conceito de Promoção da Saúde no SUS, a partir do enfoque socioambiental, positivo (Quadro 2) poderá favorecer o questionamento da prática atual e recuperar as promessas da Reforma Sanitária, redirecionando seus caminhos bem como os da prevenção, no sentido da emancipação das populações.

— A Promoção da Saúde também está sendo ameaçada pela "Revolução pelo Bem-Estar", mobilizada pelo setor privado para aumentar o consumo dos produtos considerados saudáveis, dando à população a impressão de estar se protegendo e promovendo a sua qualidade de

vida (Westphal, 2000). Se nada fizermos e o SUS, Promoção da Saúde e a Prevenção das Doenças continuarem nesta direção, cada vez mais se ampliarão as diferenças entre ricos e pobres, as iniquidades impedindo a realização dos ideais da modernidade relacionados à emancipação do ser humano.

Como alerta Cerqueira, a ameaça é grande: "la promoción de la salud sigue vinculada con un enfoque de prevención de la enfermedad que continúa siendo acción dominante" (Cerqueira, 1997, p. 17).

A prevenção das doenças, a cura e a reabilitação podem seguir o mesmo caminho, contribuindo para o desenvolvimento e emancipação do ser humano, na conformidade com este marco teórico que corresponde ao delineado pelo Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco, 2003), com o qual compartilhamos. Para o grupo:

A compreensão da Promoção da Saúde e da qualidade de vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, posto que entendemos o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida. A resposta às necessidades sociais derivadas dos direitos se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e qualidade de vida. A identificação destas necessidades sociais reivindica uma ação coletiva participativa dentro de contextos específicos que evidenciam a complexidade de sua determinação e ilumina as potencialidades daquele contexto social em tela (Abrasco, 2003).

Finalizamos com uma frase de Akerman, Bogus & Mendes (2004) que sintetiza uma visão do significado da promoção da saúde no contexto atual:

Promover a vida, os direitos do cidadão é compartilhar possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena, é perceber a interdependência entre os indivíduos, organizações e os grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação, é reconhecer que a cooperação, solidariedade, transparência [...] entre os sujeitos [...] precisam ser resgatadas. Promover saúde é uma imposição das circunstâncias atuais que apontam para a necessidade [...] de novos caminhos éticos para a sociedade [...].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrasco. Pró-GT de Promoção da Saúde e Dis. *Delineando um marco conceitual para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Fórum Social Mundial, Porto Alegre, 23 de janeiro de 2003. Documento não publicado.
- Akerman, Mendes & Bogus. É possível avaliar um princípio ético? *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), pp. 605-15, 2004.
- Andrade, L. O. M. & I. C. H. C. Barreto. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: M. C. S. Minayo & A. C. Miranda. *Saúde e Ambiente sustentáveis: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Abrasco-Fiocruz, pp. 148-205, 2001.
- Ashton, J. (ed). *Ciudades sanas*. Barcelona: Masson, 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México*, Brasília, 2001.
- Buss, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: D. Czeresnia & C. M. F. Freitas (org.). *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 176 pp., 2003.
- Castells, M. Fluxos, redes e identidades: uma teoria crítica da sociedade informacional. In: M. Castells et al. (org.). *Novas perspectivas críticas em educação*. Trad. Juan Acuña. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- Cerqueira, M. T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: H. V. Arroyo & M. T. Cerqueira. *La promoción de salud y la educación para la salud en América Latina*. Porto Rico: Universidad de Puerto Rico, 1997.
- Czeresnia, D. O conceito de Saúde e a diferenças entre Prevenção e Promoção. In: D. Czeresnia & C. M. F. Freitas (org.). *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 176 pp.
- Dhul, L. The Healthy City: Its Function and its Future. *Health Promotion*, 1, pp. 55-60, 1986.
- Green, L. W & C. L. Anderson. *Community Health*. 5.^a ed. St. Louis, Missouri, EUA: Mosby College Publishing, 1986.
- Freitas, C. M. A vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: D. Czeresnia & C. M. F. Freitas (org.). *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 176 pp.

- Hancock, T. From "Public Health in the 1980's to Healthy Toronto 2000". The evolution of Healthy Public Policy in Toronto. In: A. Evers; W. L'arrant & A. Trojan (ed.). *Healthy Public Policy at the Local Level*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 1990.
- Junqueira, L. A. P. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista da Administração Pública*, 32(2), pp. 11-22, 1998
- Kickbush, I. Twenty-first Century Health Promotion: the Public Health Revolution Meets the Wellness Revolution 2003? *Health Promotion International*, 18(4), pp. 275-8, 2003.
- *The End of Public Health as We Know It: Constructing Global Health in the 21st Century*. Lecture dedicated to Joshua Cohen in the International Congress on Public Health, 19 abril 2004. Inédito.
- Leavell, H. & E. G. Clark. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. Nova York: MacGraw Hill, 1965.
- Mendes, E. V. *A evolução histórica da prática médica*. Belo Horizonte: Fumarc, 1985.
- *Promoção da saúde no limiar do século XXI*. *Sanare*, 3(1), pp. 83-87, 2002.
- Naido, J. & J. Wills. *Health Promotion Foundations for Practice*. Londres: Baillière Tindall, 1994.
- Organización Panamericana de Salud. *Promoción de salud: una antología*. Washington: OPS, Publicación científica n.º 557, 1996, 404 pp.
- Paim, J. S. Saúde e estrutura social: introdução ao estudo dos determinantes sociais de saúde. In: Lígia Maria Viera da Silva (org.). *Saúde coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e Didático, 1994.
- Pilon, A. F. Qualidade de vida e formas de relacionamento homem-mundo. *Revista Brasileira de Saúde Escolar*, 2(3/4), pp. 117-25, 1992.
- Raphael, D. (ed.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspective*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 2004.
- Restrepo, H. E. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. In: H. E. Restrepo & H. Malaga (org.). *Promoción de la salud: como construir vida saludable*. Bogotá: Médica Internacional, 2001, 298 pp.
- *La promoción de la salud hoy: propuestas para su avance futuro*. *Promotion & Education*, 12(1), pp. 43-7, 2005.
- Rootman, I. Introduction to the Book. In: I. Rootman (ed.). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, n.º 92, 2001.
- Russel, A. J. What is Health? People Talking. *The Journal* (34), pp. 43-7, 1995.

- Santos, J. L. F. & M. F. Westphal. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, 13(35), pp. 71-88, 1999.
- Santos, B. S. S. *Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 3.ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- Seedhouse, D. *Health Promotion: Philosophy, Prejudice and Practice*. Nova York: Wiley, 1997.
- Sicoli, J. L. & P. R. Nascimento. Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface — Comunic., Saúde, Educ.*, 7 (12), pp. 101-22, fev. 2003.
- Stachtchenko, S. & M. Jenicek. Conceptual Differences between Prevention and Health Promotion: Research Implications for Community Health Programs. *Canadian Journal of Public Health*, 81, pp. 53-5, 1990.
- Westphal, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 5(1), pp. 39-52, 2000.
- Westphal, M. F. & E. Ziglio. Políticas públicas e investimentos: a inter-setorialidade. In: S. G. Seixas (coord). Fundação Faria Lima. Cepam (org.). *O município século XXI: cenários e perspectivas*. São Paulo: Hamburg Gráfica Ed., 1999, pp. 111-21.
- Whitehead, M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Document EUR/ICP/RPD 414. Copenhagen: WHO Office for Europe, 1990.

BIBLIOGRAFIAS RECOMENDADAS

- Czeresnia, D. & C. M. F. Freitas (org.). *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 176 pp.
- A coletânea organizada por Dina Czeresnia constitui-se de artigos de vários autores, sobre Promoção da Saúde, é a primeira publicada no Brasil. Tem artigos que recuperam o histórico da Promoção da Saúde no País escrito por um dos profissionais de saúde que também foi um dos responsáveis pela introdução da temática no Brasil — Paulo Buss. O livro todo transita por assuntos que estão na pauta da saúde coletiva hoje. Os autores discutem Promoção x Prevenção e transitam por práticas inovadoras como a Vigilância à Saúde, sempre com abordagem crítica.*
- Sicoli, J. L. & P. R. Nascimento. Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface — Comunic., Saúde, Educ.*, 7 (12), pp. 101-22, fev. 2003.
- Vale a pena ler este artigo, muito esclarecedor. Os autores tratam da*

Promoção da Saúde seus conceitos e princípios, mas estudam casos de administrações municipais que fizeram uso de práticas de produção social da saúde, que concretizam bastante as questões teóricas existentes neste capítulo.

Kickbush, I. Twenty-first Century Health Promotion: the Public Health Revolution Meets the Wellness Revolution 2003? *Health Promotion International*, 18(4), pp. 275-8, 2003.

A autora deste artigo é uma pessoa muito competente e interessante. Está sempre atualizada, observando e criticando tudo o que está acontecendo. Para quem lê bem inglês, este pequeno artigo, lido na íntegra, ajudará na análise crítica da realidade do mundo globalizado. Permitirá ao leitor perceber o quanto está sendo alienado pelos meios de comunicação e reforçado em seus valores consumistas em nome da Promoção da Saúde.

Akerman, Mendes & Bogus. É possível avaliar um princípio ético? *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), pp. 605-15, 2004.

Uma última indicação. Outro artigo que chama atenção para a Promoção da Saúde como um instrumento crítico capaz de colaborar na construção de uma nova ética que retome os valores da modernidade.

CO-CONSTRUÇÃO DE AUTONOMIA: O SUJEITO EM QUESTÃO

Rosana T. Onocko Campos
Gastão Wagner de Sousa Campos

AUTONOMIA E GESTÃO

HÁ ALGUNS ANOS (Campos, 1994, 2000) incluímos a autonomia como um dos objetivos ou uma das finalidades centrais da política, da gestão e do trabalho em saúde (clínica e saúde coletiva). Além de produzir saúde também caberia ao sistema de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas.

Considerar a co-construção de autonomia como uma das finalidades do trabalho em saúde tem importantes implicações políticas, epistemológicas e organizacionais. A adoção dessa diretriz exige uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos quanto do sistema de conceitos teóricos que orientam o trabalho em saúde. A principal dessas mudanças refere-se à redefinição do "objeto" do trabalho em saúde: a pensar esse "objeto" como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos. Esta valorização do "sujeito" e de sua singularidade altera radicalmente o campo de conhecimento e de práticas da saúde coletiva e da clínica.

Para ser coerente com esta diretriz, a de buscar a co-construção de autonomia tanto para usuários quanto para os profissionais, há que se preceder a uma ampla reorganização da clínica e da saúde coletiva; e, em decorrência, também dos modelos de gestão e de atenção.

Os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam, portanto, a própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários.

Tomamos o conceito de autonomia e de saúde não como valores absolutos. Não como estados estáticos, mas como processos dinâmi-

cos em que saúde e autonomia implicam perdas ou aquisições sempre gradativas. Saúde e autonomia em graus variáveis, quase como se fossem coeficientes relativos a um padrão do próprio sujeito ou a padrões sociais e históricos estabelecidos.

Nesse sentido o conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), logo após a Segunda Guerra Mundial (saúde não é somente a ausência de doenças, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social), tem tido um efeito paradoxal no campo da saúde. Por um lado, contribuiu para ampliar o escopo de políticas e de programas ao reconhecer saúde não somente como ausência de enfermidades, conforme tendência do paradigma médico tradicional, mas como um estado atrelado a uma triplíce dimensão: física, mental e social. Por outro difundiu a perspectiva estática de tomar a saúde como um estado absoluto de bem-estar, uma condição inatingível e, portanto, com pequena contribuição para orientar a gestão do trabalho.

Para a concepção aqui defendida a saúde deve ser avaliada de forma relativa, ou seja, a pergunta "como se produz saúde ou o que é produzir saúde" deverá ser respondida sempre em relação, em comparação, a alguma posição anterior do sujeito sob análise, seja ele um indivíduo ou uma coletividade. Nesse sentido, um projeto terapêutico de cuidados paliativos para um paciente sem alternativa de tratamento curativo, se aplicado em co-gestão com o usuário, estará produzindo saúde para este indivíduo. O mesmo se poderá afirmar de um programa de saúde pública que consiga reduzir padrões de mortalidade em um território dado sem, contudo, igualar-se ao que seria considerado adequado em função de metas nacionais ou internacionais.

A mesma perspectiva temos utilizado para definir autonomia. Não tomamos autonomia como o contrário de dependência, ou como liberdade absoluta. Ao contrário, entendemos autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências.

Autonomia poderia ser traduzida, segundo essa concepção, em um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos.

A co-constituição de autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por esse motivo nos referimos sempre a co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades ou co-produção do processo de saúde/doença. O sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. No entanto, a

co-construção de autonomia: o sujeito em questão 671

autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias. Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura em que está imerso.

A co-produção de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos a informação, e mais do que isso depende de sua capacidade de utilizar esse conhecimento em exercício crítico de interpretação. O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Mas a autonomia depende também da capacidade do sujeito de agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências. Sujeito da reflexão e da ação. Nesse ponto entra o tema do poder, a capacidade do sujeito de lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contexto mais democráticos.

POR QUE FALAMOS EM "CO-CONSTRUÇÃO" DE AUTONOMIA?

Sobre duas dimensões da autonomia: política e psicanalítica. Toda autonomia é construída na história (seja pessoal ou social) e é fruto de um processo.

O ser humano nasce frágil, fraco. Comparado com qualquer mamífero ele demorará muito tempo para conseguir existir separado da mãe ou substituto. Nos primórdios da vida a dependência é quase absoluta: ser alimentado, carregado, limpo e aquecido são necessidades básicas do recém-nascido. Como espécie, desenvolvemos o maior cérebro (proporcional ao corpo) do planeta, mas nosso pescoço demora meses para segurá-lo sem ajuda. Um filhote de girafa faz isso meia-hora após nascer. O potrinho recém-nascido ficará em seguida de pé. Como vemos nada mais alheio à noção tradicional de autonomia do que um bebê humano.

Alguns psicanalistas chamaram a atenção para esse fato, e Winnicott (1999) disse, provocador: "Não existe essa coisa chamada bebê", ele queria mostrar a importância da relação mãe-bebê, nossa primeira dependência. Um bebê humano sozinho não sobreviverá.

Se já nascemos dependentes biologicamente, logo nos tornamos dependentes psicologicamente. Pensem, se alguém consegue trocar parte de nossa dor e de nossa fome por alívio e prazer é, então, compreensível que rapidamente sejamos tomados de amor por essa pessoa. O

amor — ô, amor! — torna-nos ainda mais dependentes. Desde o começo do século XX sabemos que o bebê humano pode morrer de "hospitalismo", isto é, apesar de todas as suas necessidades vitais serem atendidas (comida, aquecimento, trocas, etc.), a falta de um investimento afetivo poderá jogar alguns bebês numa depressão mortal.

Vejamos bem, há interdependência entre o biológico e o subjetivo, ou seja, um tipo de necessidade (biológica) rapidamente se articula a um padrão de comportamento e de demandas (psicológicas e subjetivas).

Assim, onde estaria a autonomia dos humanos? Mas como somos seres inteligentes, rapidamente também inventamos um jeito de lidar com nossas demandas e aprendemos a pedir: choramos, esperneamos, sorrimos. ... Tudo para agradar a mamãe! E aí começa nossa construção de autonomia, sempre construída nessa dialética entre o nós e os outros, entretecida de maneira única e especial na medida em que elaboramos modos de lidar com a relação interpessoal: primeiro com a mãe (ou quem exercer esse papel) depois com o restante da família, e assim vamos incorporando outros à relação de convivência. Pouco a pouco vamos criando um padrão, uma maneira somente nossa, um estilo, uma personalidade: viramos um eu, um nós mesmos. Assim, para alguns autores, passaríamos da dependência absoluta para um estado de dependência relativa e logo a uma independência relativa. Nesse percurso, se tudo der mais ou menos certo, teremos adquirido a sensação de continuidade de ser (nosso eu, um "nós mesmos") Mas, nem isso fazemos a sós, somente poderemos ser um "eu" se já fomos algum dia um nós numa relação.

Por isso Freud (1931) sustentava que toda psicologia é desde sempre social. Para esse autor clássico, a própria fragilidade dos seres humanos estaria por trás da necessidade de socialização do homem. "Epos e ἀνάγκη (amor e necessidade) seriam os pais da civilização humana.

Nas diversas sociedades, em distintos momentos históricos foram sendo criadas também condições diversas para o exercício da autonomia: as leis (jurídicas, religiosas ou simbólicas) enquadram a autonomia de cada um. Os diversos grupos sociais não gozam da mesma autonomia: aos escravos só cabia obedecer, os médicos decidem sobre o processo de trabalho de alguns outros profissionais de saúde, nas sociedades patriarcais os homens decidem sobre as mulheres, etc. Como podemos ver, na ordem social, a questão da autonomia aparece como questão política (dos humanos na πόλις), e é uma resultante das conformações sócio-históricas que se materializam em relações de poder.

MAS, AFINAL: A QUÊ CHAMAMOS DE AUTONOMIA?

Definição, coeficientes, gradação. Capacidade de lidar com a heteronomia. Múltiplos fatores externos nem sempre plásticos ou ao gosto do sujeito.

Para o dicionário autonomia é: 1) faculdade de se governar por si mesmo, 2) direito ou faculdade de se reger (uma nação) por leis próprias, 3) liberdade ou independência moral ou intelectual, 4) condição pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta (Ferreira, 1997).

Na definição de autonomia acima podemos ver como ela é elaborada em relação com a de heteronomia. Autonomia seria os humanos darem-se suas próprias leis; em oposição a recebê-las de outros — heteronomia. Porém, como já vimos em relação à vida de cada um, a autonomia nunca é absoluta, ocorre sempre em coeficientes, sempre em alguma gradação.

A civilização e a cultura não são maleáveis. Para alguns autores, as sociedades modernas foram calcadas na polaridade racionalidade/control e autonomia/democracia participativa (Castoriadis, 2002).

A principal característica da sociedade democrática seria, segundo Castoriadis (ibidem), poder colocar em questão a heteronomia das leis. Ou seja, para esse autor, em toda sociedade (e no nosso próprio desenvolvimento pessoal, no nosso devir humano) as leis se nos apresentam como "dadas". Foi nas modernas sociedades, onde se conseguiu uma organização democrática e de respeito a direitos de cidadania, que se fez possível, ainda que com "raridade", questionar as leis. Foi possível assumi-las como invenções dos humanos (e não como verdade dos deuses, por exemplo). "[...] Consideramos a coisa mais natural viver numa sociedade onde tudo pode ser questionado, quando, na verdade, isto é o que existe de menos natural no mundo" (ibidem, p. 124).

Mas então, qual seria o paradigma teórico necessário para a construção de graus maiores de autonomia, numa sociedade de homens livres? Em nossa opinião, desde os tempos de Péricles, continua a ser o exercício da ação e da palavra, "interesse" é essencial à política (Kristeva, 2002). Coisa dos homens na πόλις.

Amiúde, hoje, temos uma idéia de política assentada principalmente em sistemas de representação, partidos políticos e políticos (seus agentes), os quais, vira e mexe, nos decepcionam. Mas essa é a cara do nosso atual sistema político, a política não deveria ser reduzida a isso.

A política deveria ser (e é, ainda que às vezes não consigamos apreciar este fato) ponto de criação e de regulação da autonomia. Examinemos a questão: na medida em que as pessoas se constituem como cidadãos responsáveis numa sociedade democrática, elas podem — e devem — agir em prol de formas de organização que propiciem a libertação (isto é, a possibilidade de exercício de graus maiores de autonomia) por parte de cada vez maior número de pessoas. Isso como um caminho para facilitar a condenação de práticas deploráveis e corruptas, etc. Esse seria o exercício da política incidindo na produção de autonomia, como uma finalidade, como uma diretriz essencial. Mas, por sua vez, precisamos da política como resistência, isto é, como ferramenta para impedir o exercício desenfreado e arbitrário do poder. A obscenidade da autonomia do que acumula poder esmagando a grande maioria que cada vez parece poder menos (graus menores de autonomia).

Portanto, a definição de autonomia que propomos a torna sempre uma forma relativa, em gradientes, passíveis de terem seus limites sempre tencionados, mudados. O seu exercício, assim, se aproxima de uma ética, pois deverá sempre se colocar em situação e envolverá algum juízo de valor. Não haveria uma autonomia pronta *a priori* para todos, nem para qualquer situação.

Tentamos mostrar que a autonomia plena não existe, nem seria bom que houvesse, pois seria um retorno à vida selvagem, em cima das árvores. Sendo assim estaríamos condenados a repetir os rituais já inventados pela civilização e pela cultura? Jamais teríamos autonomia suficiente para mudar no mundo as coisas com as quais discordamos (guerras, pobreza, desigualdade social)? Consideramos que esse seria o alvo da ação política.

O QUE É UM SUJEITO?

(*Algumas concepções: a dimensão inconsciente, a do cogito, a comunicativa, etc.*)

Se o ser humano nasce frágil e condenado a viver em sociedade, de qualquer modo, ele vive, cresce e se transforma em um sujeito. Assim como há um caminho pessoal a ser percorrido por cada ser humano na busca de sua autonomia, também houve um percurso na história da humanidade, para se chegar às atuais sociedades democráticas. Seria impossível resumir aqui séculos de história do pensamento humano sobre si próprio. Todavia, ainda que muito sucintamente, alguns

co-construção de autonomia: o sujeito em questão 675

marcos teóricos deveriam ser lembrados. Caberia destacar que o pensamento do homem sobre si mesmo mudou junto com seu pensamento sobre o mundo. Vejamos:

IDADE ANTIGA: muitas culturas diferentes podem ser mapeadas na Idade Antiga. Contudo, se ficarmos no berço da tradição ocidental, na Grécia Antiga nota-se que já existia uma concepção de autonomia vinculada ao cidadão e a organização democrática da Πόλις, a qual permitiria a existência do homem livre. Ação e palavra era a base da vida na Πόλις. O teatro era a arte política por excelência: ele combina ação e palavras, mostra os avatares das personagens ao desenrolar do enredo: os humanos serão punidos ou premiados pelos Deuses em razão de suas ações. Os heróis escolhem. E sempre têm na frente escolhas sofridas e difíceis (e qual não a é até hoje?). Eles têm, portanto, autonomia. Mas é uma autonomia relativa, uma autonomia com preço, autonomia com conseqüências. A concepção vigente entre os gregos era a de uma autonomia em que os atos "levavam" o sujeito a se responsabilizar por eles. Eles combinavam autonomia com responsabilidade. Não haveria ação sem responsabilização.

IDADE MÉDIA: o sujeito da Idade Média (em geral, muito dependente) é conformado pela religião e pela ausência de direitos. Confrarias, segredos, alquimistas: uma religiosidade controladora de homens, mulheres e valores. Nessa época a autonomia não é um valor. Louvável mesmo é ser temente a Deus. Quem ousar experimentar outras formas de pensar e sentir sofrerá o peso da lei encarnado às vezes até em fogueiras. Queima de bruxas! Literal. Esse universo taciturno e recolhido, feito de claro-escuro aparecerá assim retratado nas artes. Tetos ogivais, sombrios que buscam aproximar-se do céu, mas fogem da luz. Pinturas religiosas, com fundos escuros, feixes de luz: isso encantava o homem medieval. Para Castoriadis (op. cit.) toda sociedade religiosa é profundamente heteronômica, pois o pressuposto das regras religiosas é que elas não serão discutidas, são divinas, nos foram dadas e não criadas por nós. A elas estamos plenamente submetidos, e por elas e sua existência não somos responsáveis.

RENASCIMENTO: o Renascimento volta a concentrar atenção sobre o humano. As figuras religiosas ganham carne, coram, choram, estão "humanamente vivas". O homem é recolocado no centro das atenções, a natureza é novamente louvada. O que renasce? Uma visão sobre o humano influenciada por leituras sobre o mundo greco-romano clássico.

IDADE MODERNA: o homem moderno aposta na força do pensamento humano. Esclarecimento: não é em vão que a metáfora preferida

é visual: a razão jorra luz. O mundo será compreendido em seu funcionamento. O corpo entendido como uma máquina. O progresso e o desenvolvimento decorrerão dessa idéia. O auge do *cogito*: penso e logo existo. A razão madura, saindo de sua meninice, diria Kant, convida e promete tirar o homem da repetição, da fragilidade e da condição de indefeso.

Contudo, nos primórdios do século XX Freud dirá que o ser humano não age somente consciente, porém também movido pelo seu desejo e por motivações que permanecem inconscientes para ele. O ser humano objeto de suas próprias pulsões, já não mais senhor de si mesmo. Assim, desde o seu advento, a psicanálise convocará o homem a empreender um caminho que partindo da dependência e da alienação o leve à autonomia e à responsabilização. Essa associação entre autonomia e responsabilização é de fundamental importância para a psicanálise e deve ser destacada: só posso ser autônomo na medida em que me responsabilizo pelos rumos e pelos atos a que meu desejo tem-me levado. Pensamos que isso tem conseqüências políticas, não sendo — meramente — uma questão interna, intrapsíquica.

Numerosos filósofos e cientistas políticos enfatizaram a maneira como a ideologia, os valores e mesmo interesses particulares também influenciam na vida social e política das sociedades (Adorno, 1997; Castoriadis, 1987). A série de guerras e de genocídios, ocorridos ao longo do século XX, desmoralizou a idéia de que a cultura e a educação, por si sós, assegurariam o governo racional e justo dos povos. A construção de autonomia — capacidade de reflexão e de ação crítica — passou a ser considerada um ingrediente importante para pôr limites à utilização perversa e destrutiva do poder por classes e grupos dominantes.

IDADE CONTEMPORÂNEA. poderíamos nos interrogar sobre o nosso atual tempo, o contemporâneo (será que de fato há algo "pós-moderno nele?). Mais do que autonomia, fragmentação. Isolamento. Vertigem. Parece já não haver mais tempo para a reflexão e para escolhas: longe estamos do herói helênico! No tempo acelerado pós-moderno vivemos como se tudo já estivesse decidido (por quem haveria sido)? E brincamos de encenar uma história pela qual supostamente não pagaremos nenhuma conseqüência (pela qual, portanto, não nos responsabilizamos); carentes de heróis e de demiurgos fomos transformados em vulgares atores figurantes. Se tudo já foi escrito e inventado, só nos restaria repetir o modelo social dominante, nossas velhas práticas, até o fastio.

Se esse individualismo e essa fragmentação são a marca de nossa época parece-nos importante fazer uma ressalva em relação ao conceito

de autonomia. Se entendermos o homem autônomo, com Castoriadis (op. cit.), como o homem crítico, reflexivo, democrático, deveríamos, então, diferenciá-lo desse pseudo-individualismo. A condição da crítica e da reflexão democrática é a do reconhecimento de pertença a certa sociedade. É a ancoragem simbólica a um "nós" fortemente investido, no qual certo resgate de alguma tradição se faça possível. A sociedade poderia, assim, ser vista não somente como fonte de constrangimento (aquela na qual a lei aparece como dada e somos condenados a aceitá-la), nem somente como instrumento para a satisfação imediata (uma espécie de mãe monstruosa à qual se endereçam pedidos ininterruptos de assistência), mas como o lugar do reconhecimento de uma pertença ao social histórico. Reconhecer nossa mortalidade, mas fazendo emergir outra maneira de ver o mundo e nossas obrigações com as gerações futuras como uma contrapartida com nossa dívida com as gerações passadas, "visto que cada um de nós só é o que é em função desses milhares de anos de trabalho e esforço humanos" (Castoriadis, op. cit., p. 160).

Essa seria a emergência de condições para a realização do projeto da autonomia e da humanização. Um caminho de responsabilização.

A TRADIÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E DA MEDICINA

Objetivação de pacientes e comunidades. A incorporação da categoria sujeito acarreta conseqüências: valores, crenças, interesse, desejo, etc.

Nesse percurso todo, será importante refletir sobre como o conceito de sujeito tem permeado nossas práticas em saúde. Pensarmos o homem somente como portador do *cogito*, por ex., fará que todas as nossas práticas educativas, clínicas e preventivas se dirijam à razão e visem alcançar a racionalidade para modificar condutas, estilos de vida, etc.

Já quando entendermos o ser humano também como sujeito do inconsciente, ser com desejo, sujeito barrado já que fragmentado entre o desejo, o princípio de realidade e os valores introjetados, poderemos compreender melhor o processo saúde/doença/intervenção. Porque nem sempre fazemos escolhas racionais, nem nossos pacientes, nem nós mesmos. Por que alguém continua fumando? Ou bebendo? Ou sustentando qualquer prática não saudável apesar de "saber" (quer dizer, estar muitas vezes racionalmente informado) que isso lhe fará mal? Estas concepções sobre a co-constituição dos sujeitos e da própria vida social nos obriga a pensar um pouco sobre como temos organizado nossas práticas.

Seria importante refletir de maneira crítica sobre os eixos da autonomia abordados até agora (constituição do sujeito; constituição da política e do social) em relação a três tipos de práticas que muito nos interessam na saúde, a saber:

- ♦ A clínica,
- ♦ As práticas em saúde coletiva,
- ♦ A gestão.

A CLÍNICA

A tradição da medicina estrutura-se desde a Idade Moderna como herdeira do Iluminismo. Há uma busca intensa pela racionalidade e pela cientificidade das afirmações. A objetivação dos pacientes (transformados assim em objetos da intervenção), e a metáfora do corpo como máquina que poderia ser concertada (Luz, 1988). O paciente é assim *passivo*. É essa a clínica que, segundo Foucault, se estrutura como certo olhar, ancorada na anatomia patológica, e que teria tido origem no século XIX.

Mas, como lembramos, Freud, no início do século XX, propôs uma clínica baseada já não mais somente no olhar, porém na escuta. Ele propôs a criação de um outro *setting* que — não casualmente — coloca no centro da relação clínica a escuta e a fala do usuário e não a visão objetiva do profissional (Onocko Campos, 2001). Na maioria das práticas em saúde, lamentavelmente, continuamos a cindir essas duas dimensões e criamos até *settings* distintos para operar com elas: consultas médicas (puro olhar, pura externalidade) *vs.* consultas psicológicas (pura escuta). É evidente que isso não é sempre adequado para nossos pacientes.

A ampliação da clínica (Campos, 2003) depende de recolocarmos essas duas dimensões em contato. Com o intuito de ampliar a eficácia (potência de produzir saúde) do próprio sistema de saúde.

O sistema de saúde brasileiro ampliou nos últimos anos dramaticamente a cobertura, o acesso. Mas devemos interrogar-nos: o acesso a quê? A práticas do tipo queixa-conduta que pouco interferem no prognóstico de vida ou na qualidade de vida das pessoas? De que serve a qualquer ser humano saber que é hipertenso se não vai ter acesso a cuidados baseados no vínculo, na construção de um projeto terapêutico individual, para ele próprio co-participar da construção de novos estilos de vidas para si? O Ministério da Saúde, em anos recentes, difundiu a modalidade de campanhas de detecção de riscos ou de doenças, sem nenhum compromisso com a produção de saúde, estratégia que em

co-construção de autonomia: o sujeito em questão 679

outro trabalho denominamos de "marketing sanitário" (Onocko Campos, 2003b). Os problemas éticos decorrentes dessa postura são óbvios.

É preciso reconhecer que a clínica tradicional — tal como desenvolvida pela medicina a partir do século XIX — não tem contribuído na ampliação do grau de autonomia de pacientes e da população em geral. Amiúde, o paciente é concebido como alguém que não sabe e que deve obedecer às prescrições, as quais por sua vez não são negociadas com o sujeito em questão.

Contudo, sabemos que é necessário reconstruir uma clínica que, sem culpabilizar a vítima, não tire os sujeitos da trilha da responsabilização pelas conseqüências de suas próprias escolhas. Parece óbvio, mas devemos destacar, então, que isso pressupõe que os usuários "façam" escolhas. E os trabalhadores de saúde idem. Ao final caberia a pergunta: nos co-responsabilizamos em relação a o quê? Até onde levaremos nosso *furore curandis* ou nosso trabalhar desimplicado com os resultados?

A clínica, aquela prática mais próxima da arte que da técnica, poderia muito bem nos ajudar — a nós, pobres humanos — a lidar com as dimensões subjetivas e sociais, componentes inevitáveis de nossas vidas. Uma clínica que resgatasse a possibilidade de se pensar em cada caso (no caso-a-caso) sem descaso com o coletivo. Ou seja, uma clínica que trabalhasse o caso-a-caso juntando os casos. Dez diarreias em um refeitório escolar são dez casos, mas também é um caso para a saúde coletiva, para a vigilância sanitária, etc. A melhor vigilância, que atacasse as causas e evitasse a reiteração do surto diarreico, não seria efetiva se os dez casos morrerem. Precisamos de clínica e de vigilância. Prevenção e tratamento. As taxas de mortalidade por AVC são maiores no Brasil do que nos países desenvolvidos. Logo, é premente melhorar o tratamento desses casos na nossa rede pública. Evitar essas mortes, trabalhar por isso é fundamental para garantir o direito a uma atenção à saúde integral. Todo isso junto a uma assistência que melhore a qualidade da atenção a fatores de risco, como a hipertensão, para sermos também eficazes na prevenção.

AS PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

Sob o olhar da medicina preventiva as comunidades têm sido tratadas majoritariamente com uma abordagem restrita ao olhar: pouco muda o funcionamento, em muito assemelhado ao do paradigma positivista da medicina, altera-se simplesmente a escala. Criaram-se também *settings* para a escuta: conselhos, conferências, porém dissociados

da prática e das intervenções cotidianas. Sendo um pouco irônicos diríamos: escutam-se os cidadãos, porém não necessariamente os grupos de risco ou comunidades da área de abrangência. Em relação a esses vulneráveis, nós os sanitaristas supostamente saberíamos do que eles precisam e o que eles têm de fazer. Essa forma de operar constitui uma falsa polaridade entre individual e coletivo, e entre ações clínicas e preventivas. Polaridade na qual haveria um pólo clínico e individual ao qual corresponderia, em oposição, um pólo coletivo-preventivo. Essa dissociação despotencializa nossas práticas, tirando-lhes a eficácia.

A promoção à saúde tem receitado mudanças no "estilo de vida" e feito análises de risco com a mesma arrogância que antigamente a clínica se adjudicava para influenciar a vida dos pacientes. Realizam-se intervenções ditas "educativas", ou preventivas, ou até chamadas de promoção à saúde que operam como se houvesse somente saberes técnicos e objetivos em jogo, cujo sucesso dependesse de uma simples "aplicação". Temos visto intervenções ortopédicas em comunidades. Novos valores e estilos de vida são tratados, nesses casos, como algo a ser enxertado na população. Tanto a clínica quanto as ações de saúde coletiva predominantes são ainda restritas. Ou se mantêm arrogantes, fazendo prescrições não negociadas com os usuários e comunidades, ou ficaram delegadas em procedimentos queixa-conduta ou surto-intervenção.

Poucos agravos respondem a essa modalidade de abordagem. O quadro epidemiológico brasileiro mostra prevalência crescente de distúrbios crônicos, difíceis de enfrentar sem reconhecer a autonomia e sem visar a co-produção de autonomia de pacientes e comunidades. Como lidar com essas dimensões todas sem entender que há sempre um outro (sujeito, grupo, comunidade) aí e que a autonomia é ao mesmo tempo um *alvo almejado* e um *meio* para nossas intervenções?

Vivemos, no Brasil, numa sociedade muito desigual. Temos tido dificuldades em nos aproximar das estratégias de sobrevivência de algumas comunidades. O contexto das periferias das grandes cidades é marcado por violência, exclusão, pobreza. Cada vez custa-nos mais trabalhar para desenvolver uma sensação de pertença "social", um pacto sobre um conjunto de valores, um "nós" libidinal e fortemente investido, como aquele a que fazia referência Castoriadis, que nos permitisse sentir que somos parte da mesma sociedade e não de (ilusórias) tribos diferentes.

Castoriadis (1986) lembra-nos de que para isso acontecer deveríamos ser capazes de transformar nossas ações em práxis, objeto de elucidação.

co-construção de autonomia: o sujeito em questão 681

Chamamos de práxis este fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos [...] Existe na práxis um por fazer, mas esse por fazer é específico: é precisamente o desenvolvimento da autonomia [...] a práxis é por certo, uma atividade consciente, só podendo existir na lucidez; mas ela é diferente da aplicação de um saber preliminar (não podendo justificar-se pela invocação de um tal saber — o que não significa que ela não possa justificar-se) (Castoriadis, 1986, pp. 94-5)

O reconhecimento da categoria sujeito, a não-dissociação de ações coletivas e individuais, a compreensão de que nossas práticas não operam apenas na dimensão da técnica senão somente a partir dela, mas que precisam de outras variáveis para permitir tanto o reconhecimento quanto o desenvolvimento da autonomia, são fatores importantes para ganharmos em eficácia das nossas intervenções.

Todavia, faz-se necessário interrogarmo-nos sobre como, com quais dispositivos e arranjos organizacionais poderíamos explorar essa possibilidade de fazer práxis na própria prática. É isso nos leva à dimensão da gestão em saúde.

A GESTÃO

Do ponto de vista da conformação e regulamentação do SUS pouco se tem avançado em relação à discussão da eficácia das práticas assistenciais. Se tivéssemos processos de avaliação sistemáticos, estudos de custo-benefício, etc., poderíamos contar com espaços institucionais onde haveria reflexão crítica tanto sobre a clínica quanto sobre as práticas coletivas.

Nos mais de cinco mil municípios que há no País, apesar de termos certas regras gerais para regular o SUS, há uma autonomia quase absoluta para cada secretário municipal decidir em função de quais princípios ou lógica organizará o sistema local.

Essa autonomia é perversa e tem crescido ao amparo de certo discurso "SUSista" da descentralização (Campos, 2006). Não é assim na maioria dos sistemas de saúde do mundo. Nenhum sistema de saúde sério se "reforma" a cada quatro anos. Não há como sustentar um sistema de saúde que tenha legitimidade na população e eficácia em produção de saúde (evitar agravos, mortes, danos) se não houver uma séria tomada de decisão, uma consistente elaboração de um projeto, baseado em critérios técnicos e em amplo debate na sociedade, sobre o SUS que queremos. Estaríamos de fato construindo um "sistema" ba-

seado na Atenção Básica à Saúde como porta de entrada? Diretrizes como integralidade e hierarquização são para valer? Então não deveriam ser possível as jogadas de *marketing* político de alguns candidatos a prefeito que prometem pronto-atendimento para todos. ... Então um projeto consistente de regionalização precisaria ser rapidamente articulado.

A autonomia da gestão local não deveria pressupor o direito de cada nova gestão municipal mexer com a organização dos serviços de saúde por inteiro. Desejamos ressaltar que a questão da eficácia das práticas assistenciais não pode ser negligenciada, e que a duração e direção dos planos de saúde, por exemplo, não deveriam ser tão soltos e/ou abertos.

Outrossim, devemos ressaltar que as relações de gestão muitas vezes também escamoteiam a produção de autonomia e escondem certo autoritarismo heteronímico. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas, abaixadas, sobre equipes e gestores de serviço como se fossem regras divinas e não resoluções de certa administração. Os espaços para a tomada coletiva de decisões continuam a ser escassos e pouco investidos. Há pouca explicitação ou contratação sobre o que caberia decidir a cada nível hierárquico da administração, e isso gera não poucos atritos, equívocos e brigas.

Essas tendências dificultam a construção de autonomia dos agentes trabalhadores e usuários. Ainda existem, e têm grande capacidade de reprodução por facilitar a utilização partidária ou corporativa do sistema, modalidades de gestão com pouco controle social e qualificação técnica. Por que motivos essa modalidade de gestão se sustenta historicamente? Ganho secundário para os donos do poder? Quando as autoridades responsáveis pela gestão irão se deparar com a necessária responsabilização?

Esta debilidade do sistema de co-gestão e de avaliação da eficácia do sistema gera outro tipo de problema, ao centrar toda a "culpa" (responsabilidade pelo mau funcionamento) sobre a competência ou incompetência do novo administrador, há sempre certo "ganho" simbólico para os trabalhadores, os coordenadores de Unidades e até para os próprios usuários. Na concepção de "co-produção dos sujeitos e organizações" não seria legítimo sistematicamente poupar estes segmentos de análises de implicação (vale dizer de analisarem sua própria responsabilidade sobre a situação). Os trabalhadores e usuários sempre conservam algum poder de intervenção, ainda que estejam, em geral, condenados a "engolir" mudanças e diretrizes formuladas ao compasso da

co-construção de autonomia: o sujeito em questão 683

economia de recursos e impostos pela política econômica sem nenhum fundamento técnico.

Com isso, desejamos chamar atenção para o processo de substituição do debate técnico-teórico por uma briga de opiniões (em tese todas de igual valor) que se tem constituído em uma das grandes armadilhas em numerosos municípios brasileiros. Denunciamos esse movimento como um dos principais efeitos de captura, no contemporâneo, da fragmentação individualista a que nos referíamos no começo deste texto.

Muitas pessoas bem-intencionadas caem nessa armadilha, às vezes em nome da politicamente correta participação, debate, discussão. Entendemos que uma briga de "opinólogos" não caracteriza de maneira alguma o pólo da democracia — participação característica das sociedades autônomas a que se referia Castoriadis. Pelo contrário, poder discutir em prol da autonomia seria fazer práxis na própria prática, assim seria sempre necessário deliberar, elucidar quais estão sendo os efeitos de nossas práticas de saúde, quanto à produção de saúde (redução de mortes, de sofrimento, índices de cura, de complicações, etc.).

Vejamos...

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: SUJEITOS QUE TRABALHAM COM, PARA E SOBRE OUTROS SUJEITOS

Como lidar com isso nos serviços de saúde: co-gestão da clínica (paciente/profissional), da saúde coletiva (equipes/comunidades) e da própria organização do serviço (equipe/gerência).

Se há uma dimensão produtora de autonomia para a clínica, é aquela em que — por meio do vínculo — pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolocuem o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida. Como diria Canguilhem (1982), pelas suas maneiras de conduzir a vida, pelas suas formas de produzir novas normatividades (não normalidades). Evidentemente, tal clínica não se articula somente com base em conhecimentos técnicos biomédicos, porém assenta-se muito mais em aspectos relacionais da intervenção profissionais-trabalhadores/usuários. Aspectos esses que também pressupõem o domínio de certas técnicas, porém já não somente de ordem biomédica.

Essa nova clínica, estimuladora da autonomia, que Campos (2003) chamou de ampliada e sugeriu que fosse feita de maneira compartilha-

da, seria a que trabalhasse com avaliação de riscos em várias dimensões, uma clínica preocupada com a complexidade do caso-a-caso e a complexidade das intervenções nos coletivos contemporâneos.

Explicando: não mais nos serve pensar em fatores de risco isolados. É premente enfrentar as dimensões biológicas, sociais e subjetivas tanto nos casos individuais como nas intervenções nas comunidades. "Não existe essa coisa chamada fator de risco", poderíamos dizer parodiando Winnicott — psicanalista e pediatra; lembrando que ele fez essa provocação para mostrar a importância de se trabalhar sempre com a dupla mãe-bebê. Estamos tentando uma provocação análoga: não há fatores de risco perambulando por aí. Há pessoas, sujeitos concretos, organizados em comunidades mais ou menos articuladas do ponto de vista simbólico e material que podem ter escolhido estratégias de vida que os expõem a maiores ou menores riscos de uma ou outra enfermidade. Eles não podem virar nossos "objetos" sob pena de sermos, todos, objetos amanhã.

Talvez a categoria vulnerabilidade seja um pouco mais interessante para explorar essas questões da eficácia e da autonomia de nossas práticas (Ayres, 2003).

As práticas de saúde — clínicas, preventivas, de promoção — podem ser desenvolvidas *sobre* pessoas e comunidades ou *junto* a pessoas e comunidades (Campos, 2003). E aí nos interpela um imperativo ético. Aí somos obrigados a nos interrogar sobre os usos que fazemos até os dias de hoje de nosso poder de saber.

Trabalhar em prol da produção da saúde demanda-nos uma outra atitude como cidadãos, como professores, como membros de equipes de saúde. Nossa função é pôr-nos a serviço da defesa da vida, como agentes que se deixam tocar, sujeitos que também sofrem interferência da vida que pulsa. Colocar nossa dimensão técnica do trabalho a serviço das estratégias de vida dos próprios usuários, e ainda, importante, seria o resgate da dimensão da autonomia. Tanto do seu reconhecimento (ela existe, nem que seja em potencial, sempre há a possibilidade de autonomia em usuários, trabalhadores, comunidades), quanto de sua co-produção (nossas práticas estão aumentando o coeficiente de autonomia desses usuários e comunidades? Ou, pelo contrário, produzindo um exército de seres pedintes e tutelados que em nada se responsabilizam pela própria vida, nem pela produção de condições de vida mais saudáveis na sua própria comunidade?).

E às categorias dos processos de subjetivação, e da conformação de sujeitos, que desejamos voltar agora.

As formas como as pessoas se relacionam com outros e com o contexto, os valores nos quais acreditam, o que é aceito ou tolerado por um dado sujeito, em uma dada comunidade, são fundamentais para pensarmos esse nosso papel de agenciadores e de potencializadores de processos de mudança, de novas leituras sobre si mesmos e sobre o mundo nas comunidades.

Em inúmeros relatos de casos, temos tido a oportunidade de refletir sobre como certa fixação nos significantes "pobres", "coitados", "carentes" opera uma desvitalização das intervenções clínicas, da clínica ampliada, tal como viemos discutindo: é como se uma representação congelada a respeito de quem são esses outros aos quais assistimos não nos deixasse jamais ver a quantidade de força vital que portam e da qual sua própria sobrevivência em condições tão adversas é a prova mais cabal. Assim, quando enxergados e (não)-escutados apenas como pobres-carentes-que-nada-possuem, transformam-se, por obra e graça de nossas percepções cristalizadas, em objetos de intervenção. Ou serão até chamados de sujeitos, porém serão sujeitos passivos que devem mudar em função de parâmetros estranhos, que têm de incorporar novos estilos de vida, mais civilizados e mais de acordo com o cientificamente correto. Mas quais estilos de vida? Os nossos? Se tivessem feito isso, já teriam sido exterminados.

A saúde coletiva não pode procurar sua potência longe da clínica, ou em estratégias neocolonizadoras. Cremos que também não a achará se desistir de produzir mudanças. O que tentamos problematizar é uma compreensão da produção de saúde que, comprometida com a defesa da vida, se disponha a interferir e ser — por sua vez — interferida. Pensando assim, talvez possamos escapar das receitas prontas, possamos interromper essa visão estereotipada de nós e dos outros (os pobres, os coitados, os que não sabem), na qual sempre são outros os que TÊM DE mudar, apreender, incorporar; e possamos, enfim, continuar a ser agentes de saúde funcionando como "mudancólogos" mutantes, estimulando o exercício de graus maiores de autonomia (em nós e nos outros).

Isso nunca acontecerá se ficarmos fechados em nossos próprios valores, em postura defensiva, e com *modus operandi* já estabelecido. Isso nos coloca no trilho de nossa própria mudança como sanitaristas e trabalhadores da saúde.

Não vamos abordar isso agora, mas há também farta literatura sobre como os processos de mudança são capturados por aquilo que já está instituído e é hegemônico (Lourau, 1995; Kaës, 1991). Para nos

sustentarmos nessa atitude de verdadeiros agenciadores, de co-produtores de saúde dos sujeitos e das comunidades, deveríamos construir espaços nos quais problematizar nossa própria vida como trabalhadores. Por isso, viemos trabalhando nos últimos anos numa linha que chamamos de gestão-subjetividade.

Entendendo a gestão como um modo de operar no cotidiano para gerar mudanças nos processos de subjetivação (Onocko Campos, 2003c). Segundo nossa visão, a instituição de espaços para análise e reflexão sobre o cotidiano, nos quais as equipes possam processar demandas e discutir as ofertas que farão à comunidade, é de vital importância (Campos, 2000; Onocko Campos, 2003c). Pois o trabalho de defender a vida em algumas regiões é duro, doído, sofrido. O desgaste do trabalhador de saúde é grande, ainda que seja diferente do desgaste de outras profissões. O contato permanente com a dor, o risco e o sofrimento ativam nossas próprias pulsões vitais. Como descobriu Freud, pulsão de vida e pulsão de morte, entendendo a pulsão de morte como a tendência ao inerte, e não como uma vontade ativa de morrer (Dolto, 2001). Essa tendência ao inerte é o que desvitaliza nossas instituições e serviços, o que cristaliza nossos saberes: a quietude dos cemitérios.

Um dos recalques preferidos dos seres humanos é o da morte. Gostamos de viver o tempo todo a ignorá-la. Passamos a vida a fazer de conta que ela não existe, nem nos pegará um dia. Para afugentá-la escrevemos artigos, temos alunos, criamos filhos. Isso é humano, profundamente humano. Os trabalhadores da saúde não têm essa *chance*. Vendem um pedaço de suas vidas todo dia em troca de salário, para travar batalhas contra a parca, portanto, têm menores possibilidades para esquecê-la. Geralmente, as defesas que aí se organizam tomam a forma da alienação ao trabalho. Os trabalhadores de saúde não conseguem mais perceber que gastam a vida na defesa da vida dos outros. Eles não se perguntam mais para quê trabalham. Por lidar com isso, defendemos a criação de espaços onde essas questões permaneçam vivas, podendo ser analisadas, e não recalçadas e não se transformem em atuações perversas ou burocráticas quando da relação entre profissionais, usuários e comunidades.

Há de se estar muito vivo e em contato com aquilo que — no outro — nos desestabiliza e interroga. Há de se manter aberto a todas as perguntas. Há de se interrogar a clínica e a saúde coletiva em geral e a que fazemos; há de se poder sonhar amanhã, às oito horas da manhã, que faremos diferente, uma possibilidade, uma aposta em aberto.

co-construção de autonomia: o sujeito em questão 687

Temos de religar a saúde coletiva e a clínica, temos de interrogar os graus de produção de saúde e de autonomia que são efetivamente impulsionados pelas nossas práticas. Temos de sair da dicotomia clínica-saúde coletiva, e colocar-nos no intermediário, no entre, que é a posição que nos estimula a estar em contato. Temos de adentrar na lógica do paradoxo. Se o dilema pede-nos uma afirmação (pela escolha "to be or not to be"), o paradoxo convoca-nos a uma junção ("to be and not to be") e a uma interrogação sobre os modos de funcionamento nessa junção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorno, Theodor W. & Max Horkheimer, 1997. *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Trad. Guido Antonio de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1997, 254 pp.
- Ayres, R. Epidemiologia, promoção à saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), pp. 28-42, 2003.
- Balint, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Trad. Roberto Musachio. Rio de Janeiro-São Paulo: Atheneu, 1984, 231 pp.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: L. C. O. Cecílio (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, pp. 29-88.
- , *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000, 236 pp.
- , Por uma clínica do Sujeito. In: *Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 2003, pp. 51-82.
- , Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Sônia Fleury (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006, pp. 417-42.
- Ganguilhem, C. *O normal e o patológico*. 2.ª ed. Trad. M.ª Thereza Reidig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982, 270 pp.
- Castoriadis, Cornelius. *A instituição imaginária da sociedade*. Trad. Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, 418 pp.
- , *As encruzilhadas do labirinto/1*. Trad. Carmen Guedes & Rosa Boaventura. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, 335 pp.
- , *As encruzilhadas do labirinto/4*. Trad. Regina Vasconcelos. São Paulo: Paz e Terra, 2002, 279 pp.

- Dolto, F. *A imagem inconsciente do corpo*. Trad. Noemi M. Kon & Marise Levy. São Paulo: Perspectiva, 2001, 316 pp.
- Ferreira, A. B. H. *Dicionário aurélio da língua portuguesa*. CD-ROM. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.
- Freud, Sigmund. O mal-estar na civilização — 1931. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- Novas conferências introdutórias sobre psicanálise — 1933. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- Kaes, René. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: R. Kaës; J. Bleger; E. Enriquez; F. Fornari; P. Fustier; R. Roussillon & J. P. Vidal (org.). *A instituição e as instituições*. Trad. Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, pp. 1-39.
- Kristeva, J. *O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras*. Hanna Arendt, tomo I. Trad. Eduardo Francisco Alves. Rio de Janeiro: Rocco Editora, 2002.
- Loureau, René. *A análise institucional*. Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1995, 294 pp.
- Luz, Madel T. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- Onocko Campos, R. Clínica: a palavra negada, sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, 25(58), pp. 98-111, mai.-ago., 2001.
- *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003a, 166 pp.
- Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. *RAP — Revista de Administração Pública*, São Paulo, 37(2), pp. 189-200, mar.-abr., 2003b.
- A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: G. W. S. Campos. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003c, pp. 122-49.
- Winnicott, D. W. *Realidad y juego*. Trad. Floreal Maziá. Barcelona: Gedisa, 1999, 199 pp.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

Gonzalo Vecina Neto
Maria Cristina da Costa Marques
Ana Maria Figueiredo

A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: DO CONCEITO, DA ABRANGÊNCIA E DO CAMPO DE ATUAÇÃO

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA praticamente envolve-se com todos os setores da atividade humana e seu campo de atuação busca identificar o risco sanitário para ao evitá-lo proteger a saúde da população. Quase todas as cadeias produtivas têm interferência direta da vigilância sanitária, e essa interferência se faz sentir com as ações que este campo de práticas desencadeia para a proteção da saúde coletiva.

Um longo percurso foi necessário à sociedade brasileira para que a vigilância sanitária ocupasse, ao lado de outros campos da saúde coletiva, um espaço importante na garantia do direito à saúde e de cidadania. Na Constituição de 1988, com a inserção da saúde como um **direito e responsabilidade** do Estado, este campo foi reconhecido como competência legal do Sistema Único de Saúde e de extrema importância para o alcance da ampliação do direito social da saúde. Seu espectro de abrangência está expresso na Lei 8.080, de 1990, que regulamentou a Constituição, e inclui quatro áreas de ação: produtos, serviços de saúde, saúde do trabalhador e meio ambiente.

Com a redemocratização brasileira nos anos 1980, a aprovação da Constituição de 1988 e implementação do Sistema Único de Saúde se definiu e consolidou o conceito de vigilância sanitária que atualmente se conhece no Brasil.

Este conceito, com a característica de "conceito normativo" do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, define a Vigilância Sanitária como "um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir ris-

cos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde, abrangendo: I — o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II — o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde" (art. 6.º, parágrafo 1.º).

É neste "conjunto de ações" que está inscrita a prática da vigilância sanitária. Essas ações são circunscritas em políticas, normas, técnicas, legislações, fiscalizações, planejamento, avaliação, monitoramento, entre outras naturezas de ações do campo. A utilização desse conjunto instrumental pressupõe um valor maior, o de reconhecê-lo como meio de alcançar e de garantir os princípios e diretrizes do SUS incluindo a proteção da população aos riscos sanitários.

Nessa direção, a vigilância sanitária exerce papel fundamental, junto a outras políticas e na interface com estas para a proteção, promoção e recuperação da saúde. É este sentido que deve ser norteador da prática em saúde e da vigilância sanitária.

FUNÇÃO E ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

Função: "um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde; abrangendo: I — o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II — o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde" (Lei 8.080, art. 6.º, parágrafo 1.º).

Risco sanitário: norteador das ações de vigilância sanitária, de definição complexa abrangendo conceitos de várias áreas de conhecimento. Relativo à probabilidade de ocorrência de eventos adversos na saúde da população, relacionados aos objetos que compõem o espectro de abrangência da ação de vigilância sanitária.

Área de abrangência: As ações de vigilância sanitária estão direcionadas à atuação visando a eliminação, prevenção e diminuição de riscos sanitários relacionados ao meio ambiente, produtos, saúde do trabalhador, serviços de saúde e portos, aeroportos e fronteiras.

Nas áreas de atuação da vigilância sanitária estão inseridas ações relacionadas ao controle de riscos sanitários em:

Produtos: Alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes, sangue e derivados, equipamentos para a saúde.

Serviços de saúde: unidades de assistência ambulatorial, clínicas, hospitais, ações de assistência domiciliar, práticas de interesse à saúde, serviços de diagnóstico e terapia em particular os de radiações ionizantes, hemoterapia e terapia renal substitutiva, odontologia e prótese.

Meio ambiente: água, resíduos sólidos, edificações, ambiente do trabalho, etc.

Saúde do trabalhador: ambiente de trabalhador e a saúde do trabalhador, conforme o preconizado na Lei 8080, no art. 6º, inciso 3º:

"Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho".

Portos Aeroportos e Fronteiras: controle específico de portos, aeroportos e fronteiras, de veículos, cargas e pessoas.

A historicidade da construção do campo de atuação

Hochman (1998) argumenta em seu trabalho sobre a coletivização da saúde no Brasil, que historicamente as bases dos cuidados que tornam pública a saúde foram objeto de negociação que viabilizou o encontro entre idéias, consciência e interesses. O autor especifica, como temática desse encontro, o conhecimento sobre saúde no início do século XX, a construção da consciência pública da interdependência dos problemas sanitários entre as camadas sociais da população e as negociações entre as esferas de governo. As conseqüências dos problemas

sociais brasileiros, entre eles o alarmante quadro sanitário, seriam então administradas segundo a conjunção dos fatores acima mencionados e o interesse econômico e político de inserção do País no mercado internacional.

É neste contexto que as ações que mais adiante se denominariam de vigilância sanitária se conformam, portanto é neste quadro de análise que pensamos que a política de proteção ao risco sanitário deve ser interpretada.

Ao longo do século XX a vigilância sanitária no Brasil foi um espaço de relação entre os campos político, econômico e de saúde na negociação de ações de controle de risco sanitário. O desafio sempre presente na construção de uma política de vigilância sanitária se dá na busca de uma negociação que não raro se desequilibra dependendo dos fatores envolvidos, ou seja, a interdependência dos riscos sanitários, os interesses econômicos e a força política de setores produtivos

Assim, as funções de controle sanitário, para serem desenvolvidas, necessitam de suporte técnico e científico com formatos de matérias legais, legislações organizadas nos códigos sanitários.

As condições políticas do começo do século XX são apontadas, pelos historiadores da saúde pública, como as que deram legitimidade ao modelo sanitário adotado, dando legalidade jurídica a todas as medidas de controle e aos profissionais responsáveis por sua implantação. O poder de polícia instituía-se dessa forma na saúde pública com a denominação de polícia médica. Os historiadores consideram esse período como uma época de apogeu político da saúde pública, que com o poder delegado pelo Estado passou a ter direito de traçar metas, prioridades e ações que pudessem solucionar a questão sanitária, limpando o caminho para a economia expandir-se.

A vigilância sanitária, situa-se na *tensão* entre interesses distintos: do setor produtivo; do setor saúde ao desenvolver ações coletivas de proteção sanitária; do projeto político do governo; e das forças sociais capazes de reconhecer e influenciar as normatizações, por meio das políticas de Estado destinadas à proteção (Costa, 1999; Lucchese, 2001; Souto, 2004).

As ações que hoje conformam o campo de atuação da vigilância sanitária podem ser reconhecidas na história da saúde pública no Brasil. O controle sanitário referente a alimentos, medicamentos, estabelecimentos de saúde, entre outros, que ainda hoje fazem parte do escopo de responsabilidade deste campo da saúde coletiva já estavam presentes na história da sociedade como uma atuação de intervenção do Es-

tado para a proteção coletiva da saúde. O que ocorre ao longo principalmente do século XX é a diversidade na forma de intervenção e atuação estatal ante a minimização, eliminação e prevenção do risco sanitário considerando as relações entre Estado, setor produtivo e sociedade.

Costa & Rosenfeld (2000) indicam que a expressão *vigilância sanitária* foi incorporada legalmente pela primeira vez no Regulamento Sanitário Federal de 1923, que estabeleceu as competências do Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920 no bojo da Reforma Carlos Chagas, e dos órgãos afins. Vigilância sanitária foi então empregada indistintamente para o controle sanitário das pessoas doentes, ou suspeitas de moléstias transmissíveis, e de estabelecimentos e locais, entre outras ações de controle e intervenção no corpo social e espaço urbano que se consolidava no Brasil. A vigilância sanitária de hoje, necessita encontrar nestas raízes possibilidades de singularizar seu nascimento dentro da saúde pública, e sua progressiva especificação para compreender os vínculos que se mantiveram e os que foram afastados nesse caminho, aparentemente inevitável, das fragmentações dos saberes e dos fazeres típicos da modernidade.

São expressivas as evidências que a saúde pública, no Brasil assim como na Europa, foi constituída em sintonia com a consolidação do Estado moderno. Em um cenário próprio de transformações político-sociais, a interdependência das iniciativas de controle sanitário favoreceu no Brasil a ampliação da autoridade federal e possibilitou a manutenção do pacto federativo muitas vezes ameaçado. As ações de controle do risco sanitário na origem da saúde pública brasileira estão indiferenciadas entre os objetos que décadas adiante separam as ações denominadas de vigilâncias, em sanitária e epidemiológica.

Novas ações, decretos, programas e reformas ampliaram o poder central do Estado Nacional na busca de uma intervenção sanitária, baseada na regulamentação e implementação de políticas gerais para coordenar, por exemplo, o controle sanitário sobre os vários portos do país e o fluxo de navios, passageiros e mercadorias.¹

¹ Alguns trabalhos já considerados clássicos da saúde pública no Brasil tratam desta relação e são referências importantes, entre outros, para o entendimento deste período: N. R. Costa. *Lutas urbanas e controle sanitário*. Petrópolis: Vozes, 1985; J. F. Costa. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983; G. Hochman. *A era do saneamento*. São Paulo: Ilucitec-Anpocs, 1998.

A conformação das iniciativas no aparato estatal da Proteção Sanitária

No Brasil colonial do século XVIII, a historiografia já identifica a presença de ações de natureza assemelhada às práticas de higiene pública européias, mas esparsas e rarefeitas no vasto território ainda sem a demarcação atual, como de resto parece valer para todas as manifestações da vida social em terras brasileiras no período. O Estado nacional ainda não se criara, o capitalismo ainda não se firmara como modo de produção, e nas ações governamentais já se evidenciava a mescla da tensão entre preocupações com a atividade econômica — geradora de riquezas e poder para Portugal —, e as relativas à proteção da saúde das pessoas.

No fim do século XIX e começo do século XX a realidade política e econômica no Brasil se caracterizou por alguns aspectos:

- Aumento da produção e comercialização do café com o fortalecimento de uma classe dominante (a oligarquia rural e o comércio);
- A recente substituição da mão-de-obra escrava pela do imigrante atraído para o Brasil por campanhas da produção do café e expulsão de seus países de origem pela miséria e reordenamento da produção européia pós-Primeira Guerra Mundial.
- Aumento da população urbana, principalmente por trabalhadores ligados à incipiente industrialização e ao comércio do café. Resaltamos que tais circunstâncias vão se constituir neste momento como espaços privilegiados da circulação da mercadoria e, portanto, de atenção maior por parte do poder centralizado.

Essas transformações econômicas e sociais, com a mentalidade republicana de progresso e busca pela modernidade, produziram políticas que além de favorecerem os setores proeminentes na economia nacional, afetaram diretamente a população que agora começa a migrar e ocupar num movimento incessante e crescente a cidade. Segundo Luz (1979), no início do século XX a República no nascimento foi palco de transformações político-sociais, ascensão das oligarquias agroexportadoras das unidades federadas ao poder central, uma emergente força urbana de trabalho que se seguem à mudança das relações sociais de produção do final do século XIX e início da organização de movimentos operários.

Os *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*,² na sua seção "Jurisprudên-

² *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*. Relatório de Serviços. 1939. Faculdade de Saúde Pública, USP.

cia, Doutrina e Legislação Sanitárias" publicou em número de 1939, entre outros assuntos relativos ao tema, algumas questões que caracterizam as ações relacionadas ao controle sanitário levado a cabo pelo Estado neste período e no anterior. Essas ações de intervenção, através de um aparato jurídico sanitário que conferia poder de polícia às autoridades sanitárias, tem sido referido como um dos responsáveis pelo imaginário coletivo de "autoritarismo e coerção" que por décadas a vigilância sanitária carregou.

Interessante notar que já nesta fase, final do século XIX e início do XX, alguns desafios ainda presentes na prática atual da vigilância sanitária já se avizinhavam, como a informação sobre riscos, a inserção de novos riscos sanitários decorrentes de diferentes realidades sociais, no caso a crescente urbanização, o direito individual e o direito coletivo, a implementação de novos setores produtivos, entre outras.

Em maio de 1886, um membro da Junta de Higiene enviou correspondência ao inspetor de Higiene, autoridade sanitária legal, alegando "A bem da hygiene pública acho que devo começar por fazer visitas, embora preliminares, às casas que contem generos de primeira necessidade, porquanto o consumo delles, avariados, podem trazer ao organismo gravissimos prejuizos, reservando-me por ter finda esta tarefa, inspeccionar os estabulos, cavallariças, cortiços, fabricas de aguas artificiais". O membro da Junta de Higiene então enunciava a necessidade de informação para auxiliar a sua função. "É de máxima vantagem para os fins de minha incumbência que V.S. Nos forneça os meios de podermos conhecer os numeros de estalagens, de estabelecimento de estabulação e cavallariças que existe no districto que fiscaliso; devendo V.S. Conhecer as difficuldades que nos cercão se não nos forem fornecidos taes meios" (p. 311).

Em relação à inspeção de estabelecimentos de farmácias encontramos referências significativas no campo que mais tarde será de responsabilidade da vigilância sanitária. Em novembro de 1886 um profissional de farmácia assim respondia ao colega responsável pelo convite a ele realizado para ocupar o cargo de Inspetor de Higiene em cidade do interior de São Paulo: "Não convem entrar em lucta nesta cidade com os collegas (quantos delles creio que não tem carta tirada), com farmácia de práticos não legalizados, sendo algumas dellas (pelo menos duas que eu conheço) pertencentes a dois collegas nossos. . . Aceitar o lugar para não cumprir o que a lei manda não o faço. As razões expostas são suficientes para provar a uma recusa" (p. 309).

Em outro documento da mesma referência — *Arquivos de Higiene e Saúde Pública* — encontramos exemplos interessantes sobre a atuação do Estado em período referente à década de 1930 quando a realidade da urbanização e a inserção de novos processos produtivos estavam presentes com maior evidência. Os problemas sanitários relacionados a ocupação urbana, a abertura de novos estabelecimentos, principalmente os ligados a alimentos e medicamentos, ao exercício de profissões de saúde submetidas a normas mais rígidas, ocupam em grande parte a atenção das autoridades sanitárias. Necessário lembrar que nesse período o Brasil está vislumbrando um projeto político e social de modernidade e de inserção no mercado internacional. As leis sanitárias que surgem nas primeiras décadas do século XX, como refere Hochman (1998), são instrumentos considerados como decisivos na própria formação do Estado moderno brasileiro.

Em 1939 uma sentença sobre "Substâncias nocivas à saúde ou que sirvam para a falsificação de produtos alimentícios" chamava a atenção sobre fato ocorrido "em estabelecimento comercial tinha ali expostos à venda sem as necessárias cautelas, contra disposição expressa o artigo 189 do Doc. n. 3.876, de 11 de junho de 1925, juntamente com gêneros alimentícios substâncias venenosas, como arsênico, consentindo que seus empregados se utilizassem das mesmas conchas e da mesma balança para a retirada de uns e outros dos respectivos vasilhames e sua pesagem, afim de servirem seus clientes e deixando ditas conchas, com restos de substâncias venenosas, sobre o balcão junto ao qual se encontravam outros alimentícios" (p. 139)

Outros exemplos históricos nos indicam a atuação do Estado ante os riscos sanitários que foram se tornando cada vez mais complexos com a modernização das tecnologias de trabalho, com os novos processos produtivos e mudanças nas relações de consumo, mercado e distribuição desigual do risco. A vigilância sanitária como política de proteção e controle do risco foi portanto construída no espaço de tensão que configurou as relações econômicas e sociais características dos avanços e recuos da sociedade no século XX.

A proteção aos riscos sanitários nos distintos períodos da saúde pública no Brasil do século XX

Uma cronologia sobre as fases de construção da vigilância sanitária em consonância com o cenário econômico e político no período e a saúde pública foi trabalhada por diversos autores (Luchesi, 2001;

Costa, 1999, Costa Marques & Ibãnes, 2006) e pode ser assim sintetizada:

1. A predominância do modelo agroexportador no Brasil durante um longo período com atividades econômicas voltadas essencialmente ao cultivo ou extração de produtos primários. Neste cenário as epidemias absorviam os maiores recursos da saúde pública e o controle sanitário de portos e fronteiras era um dos principais campos de fiscalização sanitária. O saneamento foi a preocupação central nas três primeiras décadas do século XX no Brasil, e as ações de regulação e controle sanitário, com atividades de fiscalização de exercício profissional, controle de alimentos e das especialidades farmacêuticas se davam de forma espalhada pelos órgãos federais da saúde e outros, não havendo um órgão específico de vigilância sanitária com o significado que se tem atualmente.

Nas primeiras décadas do século XX dá-se início à organização das administrações sanitárias estaduais, sob a égide do pacto federativo que o Brasil adota por influência da constituição norte-americana. A saúde pública considerada como um dos graves problemas nacionais ocupa lugar privilegiado na agenda governamental e, nesta direção, a constituição de ações de vigilância sanitárias nas unidades da federação passa a ser organizada. Atribui-se à União a responsabilidade pelos estudos das doenças, pelas medidas profiláticas, pelas estatísticas demográficas e sanitárias, pela fiscalização do exercício profissional da medicina e da farmácia, pela análise das substâncias importadas e pelo controle das doenças na capital federal, nos portos e nas fronteiras.

2. O período seguinte da saúde pública brasileira inicia-se com a decadência do modelo agroexportador. As condições urbanas e as rurais se modificam com a nova dinâmica da economia, vinculada ao processo de industrialização. O modelo conformado pela saúde pública deixa progressivamente de destacar ações de caráter coletivo, a ênfase volta-se para a assistência médica de caráter individual, que conferirá para o período o denominado modelo médico-assistencial-privatista. É a origem da organização da política de previdência social do País. As ações educativas foram agregadas como ações de saúde pública de caráter coletivo, dando a ela uma natureza social de promoção. O controle de doenças epidêmicas e endêmicas, objeto das práticas sanitárias que passam a ser organizadas com fundamento na expansão do conhecimento epidemiológico que a teoria dos germes e o conceito de transmissão possibilitam, será progressivamente modificado, deslocando a ênfase do saneamento e ambiente para a vigilância dos vetores e das pessoas doentes.

Mudam também consequentemente a ênfase das ações de controle sanitário. O aparato normativo sanitário, iniciado no período anterior, volta-se agora à nova demanda social trazida pela industrialização, pelo aumento do consumo da sociedade brasileira e pela demanda da tecnologia médica que se amplia, incluindo os componentes das cadeias produtivas do complexo médico-industrial como medicamentos e equipamentos. Acontece uma mudança drástica no cenário produtivo brasileiro, e a participação da indústria no PIB supera o da agricultura. O controle de portos, aeroportos e fronteiras foi agregado à vigilância sanitária, e as ações de vigilância sanitária foram voltadas à produção interna e distribuídas entre o nível federal e o estadual.

Assim a partir dos anos 1940, quando a industrialização e a economia capitalista já estão firmadas, a expressão da tensão para as ações de proteção aos riscos sanitários será modificada. No primeiro período os interesses distintos eram expressões de diferentes grupos da mesma classe social dominante em disputa, como a Revolta da Vacina no Rio de Janeiro no início do século XX bem típica. A mudança da organização social em face da nova dinâmica da economia, resulta na caracterização da referida tensão, conflitos agora mais típicos de interesses distintos entre as classes sociais, que se estruturaram na vida brasileira.

Na década de 1970 o Ministério da Saúde fará reformulação ampliando sua atuação em promoção e prevenção por meio de ações programáticas focalizadas, criando atuação na área da assistência médica paralela mas sem nenhuma articulação com as ações desenvolvidas no Ministério da Previdência e Assistência Social. As ações de saúde pública de caráter coletivo serão separadas em áreas distintas com as denominações consolidadas de vigilâncias: sanitária para o controle dos riscos sanitários relacionados em especial aos processos produtivos de produtos, alimentos e medicamentos em especial, e a epidemiológica para o controle das doenças em especial as transmissíveis causadoras das principais epidemias e endemias.

3. Nos períodos seguintes, entre outras mudanças no cenário econômico e político brasileiro, o início da década de 1990 traz de forma contundente a globalização econômica, e seus efeitos colocaram em xeque as funções, o aparato estatal e o sistema de fiscalização sanitária voltado à produção interna. Novas necessidades foram apresentadas ao setor como a discussão de um processo de harmonização da legislação sanitária no Mercosul, entre outras. Contudo, no interior do processo de reforma do Estado, o setor saúde passa a implementar sua reforma sanitária, fruto de significativa movimentação política e social.

O novo sistema o SUS foi apoiado nas diretrizes políticas de unificação, universalidade e descentralização. Na segunda metade da década de 1990, novas reformas serão implementadas na administração pública do Estado brasileiro, com as privatizações serão criadas agências de regulação para as atividades retiradas da gestão estatal. Para a vigilância sanitária será anunciada a reestruturação do órgão federal com a extinção da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária criada em 1976 e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A Lei 9.782 de 26/1/1999, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Anvisa.

ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

No Brasil contemporâneo, a vigilância sanitária se mantém como parte do sistema de saúde. Entre as diretrizes que formataram a reforma sanitária e a implementação do SUS, a descentralização foi um dos pilares de sua construção, possível diante da singularidade do sistema federativo, que prevê a distribuição nos respectivos territórios, da União, dos estados e municípios das responsabilidades para com a gestão e direção com comando único do sistema em cada esfera. A Lei Orgânica da Saúde contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados para a organização estrutural do SUS, na perspectiva de um federalismo de colaboração.

Para elaborar a legislação de proteção e defesa da saúde a competência é concorrente da União e dos estados e suplementar dos municípios, mas para a função de cuidar, ou seja a organização da assistência à recuperação da saúde, a competência é comum aos três entes federados.¹ Assim sendo, para a vigilância sanitária a descentralização tem constituído sério desafio, em particular no âmbito do município, pela relativa fragilidade do arcabouço normativo, tornando a configuração efetiva de um sistema setorial ou subsistema do SUS um objetivo ainda a ser alcançado.

Apesar dessa realidade o primeiro artigo da Lei 9.782 de 1999 acima referida, diz que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, compreende o conjunto de ações definido pelo parágrafo 1.º do art. 6 e pelos arts. 15 e 18 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, que exerçam ati-

¹ Constituição Federal, art. 24, XII e §§ 1.º e 2.º e Constituição Federal, arts. 1 e 2 e art. 30, II

vidades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

A legislação da década de 1970 que conformou a singularidade do arranjo para o fundamento jurídico da organização da vigilância sanitária, não considerou a essência da idéia de sistema, ainda que já ali houvesse a divisão de competências entre União e estados, não havia contudo a interdependência entre as partes. As competências do município não foram definidas na Lei 6.360, de 1976. A ênfase das ações era evidenciada na vigilância de produtos, apesar de o campo de atuação já ter sido ampliado, com o espectro de abrangência que será reafirmado na Constituição.

Os estados, as instâncias operadoras das ações descentralizadas da vigilância sanitária, foram encarregados basicamente das práticas de fiscalização. Não havendo uma doutrina clara de ação sistêmica entre a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e as secretarias estaduais, estas foram sendo estruturadas em organizações com diversos formatos e aportes administrativos diferentes, tanto em recursos disponíveis quanto em capacidade técnica para a tarefa de proteção aos riscos sanitários.

A lógica que predominou para a descentralização a partir deste período (década de 1970) foi a do enquadramento das ações de vigilância sanitária por níveis de complexidade tecnológica referidos aos processos produtivos, de produtos e componentes da tecnologia dos serviços de saúde, caracterizando-as como de baixa, média e alta complexidade. Esta dinâmica classificatória não está baseada na correspondência direta entre gradiente do risco sanitário a ser protegido na população, e a sofisticação tecnológica empregada na produção dos objetos sujeitos à ação da vigilância. Assim, em um município litorâneo a contaminação de um alimento de produção artesanal pode determinar um risco de morbimortalidade maior que o consumo de sofisticados produtos de produção industrializada. Ainda assim, o processo de produção do alimento artesanal é considerado de baixa complexidade.

Apesar da orientação centralizadora da Secretaria de Vigilância Sanitária o crescimento do parque produtivo nacional não foi acompanhado por um aparato regulatório capaz de abrangê-lo, o que resultou na evidência progressiva da frágil capacidade da vigilância sanitária em responder às tarefas que a lei outorgava.

No período de implementação das diretrizes da reforma sanitária, praticamente durante toda a década de 1990, a vigilância sanitária não viu nas estratégias operacionais adotadas (as NOBs, normas operacionais

básicas de 91, 93 e 96 como ficaram conhecidas) as ações de proteção aos riscos sanitários terem centralidade. A insuficiência de instrumentos de gestão e organização do setor, em especial relativa a recursos financeiros e ausência de clara distribuição de competências e responsabilidades entre as esferas de governo, aliadas às crises que envolveram a vigilância sanitária e que ganharam destaque na mídia¹ (das áreas de medicamentos e serviços de saúde), foi reconhecida a necessidade de novo modelo de organização no âmbito do sistema nacional de saúde.

O tratamento do risco sanitário oriundo de processos produtivos cada vez mais globalizados e fragmentados característicos da modernidade dos produtos e do consumo, determina hoje a construção da relação do País com a aldeia econômica mundial. Entretanto, o Estado não deve eximir-se da responsabilidade constitucional de manutenção do direito à saúde, incluindo a possibilidade de eliminação, diminuição e prevenção dos riscos. E neste contexto que a vigilância sanitária como política de proteção ao risco vive sua complexidade e contradição.

Os componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

As principais unidades componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que estruturam sua operacionalização:

a) No nível federal: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS)

b) Nível estadual: Os 27 órgãos de vigilância sanitária das secretarias estaduais de Saúde que também contam com suporte laboratorial central em cada unidade da federação com grandes diferenças de capacidade técnica e analítica.

c) Nível municipal: Serviços de vigilância sanitária organizados ou ações desenvolvidas articuladas com outras áreas de vigilância em especial a epidemiológica com denominações organizacionais diversas, como vigilância da saúde, proteção à saúde, entre outras.

O componente federal foi reformulado com a substituição de uma secretaria da administração direta para uma autarquia especial como agência regulatória, mantendo sua vinculação ao Ministério da Saúde mas com independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira. A Anvisa tem como função a regulamentação e

¹ O escândalo envolvendo a venda de medicamentos como a denominada "pílula de farinha", a mortalidade nas clínicas de hemodiálise em Caruaru (PE), Santa Marcelina (SP) entre outras, epidemias e contaminação por infecção hospitalar, etc.

coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e também executa ações de controle.

A Anvisa incorporou as competências da Secretaria de Vigilância Sanitária, além de outras: coordenação do sistema, execução do programa nacional de sangue e hemoderivados e do programa nacional de prevenção e controle de infecção hospitalar, monitoramento de preços de medicamentos e de produtos para a saúde, aplicação de penalidades por concorrência desleal ou preços excessivos, regulamentação sanitária de derivados do tabaco, assessoramento técnico ao Instituto Nacional de Propriedade Industrial, intervenção temporária na administração de entidades produtoras que utilizam recursos públicos e dos prestadores de serviços ou produtores exclusivos ou estratégicos para o abastecimento do mercado nacional, em casos específicos, fiscalização da propaganda e publicidade de produtos sob regime de vigilância sanitária, concessão do certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação, entre outras.

A finalidade institucional da Anvisa é promover a proteção da saúde da população realizando para isso as atividades de controle sanitário, da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária e de controle de portos, aeroportos e fronteiras. Seu contrato de gestão é um instrumento para avaliação da atuação administrativa da agência, proposto e negociado pelo diretor-presidente ao ministro da Saúde. Sua autonomia financeira é garantida especialmente pela constituição da receita com base nas seguintes fontes: do produto resultante da arrecadação da taxa de fiscalização de vigilância sanitária, na retribuição por serviços de quaisquer natureza prestados à terceiros, no produto da arrecadação das receitas das multas resultantes das ações fiscalizadoras, além de outras fontes (Lei Federal 9.782/99).

Esses recursos somados aos oriundos do tesouro permitem à Anvisa, com base nos termos do contrato de gestão, um programa de financiamento para a estruturação do sistema, com transferência de recursos financeiros de forma regular aos estados tendo por referência parâmetros negociados nos Termos de Ajuste e Metas, espécie de contrato entre Anvisa e órgãos estaduais. Tais acordos contêm compromissos de realização de ações de proteção aos riscos sanitários que as secretarias estaduais devem cumprir com o uso dos recursos repassados. Os órgãos estaduais de vigilância sanitária, diferentemente da Anvisa, na sua maioria pertencem às unidades da administração direta, coordenam os sistemas estaduais e executam as principais ações de fiscalização do sistema nacional, além da cooperação técnica aos municípios

Alguns estados constituem corpos técnicos para as ações de vigilância sanitárias distribuídos em unidades regionalizadas.

A autonomia concedida pela lei de criação da Anvisa e seu contrato de gestão não exclui esta instância federal, das diretrizes estabelecidas para o sistema público de saúde na relação com os demais entes da federação, estados e municípios, além da responsabilidade de desenvolver atividades indispensáveis para a configuração de um sistema de vigilância sanitária como a coordenação da rede de laboratórios oficiais de controle de qualidade em saúde e um sistema de informação integrado às demais ações de saúde, em especial ao sistema de vigilância epidemiológica.

A municipalização da vigilância sanitária caracteriza-se como um capítulo especial na organização do sistema nacional, tanto pela diversidade dos municípios brasileiros, como pela dificuldade de implementação dessa diretriz do SUS. As ações e serviços de vigilância sanitária local em geral carecem de condições de infra-estrutura e conhecimento técnico e aparato jurídico próprio. O financiamento e a gestão no âmbito do município é condição ainda precária na formalização dos instrumentos específicos entre os entes federados para as ações de controle do risco sanitário, sendo o Piso de Atenção Básica (PAB/Visa) regulamentado pela NOB/96, um mecanismo de repasse de recursos ao município. Recursos complementares relacionados ao controle de ações que envolvem maior complexidade e sofisticação tecnológica pelo município são, no presente, objeto de intenso debate.

Uma nova lógica que enfoque a perspectiva da responsabilidade do gestor municipal ante os riscos sanitários considerados prioritários em seu território, está sendo levada a discussão no âmbito da estruturação de um processo de planejamento ascendente, que consolide um plano diretor para sustentação de um efetivo sistema nacional de vigilância sanitária, na tentativa de superar a lógica ainda dominante da separação das ações por complexidade conforme já mencionado.

A intersetorialidade para a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Construir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e conferir-lhe efetividade é uma tarefa técnica e política que requer esforço de articulação nas três esferas de gestão do SUS. Pressupõe construção simultânea de condições para que a intersetorialidade e a interinstitucionalidade possam ser viabilizados no âmbito tanto de organismos públicos

ordenadores das políticas da economia e da saúde, como na esfera da sociedade civil. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária possui base jurídica capaz de permitir que as exigências constitucionais da construção do SUS tenham as adequações necessárias para constituir-lo como parte da organização de serviços públicos e ações capazes de eliminar ou diminuir os riscos e proteger a saúde em rede regionalizada e hierarquizada, com diretriz de descentralização, atendimento integral e universal, com participação da comunidade.

Contudo para que o Sistema Nacional de Vigilância sanitária caminhe para a eficácia da ação reguladora é necessário reconhecer que a natureza do risco não se separa da dinâmica da produção tecnológica dentro do padrão contemporâneo da divisão internacional do trabalho. A integração entre as esferas de governo e a articulação com a sociedade é importante na construção de novos valores para a percepção dos riscos que estão além dos domínios apenas técnicos de mensuração e controle. A natureza eminentemente política da proteção pública contra os riscos sanitários que têm origem no interior dos processos sociais, não pode ser tarefa apenas delegada aos técnicos e cientistas; ela deve ser estendida aos gestores ocupantes das funções públicas, operadores que são de políticas públicas da saúde, e da proteção dos espaços e procedimentos do processo democrático.

COMPLEXIDADE DO CAMPO DE CONHECIMENTO NA PROTEÇÃO AO RISCO SANITÁRIO

A vigilância sanitária é o componente do campo de intervenção da saúde pública que mais dificuldade tem encontrado para estabelecer seu reconhecimento e objeto de ação, uma vez que está sempre intimamente relacionada com os fatores ou determinantes de risco vinculados à dimensão não apenas biológica, mas das pessoas na interação com produtos, ambiente e dinâmica do processo social. Ou seja, é a área de intervenção em que o afastamento entre os riscos e seus efeitos nas pessoas é sucessivamente mais interdeterminado, mais inter-relacionado e mais complexo.

O grande desafio para a construção de um campo de conhecimento em vigilância sanitária em consonância com sua função de proteção é a complexidade. Esse desafio torna-se ainda maior quando falamos do campo da saúde coletiva, que experimentou ao longo das últimas décadas enorme fragmentação na organização de suas políticas, na formação de seus profissionais e, notadamente, na construção de suas práticas.

A vigilância sanitária é um campo de práticas construído por diversas áreas de conhecimento e, assim, enfrenta o desafio de articulação destas áreas para atender a sua dimensão de proteção e promoção da saúde e de gestão do risco sanitário. Constitui-se como um espaço privilegiado de possibilidades de diálogos interdisciplinares apoiados na idéia da complexidade.

Ao enfrentar a sua função maior, ou seja, atuar na perspectiva de minimizar, evitar e controlar o risco sanitário os vários setores da vigilância sanitária se deparam com a complexidade das realidades encontradas em seu processo de trabalho. As dimensões tecnológicas, políticas, sociais, culturais, econômicas, entre outras, são inerentes a todos os espaços de atuação da vigilância sanitária, levando à necessidade de profissionais capacitados e articulados com outros espaços de especialidades.

As ações de vigilância sanitária em suas diversas áreas de atuação, meio ambiente, produtos, saúde do trabalhador e serviços de saúde, devem ser baseadas não só no aparato legal da legislação vigente, mas na articulação deste com o conhecimento implícito das questões que perpassam as atividades desse campo. Áreas de conhecimento como a epidemiologia, o direito sanitário, as ciências sociais, a bioquímica, entre outras, são relevantes no entendimento do risco sanitário em sua complexidade atual, bem como no tratamento de riscos que permanecem em realidade desigual como a de países como o Brasil.

Portanto a ação da vigilância sanitária deve sempre ser balizada pela regra (lei, portaria, resolução, ou outra hierarquia legislativa) e esta deve ser fruto do conhecimento. O conhecimento que suporta a regra sanitária deve ser produzida a partir de um espaço cooperativo entre a vigilância sanitária e a sociedade, cooperação ainda a ser construída. Nos órgãos de vigilância sanitária não é possível encontrar todo o conhecimento necessário no enfrentamento de realidades cada vez mais complexas e de riscos sanitários oriundos de novas tecnologias introduzidas nos processos produtivos de bens e serviços, por exemplo. A articulação de produção de saberes na área entre universidades, institutos de pesquisas, setor regulado, nas organizações da sociedade é o desafio para uma atuação mais presente e consistente desta política de proteção.

Por outro lado, a distribuição desigual de riscos sanitários em realidades com a do Brasil, somada à interiorização de novas tecnologias, produtos e serviços e, portanto, novos riscos, prepararam os desafios que a política de proteção enfrenta, quer dizer, a convivência de riscos inerentes à miséria com os riscos consequentes de processos produ-

vos altamente tecnológicos. A população mais carente pode vivenciar, ao mesmo tempo, a exposição ao consumo da água não tratada, dos alimentos sem qualidade, do lixo rentável e, não raramente, morar ao lado de uma empresa cuja produção de ponta é poluidora do ambiente.

Importante ressaltar que um novo conhecimento deve ser sempre validado, considerando os múltiplos interesses que podem ser mobilizados pela ação da vigilância sanitária. O caso da rotulagem de produtos transgênicos representa um bom exemplo dos interesses mobilizados neste momento, a rede de pressões e interesses, podendo ser eles econômicos, políticos e sociais, envolvendo desde as multinacionais interessadas na venda de organismos geneticamente modificados (OGMs), países que querem comprar produtos mais baratos, instituições de defesa do meio ambiente e consumidores e agricultores, entre outros. A vigilância sanitária apoiada em conhecimentos sólidos e interdisciplinares assume o papel de balizar os interesses e agir na defesa/proteção da sociedade e no controle da possibilidade do risco sanitário presente na questão acima.

Outro exemplo que pode revelar a complexidade das ações da vigilância sanitária na relação com diferentes processos produtivos presentes na sociedade brasileira é o caso da produção artesanal de alimentos (compotas, embutidos, doces, etc.) muitas das vezes manifestações culturais de uma população e parte importante de seu sustento. A escala artesanal de produção desses produtos pode ser acompanhada por um trabalho educativo e informativo da vigilância sanitária que assim oportuniza a construção de uma nova relação com a sociedade, a cooperação e a transmissão de conhecimento para controle do risco sanitário nesta escala. O uso de ervas, plantas e similares baseado no conhecimento etnofarmacológico de uma dada população requer também atenção da vigilância para acompanhar a mudança do consumo caseiro para a produção industrial, ou seja, criar uma escala. Nesse momento é papel da vigilância sanitária agir na tentativa de controlar o risco e evitar o disvirtuamento deste conhecimento etnofarmacológico.

Como se pode observar, a construção do conhecimento que apóia a ação é bastante complexa e não cartesiana. Portanto é fundamental que o ambiente em que essa construção se dá tenha certas características:

1. **Cooperação:** buscar o conhecimento aprioristicamente, onde ele estiver. Nas universidades, nos institutos de pesquisa, no setor regulado, nas organizações não-governamentais. Porém devem ser tomadas precauções para evitar o poder de captura do setor empresarial. E isso pode ser feito em um ambiente de transparência nesse processo.

Mecanismos como reuniões de consulta pública, audiências públicas, ouvidorias, consultas a especialistas são importantes espaços de participação dos vários segmentos da sociedade na construção de um aparato de ação da vigilância sanitária mais consistente. É fundamental que a vigilância tenha compromisso com a decisão e posteriormente com sua implementação.

2. Comunicação: o conhecimento produzido em órgãos de pesquisa e formação de interesse da vigilância sanitária deve ser comunicado, transformado em informação, tanto à sociedade como aos órgãos de vigilância sanitária. Essa comunicação pode apoiar a construção de uma legislação sanitária mais adequada e suportada por conhecimentos científicos comprovados. A pesquisa e a capacitação de profissionais para atuação em vigilância sanitária são iniciativas de extrema importância para construção de um sistema nacional que possa cumprir as diretrizes do SUS.

3. Incorporação: o conhecimento produzido e problematizado nas diferentes realidades sociais, econômicas e políticas deve ser incorporado e utilizado mediante critérios rigorosos de avaliação, considerando as implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa.

A vigilância sanitária com a abrangência de sua função; repita-se "intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde: abrangendo: I — o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II — o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde" (Lei 8.080, art. 6.º, parágrafo 1.º); necessita problematizar a complexidade de sua ação e do campo de conhecimento que lhe dá aporte teórico.

Como pudemos perceber, o campo de atuação da vigilância sanitária está permeado por dimensões tecnológicas, políticas, sociais, culturais, econômicas, entre outras que são inerentes a quase todos os espaços de seu trabalho. Os riscos sanitários conseqüentes da articulação dessas dimensões precisam ser problematizados nesse contexto, ressaltando aqui que esta categoria — risco, seu controle, minimização, eliminação — é a função maior deste campo da saúde coletiva.

Nesta direção a sua problematização, considerando todos os seus aspectos, significa, em nosso entender, as seguintes perspectivas:

a) Complexidade do conhecimento: o enfrentamento de riscos cada vez mais complexos e globalizados, ao lado de outros perpetua-

dos na desigualdade precisam ser compreendidos no diálogo entre diferentes códigos disciplinares para sua resolução totalizante.

b) Distribuição desigual do risco: a desigualdade social e de acesso a bens e serviços de saúde, bem como a produtos de qualidade, água e ambiente saudáveis devem ser considerados na implementação de ações de vigilância sanitária em consonância com os princípios do SUS.

c) Risco e tecnologia: As tecnologias são cada vez mais diferenciadas e sua inserção no processo produtivo mais fragmentada, utilizada em etapas em diferentes localidades. Os efeitos são riscos de difícil reconhecimento e controle.

d) Direito Social-Política de Proteção: O acesso às ações de vigilância sanitária é um direito social, inscrito, ao lado de outras políticas sociais no texto constitucional brasileiro. Nesta questão devemos reconhecer também o direito social de populações que ainda estão por vir; assim, atuações da vigilância sanitária relativas ao meio ambiente, por exemplo, podem garantir ambientes mais saudáveis para o futuro.

e) Território e Riscos específicos: Os riscos se distribuem nos territórios — aqui compreendidos como as diferentes regiões, estados e municípios brasileiros — de forma específica e característica das relações sociais, políticas, culturais e econômicas de cada localidade. Essas diferenças fazem do Brasil um imenso território desigual e por conseguinte, com realidades de saúde e riscos sanitários diferenciadas, o que demanda da vigilância sanitária a necessidade de planejar suas ações mediante o reconhecimento de localidades, suas potencialidades, seu segmento produtivo, suas riquezas e problemas ambientais, entre outros aspectos.

No desafio de construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que possa cumprir os preceitos do SUS e suas normatizações, a produção de conhecimento e capacitação de profissionais para a atuação na área são pontos essenciais.

O trabalho da vigilância sanitária organizado na perspectiva da complexidade, para uma realidade local

A organização do trabalho em vigilância sanitária tem particularidades que fazem seu objetivo, "o controle do risco sanitário", ser incapaz de ser fixado por um corpo de conhecimento único. Tomado como categoria para circunscrever as práticas sanitárias de proteção à saúde está sempre relacionado a diversas e simultâneas dimensões, demandando distintos saberes advindos de vários campos da ciência, direcio-

nados à proteção do ser humano, na sua mediação com produtos de consumo, tecnologias de ações da prática clínica, entre outros. Contudo, ultrapassa o limite da proteção da individualidade das pessoas, o risco sanitário está relacionado à preservação do meio ambiente e a outras ordens de determinações como valores culturais, econômicos, sociais, entre outros.

Para a vigilância sanitária a construção teórica de um processo de trabalho geral está apoiada na idéia de trabalho com características gerais do trabalho humano no qual se verifica: a definição prévia e intencional de um objetivo dirigido a uma necessidade, a identificação de instrumentos, a organização de um conjunto de tarefas ou ações relacionadas por um método ou um dado modo de realizá-las para atingir um resultado. Assim, é possível indicar as fases para um processo de trabalho "geral" de vigilância sanitária, pensando como um trabalho em saúde coletiva.

Os componentes para a organização do trabalho da vigilância sanitária como processo podem ser agrupados em conjuntos de ações enunciadas a seguir:

1. Reconhecimento do contexto social e o estudo das relações políticas, econômicas, culturais, legais, capazes de instituir para a prática sanitária da vigilância, em cada contexto específico sua determinação social/econômica e biológica;

2. Compreender a norma sanitária, como expressão formal de um conjunto de conhecimentos específicos sobre o potencial de uma situação ou de um dado risco para a saúde das pessoas, estabelecendo padrões a serem tomados/obedecidos como referência para a proteção ao risco e/ou situação dele geradora.

3. Identificar o universo dos produtos, dos processos produtivos, e dos locais e os trabalhadores, onde se realizam tais processos, adotando o espectro da atuação que consta da definição de vigilância sanitária da Lei 8.080.

4. Comparar o padrão normativo com as unidades do universo adotado, nas especificidades correlacionáveis. Avaliar os desvios entre os objetos analisados: o real e o padrão da norma.

5. Propor a intervenção para a aproximação entre os desvios, ajuizando o grau do risco para a proteção sanitária da população, ou orientar a manutenção dos padrões verificados.

6. Manter processos de acompanhamento e monitoração, geradores de novas proposições ou adequações normativas pela mensuração de resultados, ou pelo conhecimento prévio de novos riscos.

Mesmo diante da impossibilidade de relação linear entre as ações propostas, é possível reconhecer o essencial de cada uma delas, na tentativa de definir qual a dinâmica predominante e qual concepção do trabalho de vigilância sanitária está sendo desenvolvido.

A prática da vigilância sanitária e a ética

A vigilância sanitária como parte integrante do Sistema Único de Saúde necessita refletir em sua prática a busca dos princípios e diretrizes estabelecidos na política nacional. A prática que os profissionais da área exercem para atender à **eliminação, diminuição e prevenção do risco sanitário** pode ser o *locus* onde a vigilância sanitária exerce sua condição ética; é no cotidiano dessa prática que os dilemas éticos estão presentes e as decisões são tomadas.

Alguns aspectos relacionados à ética e à prática da vigilância sanitária apresentados a seguir indicam a importância de discussões, pesquisas e trabalhos sobre o tema:

- ♦ As competências da vigilância sanitária nas ações relacionadas ao meio ambiente, trabalho, alimentos, medicamentos, bens e produtos relacionados à saúde, estão ligadas ao atendimento da promoção, proteção e prevenção da saúde. As políticas relacionadas ao seu cumprimento dizem respeito à valorização da vida e da saúde, e portanto na escolha ética por uma ação de vigilância sanitária comprometida com o cidadão e a sociedade.

- ♦ A relação da vigilância sanitária com as pessoas deve estar fundamentada na noção de cidadania e de cidadãos, do direito e não somente o do consumidor. A noção do cidadão que consome não só produtos, mas bens valorativos à vida, água, alimentos, medicamentos, habitação, ultrapassa a ideia de vigilância sanitária circunscrita ao produto/produtor e consumidor e a coloca, junto com outras políticas, no papel de atender a sociedade e o cidadão em seu direito ético à saúde.

- ♦ A responsabilidade ética da vigilância sanitária não se esgota no tempo atual. Suas ações de proteção ao meio ambiente, por exemplo, devem também prever a proteção do futuro, garantindo o direito de gerações posteriores, fazendo a opção ética pela prevenção e pela lógica da vida. O princípio da precaução se vincula a essa natureza de questão na medida em que pressupõe a "possibilidade de causar dano a alguém", ainda quando a evidência científica é insuficiente para demonstrá-lo (Dallari, 2001).

• A vigilância sanitária deve atender ao princípio ético da informação e da comunicação social. O cidadão tem o direito de ser informado sobre os riscos, sobre a qualidade e a eficácia de produtos e serviços. A informação gera a possibilidade de escolha e de tomada de decisão pela sociedade e pode promover a participação popular na discussão de políticas e estabelecimento de diretrizes.

• A prática da vigilância sanitária continuamente se depara com o dilema ético, com a necessidade de escolha. Dallari (2001) afirma que a decisão em saúde deve ser informada pela ética. Fortes (2001) ressalta que por vezes as ações da vigilância sanitária podem resultar em um confronto ético. Os princípios da liberdade individual e do bem maior da coletividade é um deles. A campanha do combate à dengue, por exemplo, cujo processo abriu espaço para a discussão ética da ação de campanha na propriedade individual, em prol da prevenção e da proteção da coletividade. É importante nesses casos, como referem vários autores, a busca de novos consensos, de sensibilização pela informação, pela educação sanitária, entre outras ações de caráter ético.

• A vigilância sanitária tem o papel ético de compreender que as desigualdades podem ser reduzidas por meio de orientações fundadas na equidade e na responsabilidade social, e não podem ser unicamente baseadas no princípio da eficiência econômica. O acesso igualitário à assistência, à proteção, à promoção deve ser observado como um valor ético (Luchesi, 2001; Dallari, 2001; Fortes, 2001).

• A ética na pesquisa em saúde é essencial ao campo da vigilância sanitária. As pesquisas de novos medicamentos, novos procedimentos, novas tecnologias, entre outros, devem estar voltadas à proteção da vida e promoção da saúde. A observação dos procedimentos éticos, tanto na realização da pesquisa quanto no acesso ao seu resultado, é fundamental aos princípios éticos da vigilância sanitária. Berlinguer (1993) relaciona o que ele denomina de "problemas práticos" que precisam ser analisados à luz da ética, como a reprodução humana, a experimentação com animais e com nossa própria espécie, a eutanásia, a ética do ambiente, a engenharia genética, como os mais urgentes.

A saúde como um direito e os princípios e diretrizes do SUS estão presentes na lei maior da nação, a Constituição. Essa garantia não os transforma em valores éticos, principalmente os referentes à equidade e igualdade em uma sociedade que continua perpetuando a desigualdade social. Os princípios do SUS só se tornarão valores éticos quando assim forem compreendidos pelo Estado, pelo cidadão e pelo profissional que atua nas políticas públicas de saúde, entre elas a vigilância sanitária.

A vigilância sanitária, como política pública de saúde, é um instrumento, um mecanismo, entre outros, de garantia do direito humano da saúde. A política de vigilância sanitária não tem sentido em si mesma, descolada de sua função ética de valorização da vida e da saúde. É no cotidiano de sua prática, na ação de seus profissionais e na garantia igualitária de seu acesso que o valor ético é garantido.

REFERÊNCIAS

- Berlinguer, G. *Questões de vida, ética, ciência e saúde*. São Paulo-Londrina-Salvador: Hucitec-Cebes-Apec, 1993.
- Costa, E. *Vigilância sanitária — proteção e defesa da saúde*. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1999.
- Costa, E. & S. Rosenfeld. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: S. Rosenfeld (org.). *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, 304 pp.
- Costa Marques, M. C. & N. Ibãnes. Questões sobre política de vigilância sanitária no Brasil. In: *Vigilância sanitária: reflexões e prática*. São Paulo: Rima-Cealag, 2006.
- Dallari, S. *Vigilância sanitária, direito e cidadania*. Cadernos de Texto. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2001.
- Fortes, P. *Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania*. Direito e Cidadania. Cadernos de Texto. Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2001.
- Fortes, P. & E. Zoboli. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2003.
- Hochman, G. *A era do saneamento*. São Paulo: Hucitec-Anpocs, 1998.
- Luchesi, G. *Globalização e regulação sanitária. Os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2001.
- Luz, M. T. *As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Souto, A. C. *Saúde e política — a vigilância sanitária no Brasil*. Mestrado. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, 1996.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

- Rosen, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Unesp-Abrasco, 1994.
- Contextualizar a evolução da saúde pública é vital para entender como a vigilância sanitária apresenta sua atual feição. Nesse sentido o autor nos*

apresenta um texto rigoroso sobre o desenvolvimento da sociedade contado a partir da história da saúde pública, porém de maneira diferente da maioria de outros textos preocupados com a história, pois o faz sem deixar de acompanhar o movimento social e as causas principais dos movimentos históricos que vai deslindando. Fundamental para entender onde e por que estamos.

Rosen, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Neste texto o autor busca formular a relação entre medicina, saúde e sociedade, usando também a história, porém sem se preocupar em contá-la, pois seu objetivo é construir conceitos fundamentais para a compreensão da medicina hoje, como o conceito de polícia médica e de medicina social. O texto é envolvente, porém deve ser encarado como uma coletânea e um instrumento de apoio para situar as práticas médicas atuais.

Lima, Luis Felipe Moreira et al. *Vigilância Sanitária de Medicamentos e Correlatos*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1993.

Este livro significa o primeiro esforço de maior vulto no sentido de sistematizar algumas idéias sobre vigilância sanitária em nosso País. Apresenta os principais conceitos referentes a este campo e a seguir apresenta o quadro legal comentando as suas principais características.

Eduardo, Maria Bernadete de Paula. *Vigilância sanitária*, vol. 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998 — Série Saúde e Cidadania

Aqui é apresentado um manual de vigilância sanitária. Assim como toda a série, também disponível na web, este livro é voltado para a gestão municipal e tem um formato de manual. Apresenta um capítulo inicial com conceitos e logo mergulha a descrever as áreas de trabalho da vigilância e "o como" fazer, com descrições de rotinas, formulários e sempre seguido de um quadro legal e fontes de consulta. Fundamental.

SITES DE REFERÊNCIA EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

www.fsp.usp.br/cecovisa

www.anvisa.org.br

www.abrasco.org.br (link com o Grupo de Trabalho em Vigilância Sanitária)

The first part of the book is devoted to a general history of the United States from its discovery by Columbus in 1492 to the present time. It covers the early years of settlement, the struggle for independence, the formation of the Constitution, and the growth of the nation to its present boundaries. The author discusses the various phases of American history, from the early colonial period to the present day, and the influence of these phases on the development of the country.

The second part of the book is devoted to a detailed history of the United States from the year 1776 to the present time. It covers the American Revolution, the formation of the Constitution, the early years of the Republic, and the growth of the nation to its present boundaries. The author discusses the various phases of American history, from the early colonial period to the present day, and the influence of these phases on the development of the country.

The third part of the book is devoted to a detailed history of the United States from the year 1776 to the present time. It covers the American Revolution, the formation of the Constitution, the early years of the Republic, and the growth of the nation to its present boundaries. The author discusses the various phases of American history, from the early colonial period to the present day, and the influence of these phases on the development of the country.

The fourth part of the book is devoted to a detailed history of the United States from the year 1776 to the present time. It covers the American Revolution, the formation of the Constitution, the early years of the Republic, and the growth of the nation to its present boundaries. The author discusses the various phases of American history, from the early colonial period to the present day, and the influence of these phases on the development of the country.

The fifth part of the book is devoted to a detailed history of the United States from the year 1776 to the present time. It covers the American Revolution, the formation of the Constitution, the early years of the Republic, and the growth of the nation to its present boundaries. The author discusses the various phases of American history, from the early colonial period to the present day, and the influence of these phases on the development of the country.

AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS

Juarez Pereira Furtado

INTRODUZINDO ALGUNS CONCEITOS

"Ela é uma dona de casa. Pega o dinheiro e vai à feira. . . . Seu senso comum trabalha com problemas econômicos: como adequar os recursos de que dispõe, em dinheiro, às necessidades de sua família, em comida. E para isso ela tem de processar uma série de informações.

"Os alimentos oferecidos são classificados em indispensáveis, desejáveis e supérfluos. Os preços são comparados [. . .] Ela sabe que alimentos não são apenas alimentos. Sem nunca haver lido Veblen ou Lévi-Strauss, ela sabe do valor simbólico dos alimentos. Uma refeição é uma dádiva da dona de casa, um presente. Com a refeição se diz algo.

"Oferecer chouriço para um marido de religião adventista, ou feijoada para uma sogra que tem úlceras, é romper claramente com uma política de coexistência pacífica. A escolha de alimentos, assim, não é regulada apenas por fatores econômicos, mas por fatores simbólicos, sociais e políticos [. . .] Assim, ela junta o bom para comprar, com o bom para dar, com o bom para ver, cheirar e comer, com o bom para viver" (Alves, 1987, pp. 13-4).

DONAS-DE-CASA, crianças, estudantes, motoristas, gerentes, enfim, independente do papel que estejamos exercendo em um dado momento, é comum e freqüentemente necessário determinarmos o valor e a serventia de um ou mais elementos que nos cercam. Determinamos a qualidade do alimento que estamos consumindo, o envolvimento de determinado professor ao ministrar sua aula, o tipo de afeto que recebemos de nossos próximos ou o quanto conseguimos aprender

em um dado curso. Ou seja, avaliar é uma ação inerente ao ser humano desde a mais tenra idade, realizada cotidianamente através de seus sentidos, de seu intelecto e de sua subjetividade.

Por outro lado, se precocemente avaliamos ambientes, pessoas e objetos, também muito cedo passamos pela experiência de sermos avaliados, seja no meio familiar, escolar ou de trabalho. Em nossa progressiva inserção social, inevitavelmente nos tornamos objetos de controle proveniente de pessoas ou instituições que, nesse caso, podem utilizar o ato de avaliar para julgar e controlar. Todos nós temos sido avaliados sob essa perspectiva em alguns momentos de nossas vidas — e a experiência normalmente não é agradável! Afinal, essas avaliações pelas quais passamos caracterizam-se freqüentemente pela submissão a um juízo de autoridade estabelecido por alguém que se baseia em seus próprios critérios e por serem realizadas no final do processo, olhando-se para trás (Zúñiga, 2004).

Tais experiências precisam ser consideradas e superadas quando nos aproximamos do campo da avaliação sistemática de programas e serviços. Afinal, a complexidade das iniciativas que enfrentam problemas sociais e de saúde requerem, para sua abordagem, muito mais profundidade que o senso comum poderia oferecer e a consideração de muito mais aspectos do que a avaliação para o controle seria capaz de permitir.

Porém, estas noções iniciais sobre o que seja avaliar marcam o imaginário social e perseveram, com freqüência originando resistências de trabalhadores e gestores a instaurar processos avaliativos em seus programas ou serviços. Além da associação de processos avaliativos a práticas autoritárias e de controle, contribui para aumentar esta refratariedade a utilização da avaliação com fins escusos, como protelar decisões, dar cunho científico a decisões eminentemente políticas ou intimidar grupos, dentre outros abusos.

É curioso notar como tudo isso desvirtua o entendimento do que seja *avaliar* — que os dicionários estabelecem como o ato de determinar a qualidade, valor e mérito de alguma coisa. O entendimento corrente do que seja *avaliar*, por conta do que vimos afirmando, acaba por se aproximar muito mais de seu oposto *aviltar* — que os mesmos dicionários estabelecem como o ato de desonrar, humilhar ou rebaixar. Daí que a primeira tarefa de alguém que se interesse em implementar um processo avaliativo seja, inexoravelmente, restabelecer com seus interlocutores iniciais e posteriormente com os demais participantes de um programa ou serviço, os sentidos essenciais dessa iniciativa.

Mas, afinal, o que seria avaliar? Segundo os estudiosos da área, avaliar é emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção (programa, serviço, etc.) com critérios e referenciais explícitos, utilizando-se dados e informações construídos ou já existentes, visando a tomada de decisão. Ainda que o campo da avaliação comporte muita diversidade e dissensos, poderíamos afirmar que entre dezenas de importantes autores da área essa definição, esboçada por Michael Scriven nos anos 1960 (Scriven, 2003) é consensual.

Devemos observar que a avaliação que abordamos neste capítulo é mais comumente referida na literatura especializada, sobretudo em língua inglesa, como "avaliação de programas", trazendo em seu próprio nome a descrição de seu objeto. Aqui o objeto da avaliação — programas — é entendido como a articulação de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, com base em decisões eminentemente políticas, para operar modificações em uma dada situação problemática. Dessa forma, um serviço de atendimento domiciliar, um mutirão para construção de casa própria ou um minicurso para a reeducação de motoristas altamente infratores podem ser entendidos como um programa. Esta concepção extrapola a noção de programa tal como normalmente utilizada em saúde pública. Por essa razão, às vezes utilizamos a expressão *avaliação de programas e serviços* como tradução de "program evaluation" quando a aplicamos no setor saúde.

Com base nos dois últimos parágrafos, podemos afirmar que constitui a essência da avaliação: 1) o fato de ela referir-se à ação humana (já que não se trata de medir o desempenho de um motor ou o peso que uma coluna pode sustentar); 2) que as ações estejam estruturadas em um projeto e articuladas em um programa (já que a intenção deliberada, formulada e explicitada é fundamental para a avaliação de uma iniciativa); 3) que a iniciativa em foco esteja endereçada a mudanças específicas de uma dada situação problemática e 4) que tais mudanças possam ser constatadas empiricamente (Zúñiga, 2004).

É também importante distinguir características e diferenças entre a avaliação normativa, a pesquisa avaliativa e a pesquisa acadêmica. A avaliação normativa é feita corriqueiramente pelos encarregados de conduzir um dado programa ou serviço, tem forte componente gerencial e está imersa no pragmatismo cotidiano e, como o nome indica, baseia-se em padrões e normas preestabelecidos. Já a relação entre as pesquisas científicas e avaliativas caracteriza-se pela existência de pontos de contatos e de distanciamento. Ambas têm a preocupação de imprimir rigor em seus procedimentos, de modo que supere a simples opinião

em contradição com essas de seus colaboradores, demandando intervenções e casos onde quem quer o conhecimento científico precise ser substancialmente estudado (Grossi, 1972; Swainson & Swainson, 2001).

Com ênfase na importância da pesquisa, pode-se dizer também que a pesquisa científica tem o caráter de ser uma investigação com finalidade por si própria quando é feita por um investigador sério. Para os pesquisadores sérios, a investigação científica não é um fim em si mesma, mas um meio para alcançar outros fins. Assim, a investigação científica é feita por um lado, a propósito de uma necessidade prática e social, do problema que se quer resolver e para o qual se necessita de decisões. Mesmo que algumas pesquisas científicas sejam realizadas por motivos pessoais, não se pode esquecer que a ciência é uma atividade social, e que a ciência é feita por um lado, a propósito de uma necessidade prática e social, do problema que se quer resolver e para o qual se necessita de decisões. Mesmo que algumas pesquisas científicas sejam realizadas por motivos pessoais, não se pode esquecer que a ciência é uma atividade social, e que a ciência é feita por um lado, a propósito de uma necessidade prática e social, do problema que se quer resolver e para o qual se necessita de decisões. Mesmo que algumas pesquisas científicas sejam realizadas por motivos pessoais, não se pode esquecer que a ciência é uma atividade social, e que a ciência é feita por um lado, a propósito de uma necessidade prática e social, do problema que se quer resolver e para o qual se necessita de decisões.

Uma distinção básica em avaliação é feita entre a metodologia de avaliação formativa ou sumativa. Enquanto se por avaliação sumativa aquela destinada à tomada de decisões sobre determinado programa com base em uma escala global de desempenho conceitual, mantido ou expandido, tal avaliação tem finalidade de avaliar o programa, sendo tipo de avaliação de desempenho sobre o curso e resultados de suas atividades. Da mesma forma, que a avaliação sumativa segue o modelo da caixa preta ao considerar somente as entradas e saídas (produtos) de um dado serviço ou programa, de modo a avaliar o desempenho do mesmo. Já a avaliação de desempenho, ela pode ser formativa. Por exemplo, a obtenção de um dado programa pode ser avaliada imediatamente ou após algum tempo, ou a metodologia empregada mesmo se estiver sendo. Nesse caso, a avaliação de desempenho segue o modelo da caixa preta ao considerar não só as entradas e saídas (produtos) de um dado serviço ou programa, mas também o processo de produção. Nesse caso, a avaliação de desempenho segue o modelo da caixa preta ao considerar não só as entradas e saídas (produtos) de um dado serviço ou programa, mas também o processo de produção.

A avaliação de desempenho tem como objetivo o aperfeiçoamento de um dado programa, desenvolvendo suas fragilidades e melhorando-as. Nesse tipo de avaliação os avaliadores devem e devem avaliar não apenas o curso, mas também o processo de ensino, de aprendizagem e de avaliação.

719

avaliação de programas e serviços

coltas arrastadas de modo que gerem sua participação ou superação das problemáticas identificadas.

A avaliação formativa tem mais ênfase na sua primeira etapa de uma pesquisa, quando se pode proceder com os elementos básicos de sua aplicação na prática. Já a avaliação sumativa amplia seu papel na medida que seu objetivo é avaliar o desempenho de um curso ou programa, avaliando o curso ou programa em termos de sua qualidade e de sua eficácia. Nesse ponto, não se trata mais de aperfeiçoar o programa, mas de avaliar sobre sua continuidade, ampliação ou renovação.

Embora haja concordância sobre a definição de que são avaliações e alguns de seus aspectos mais concretos, o mesmo não ocorre em relação a como avaliar. Diferentes autores vêm procurando uma definição de avaliação baseada-se não mais apenas em aspectos teóricos, mas também em aspectos práticos e de contexto. Assim, a avaliação é o objetivo investigado, especificamente (David Stufflebeam, um dos pioneiros do que compreendemos contemporaneamente por avaliação, realizou uma monografia sobre o tema, há um tempo, o autor [Stufflebeam, 2001] identifica três abordagens distintas, avaliadas ao seguir diferentes e predominantemente fazendo comparações e julgamentos em entre elas.

CONTEXTO E SITUAÇÃO ATUAL

Do ponto de vista filosófico, as teorias de avaliação surgiram na escola filosófica do Pragmatismo (Luzia, 2004), passando originadas no nome de John Dewey, William James e Charles Peirce suas primeiras aplicações. Essa escola conceberia se pela ideia de que é somente pela ação que se podem obter os frutos da condição humana e que portanto o conhecimento humano não é independente da ação, mas sim resultado da ação. Assim, a avaliação é feita por meio da ação, e não por meio da observação. Assim, a avaliação é feita por meio da ação, e não por meio da observação. Assim, a avaliação é feita por meio da ação, e não por meio da observação.

Não raro, mais operacional, alguns autores remetem a Ralph Tyler a origem da avaliação de programas, a partir de seu estudo realizado nos anos 1930 sobre a conexão entre conteúdos e métodos de ensino. Esse estudo levou ao desenvolvimento de uma metodologia de avaliação de programas, que se tornou conhecida como a metodologia de avaliação de programas. Essa metodologia de avaliação de programas é baseada na ideia de que a avaliação de programas deve ser feita por meio da ação, e não por meio da observação. Assim, a avaliação é feita por meio da ação, e não por meio da observação. Assim, a avaliação é feita por meio da ação, e não por meio da observação.

dos. Assim fazendo, extrapolava as fronteiras da avaliação, até aquele momento circunscritas à simples medição, e de certa forma inaugurava o que posteriormente seria chamada de avaliação formativa.

Porém, podemos identificar mais recentemente, na década de 1960, também nos ELIA, os pilares que sustentam os debates e práticas atuais da avaliação de programas. Nesse país estarão concentrados a quase totalidade dos textos e artigos seminais da área, as associações científicas e corporativas, como a American Evaluation Association, e os debates teóricos sobre os métodos considerados mais apropriados. Somente nos anos 1980 é que essa temática ganhará terreno na Europa e Austrália, chegando em alguns países em desenvolvimento nos anos 1990.

Sabemos que Estados totalitários dispensam a avaliação e outras formas de tornar visíveis e analisáveis as suas ações. Mas em um contexto democrático, como os ELIA dos anos 1960, tanto a população quanto a oposição usavam o direito de acompanhar as iniciativas estatais, sobretudo no que tange às ações para melhoria do bem-estar social. Nessa década, ocorre volumosa expansão de ações públicas voltadas ao enfrentamento da pobreza, melhoria da educação, projetos habitacionais, etc. Encontra-se em curso, nesse momento, uma série de programas sociais (chamado *Great Society*), implementados pelo governo do presidente Lyndon Johnson, com o objetivo de pôr fim à pobreza e injustiça racial do país.

Grandes somas de recursos foram investidas e, diferente do setor privado, nos quais as auditorias podem apontar o grau de êxito dos investimentos, as iniciativas sociais em curso ainda não possuíam uma sistemática de acompanhamento que possibilitasse aferir seus desdobramentos. Esse grande volume de programas sociais, aliado às exigências do Congresso e da sociedade americana de maior responsabilidade e transparência na sua condução, desencadeou enorme demanda por processos de avaliação.¹

Em meio à nascente e grande demanda por avaliação de programas oriundas do *Great Society*, muitas metodologias e técnicas administrativas para programas menores fracassaram quando transpostas para

¹ Observe que a avaliação nasce em meio a uma racionalidade instrumental concreta, na busca de melhorias de condições sociais consideradas inaceitáveis (Rossi et al., 1999). Tal pensamento insere-se em um projeto cultural maior de modernização, de imposição de uma ordem racional de busca de bem-estar coletivo, ligado à idéia de que o mundo pode e deve ser melhorado. Para Zúñiga (2004), a adoção tão completa, pela avaliação, das premissas que constituem a modernidade ocidental contemporânea determinam a escassa análise teórica das implicações desta área.

programas sociais complexos e de grande magnitude. O mesmo ocorreu com a tentativa de adaptação de conceitos desenvolvidos e usados com sucesso no comércio e na indústria quando adaptados para avaliar programas federais. Segundo Worthen et al. (2004), quando pesquisadores qualificados das áreas da educação, sociologia e estatística foram chamados, os resultados não melhoraram.

Por trás deste relativo insucesso nos primórdios da avaliação em grande escala encontrava-se fundamentalmente a inexistência de um aparato conceitual e metodológico que pudesse dar sustentação às práticas avaliatórias. Como afirmado por Worthen et al. (2004) em relação a esse período

O trabalho teórico e metodológico relacionado diretamente à avaliação simplesmente não existia e restava aos avaliadores tirar o que pudessem das teorias de disciplinas afins e apropriar-se do que pudessem de metodologias mais bem desenvolvidas, como os estudos experimentais, a psicometria, a pesquisa sobre coleta de dados e a etnografia. Os resultados foram decepcionantes, enfatizando a urgência do desenvolvimento de novas conceituações e métodos sob medida para satisfazer com mais precisão as necessidades dos avaliadores (p. 77).

Mas não era somente a carência de mais consistência epistemológica que levou à utilização de estudos experimentais. A busca de legitimação de programas, avaliando-os da maneira considerada mais científica à época, determinou a escolha pelo caminho da experimentação. Ou seja, a utilização de modelos experimentais espelhava a ambição de testar um programa "cientificamente", medindo-se de maneira supostamente incontestável seus efeitos sociais. Como se poderia esperar, esta ambição de racionalização naufragou diante da complexidade das situações que se pretendia alterar com os programas avaliados, colecionando decepções dentre as várias tentativas americanas de experimentações sociais (Monnier, 1987).

Houve ainda na década de 1960, significativos esforços para o desenvolvimento de um arcabouço teórico e prático, simultaneamente dando sustentação e ampliando o escopo da avaliação de programas. Diversos autores publicaram textos importantes que ajudaram a delimitar a área, discutiram modelos e apontaram as limitações dos referenciais utilizados. É nesse momento que se faz distinção entre avaliação formativa e somativa (Scriven, 2003), que se reitera a função de

juízo de valor das avaliações (Stake, 2003) e se critica os limites dos modelos vigentes (Cuba, 1989).

Nos anos 1970, manteve-se a progressiva ascensão pela demanda de estudos avaliativos e avaliadores nos EUA. A oferta de cursos de formação e a produção teórica expandiu-se em tal dimensão que podemos localizar aí o que hoje tem sido chamado de "indústria da avaliação". Conforme discutiremos adiante, é realmente digno de nota o volume de coleções especializadas no tema, revistas científicas, associações profissionais e científicas, manuais e sites relacionados à avaliação de programas nesse país e mais recentemente na Europa.

Do que vimos expondo, podemos depreender a estreita ligação entre ações do Estado e avaliação, uma vez que os programas nada mais são do que a tradução das políticas públicas de um país. Por isso, a avaliação frequentemente encontra-se influenciada por jogos políticos e de poder. Assim, iniciativas federais americanas que provocaram a expansão da avaliação, nos anos 1960, em contrapartida agiram em sentido contrário nos anos 1980. Sob o governo do presidente Ronald Reagan e sua política de retração de políticas sociais do Estado, houve sensível redução do número de equipe de avaliadores e de relatórios de avaliação produzidos naquele país.

Embora tenha atravessado uma década inóspita, para Worthen et al. (2004), a avaliação teria atingido nos anos 1990 o *status* de profissão e área de especialização. Para o autor, a avaliação preencheria a maior parte dos critérios usados para julgar se uma área de atuação se constitui como profissão. Sob esse prisma, a avaliação preencheria, nos EUA, quesitos como a necessidade de especialistas no tema, a existência de conteúdo exclusivo da área, de cursos formais de preparação de avaliadores, a institucionalização da função e critérios formalmente estabelecidos para a prática da avaliação, dentre outros. Segundo a perspectiva americana, haveria assim terreno teórico e profissional com fronteiras bem delimitadas no campo da avaliação nesse país (Worthen et al., 2004).

No Brasil, a avaliação de programas desperta crescente interesse desde princípios dos anos 1990, ao menos no que concerne aos programas e serviços de saúde (Hartz, 1997). Razões distintas e até antagônicas parecem contribuir para o incremento de discussões, pesquisas e publicações em torno desta temática em nosso país. Podemos ressaltar, de um lado, o advento da constituição de 1988 que amplia os direitos civis dos cidadãos brasileiros; as leis orgânicas da saúde que estabelecem o Sistema Único de Saúde nas três instâncias de governo; e a descentralização crescente de iniciativas antes circunscritas ao plano federal.

O SUS aumentou a extensão e importância política e econômica de serviços e programas na área da saúde. Como grande projeto social de nosso País, desdobra-se e operacionaliza-se em numerosas ações e iniciativas que se tornam alvo constante de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade. Pairem indagações sobre a qualidade dos serviços prestados, a pertinência da tecnologia utilizada e sobre os modelos assistenciais implementados, dentre outros e que convocam a avaliação como um dos instrumentos na busca de respostas (Novais, 2000).

Por outro lado, em um contexto de encolhimento do Estado, de redução do montante destinado aos programas sociais e de tentativa de focalização das políticas públicas, a avaliação é convocada a imprimir caráter técnico para legitimar políticas governamentais de cortes e retrações na área, sendo levada a cumprir papel semelhante ao atribuído, na lenda, ao rei Salomão. Desse modo, podemos notar que tanto a expansão quanto a retração de políticas sociais podem impulsionar trabalhos de avaliação.

No entanto, quando falamos de crescimento do interesse pela avaliação em nosso País, estamos nos referindo sobretudo às universidades e ao terceiro setor. As três esferas de governo — federal, estadual e municipal — muito raramente e sob pressão de eventuais financiadores externos é que incluem processos avaliativos no orçamento de seus projetos sociais. É nas universidades que têm sido produzidos dissertações, teses e outros estudos sobre o tema, tendo os programas sociais em geral e os diferentes níveis do SUS em particular como objeto — consciência ainda não desenvolvida no contribuinte brasileiro em relação às iniciativas públicas.

O chamado terceiro setor tem também se destacado no que tange a avaliação no Brasil. Deste setor partem iniciativas de tradução de vários textos importantes, publicação de livros específicos sobre o tema e oferecimento de cursos, além de efetiva aplicação da avaliação sobre projetos em andamento. Tal interesse pode justificar-se pela exigência dos financiadores (sejam grandes empresas ou cidadãos individualmente) em acompanharem de maneira sistemática os desdobramentos das atividades por eles sustentadas.

Em nosso País, inexistem articulações corporativas, científicas ou institucionais em torno da avaliação. Um passo nesse sentido foi dado com a criação da Rede Brasileira de Avaliação (<http://www.avaliabrasil.org.br>), constituída por um grupo informal, visando fortalecer a cultura e as práticas de avaliação de interesse público no País, aglutinando e disseminando profissionais, textos e experiências.

Temos ainda muito que caminhar para o estabelecimento da avaliação como prática incorporada na gestão e no acompanhamento de projetos públicos. Pesa contra essa necessidade nossa arraigada tradição em nos contentarmos com o simples delineamento das intervenções: agimos como se a definição da missão, objetivos e *modus operandi* fossem suficientes para garantir o sucesso dos programas. Ainda reina entre nós a ênfase nos lançamentos ou no anúncio de projetos — que rendem mais dividendos políticos e na mídia — do que o árduo trabalho de analisar criticamente, ao longo do tempo, os muitos desdobramentos práticos dos programas e serviços cujas fitas de inauguração foram cortadas há muito.

MODELOS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

A grande quantidade de iniciativas de diferentes autores, utilizando distintos recortes para classificar os vários modelos e abordagens possíveis nas investigações avaliativas, parece evidenciar que a área carece ainda de contornos definidos. Talvez isso se deva ao fato de que a avaliação não seja exatamente uma ciência ou uma disciplina. Na verdade, trata-se de um campo de atuação que utiliza predominantemente métodos de pesquisa das ciências sociais. Além disso, seus contornos, métodos e referenciais teóricos podem sofrer fortes influências das disciplinas e áreas no interior das quais serão realizados estudos avaliativos: o fato de uma avaliação ser feita na área da saúde, educação, administração ou assistência social certamente trará conseqüências importantes sobre o referencial teórico, métodos de coleta e análise dos dados, conseqüentemente conformando um modelo avaliativo com particularidades.

Já se disse que parece haver tantos tipos de avaliação quanto de avaliadores (Patton, 1982), e essa grande diversidade de orientações e métodos no campo da avaliação origina as mais diferentes iniciativas tendo em vista dotar o campo de alguma ordem. Porém, o que acaba ocorrendo é a profusão de uma tal quantidade de tipologias, classificações e outras tentativas de unificação que só fazem acrescentar mais corredores ao labirinto. Isso é decorrente do fato de a avaliação constituir-se em campo sobre o qual agem muitos e diferentes vetores, mantendo uma crise epistemológica cuja superação parece estar muito distante (Dubois & Marceau, 2005).

Gostaríamos, no entanto, de chamar sua atenção para o fato de que, na essência, o que está por trás da grande variedade de propostas

de avaliação existentes é a concepção que se tem do que seja a realidade (a chamada "ontologia"); a forma como concebemos as relações entre sujeito e objeto, os limites e a natureza do processo de conhecimento (a "epistemologia"); e finalmente a forma como encaramos as condutas ou regras a serem seguidas para compreender ou analisar um dado objeto (a "metodologia").

Com isso, estamos querendo alertá-lo para o fato de que a escolha por um determinado caminho para se avaliar um programa ou serviço não é ingênua ou neutra. Ainda que um dado avaliador ou grupo de avaliadores não tenha plena consciência disso, sua "escolha" por uma ou outra via é determinada por sua visão de mundo e pelos recursos que ele próprio detém (sua formação e percurso profissional). Os embates e conflitos gerados a partir da opção por esses distintos referenciais materializam-se frequentemente no debate "quanti vs. quali", ou seja, nas discussões sobre fortalezas e fragilidades da utilização de abordagens quantitativas ou qualitativas, conforme discutimos em outro trabalho (Furtado, 2006). Porém, esse debate é somente a ponta do *iceberg*: submerso, mas determinado-o, encontram-se as diferentes concepções de homem, natureza, ciência e política e os modos como se entende as inter-relações entre essas quatro dimensões.

Ainda que condenados a uma certa frustração de seus intentos de ordenar e dotar de racionalidade a grande diversidade de linhas no campo da avaliação, as classificações não deixam de ser interessante exercício de compreensão dessa área, podendo também se constituir em bússola para as primeiras incursões no campo. Por isso, apresentaremos abaixo duas propostas de classificação — a árvore de Alkin (2004) e o *dégradé* de Worthen, Sanders & Fitzpatrick (2004). As duas propostas serão apresentadas sem que tenhamos pretensão de esgotar ou ordenar um campo que permanece refratário aos esforços de uniformização, mas como convite a um exercício que nos permita adentrar nessa área percebendo-se alguns macroeixos ou pontos cardeais, a partir dos quais poderemos circular. Caberá a você utilizá-los, integrá-los em algum grau ou até mesmo criar novos referenciais, concepções e modos de operar a avaliação.

♦ A árvore de Alkin

Alkin (2004) propõe a imagem de uma árvore para que possamos compreender as principais vertentes da avaliação. Segundo essa metáfora, as raízes da avaliação seriam constituídas por dois componentes:

por um lado, a necessidade de imprimir transparência e responsabilidade, com o intuito de garantir controle social aos programas e serviços e, por outro, pela pesquisa em ciências sociais. Teríamos assim uma árvore nutrida pela necessidade de dar retorno à sociedade sobre o que se faz (e por que) em relação aos programas sociais desenvolvidos e, ao mesmo tempo, pelo interesse em tornar a busca de análise e compreensão desses processos rigorosa e sistemática, recorrendo-se para isso à pesquisa em ciências sociais.

Dessa árvore sairiam três grandes galhos, compostos respectivamente por: 1) autores e estudiosos da avaliação voltados mais especificamente para os valores e julgamentos dos grupos de interesse envolvidos em um dado programa; 2) por aqueles especialmente ocupados com as questões de método envolvidas no processo avaliativo e finalmente por 3) estudiosos preocupados com a efetiva utilização dos resultados da avaliação realizada.

No primeiro "galho" teríamos iniciativas de avaliação referenciadas por autores especialmente orientados para a detecção e consideração das percepções, valores e questões dos grupos de interesses envolvidos com um dado programa. Aqui estariam agregadas investigações avaliativas que apresentam especial interesse na inserção do maior número de atores no processo, sejam estes usuários, familiares, profissionais, gestores e outros que possam ser indicados pelos participantes iniciais, incluindo potenciais vítimas da avaliação em curso, caso esta venha a deflagrar alterações profundas no objeto avaliado. Trata-se de um agrupamento composto por autores que tradicionalmente fazem a defesa de um tipo de avaliação que responda às necessidades e questões de diferentes atores, que inclua diferentes perspectivas e utilize métodos construtivistas, como Guba & Lincoln (1989), Stake (2004) e Scriven (1995).

Outro galho dessa árvore pedagógica é representado pelos autores que advogam especial importância do método — ou mais especificamente do rigor metodológico — como principal eixo dos processos avaliativos. Segundo essa perspectiva, a utilização de estudos experimentais ou quase-experimentais, a correlação de variáveis e outras iniciativas garantiriam qualidade ao processo avaliativo. Como afirmado pelo autor, "No começo era a pesquisa. . . e os métodos de pesquisa dominavam a condução dos estudos" (Alkin, 2004, p. 17), ou seja, como já vimos no início deste capítulo, o campo da avaliação apoiou-se fortemente no rigor metodológico hegemônico (Monnier, 1987) como forma de legitimar-se em seus primórdios, buscando na aplicação rigo-

rosa de métodos científicos a solução de problemas sociais. Autores como o próprio Ralph Tyler, além de Campbell (1997) Rossi (1999) e Chen (1990) seriam representantes dessa linha de pensamento.

Por último, o terceiro galho seria constituído por autores especialmente preocupados com a efetiva utilização dos resultados, já que uma das funções da avaliação é justamente subsidiar a tomada de decisões. A grande questão para quem estuda ou opera segundo esse referencial é: o que deveria fazer o avaliador para tornar os resultados da avaliação potencialmente utilizáveis? Certamente os tomadores de decisão, como os gestores, são grupos relevantes para os defensores dessa perspectiva. Patton (1997) é um dos proeminentes representantes dessa vertente, tendo formulado o conceito de potenciais (e principais) utilizadores da avaliação. Além dele, Stufflebeam (2000) é também expoente nessa subárea.

Os teóricos favoráveis ao estreitamento do foco sobre a utilização defendem que a avaliação requer um conhecimento relativamente menor do que o demandado pela ciência social básica. A descrição, compreensão, descobertas e o aprofundamento de questões levantadas pelos potenciais tomadores de decisão seriam tão importantes quanto o estudo de fatores causais, o que equivale a dizer que algum sacrifício do rigor metodológico poderá trazer benefícios tanto à agilidade na realização quanto à adequação e efetiva utilização dos resultados da avaliação.

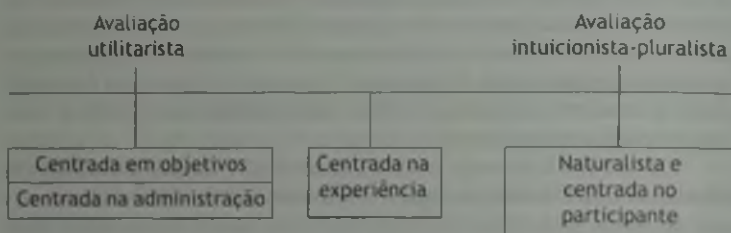
O esforço empreendido por Alkin (2004) de definir as origens e principais eixos da avaliação possui, no entanto, limitações a que estamos sujeitos sempre que tentamos formular tipologias. Nas práticas cotidianas, as diferentes perspectivas fazem interfaces e interseções, exercendo-se umas às outras, e o processo avaliativo dependerá também de sujeitos concretos com suas potencialidades e limitações específicas. A maior parte dos autores por ele agrupados em um ou outro "galho" foi convidada a debater sua metáfora no próprio livro onde ela é apresentada (intitulado *Evaluation Roots*) e, não por acaso, aí encontramos concordâncias, discordâncias e outros debates em torno da avaliação em geral e das tentativas de unificá-la em torno de propósitos e métodos.

♦ Uma tipologia em *dégradé*

Worthen et al. (2004) propõem a classificação em seis tipos de avaliação segundo estejam centradas respectivamente nos objetivos, na administração, nos consumidores, em especialistas, em adversários, nos participantes. Segundo os próprios autores não se trata de mode-

los nem teorias, mas de concepções centradas em determinada forma de compreender o que seja a realidade e as formas de abordá-la. Esta classificação, da qual abordaremos quatro tipos, oscila entre dois pólos: um caracterizado pela relevância dada à efetiva utilização da avaliação por atores encarregados de tomar decisões e outro caracterizado pela importância dada à maior inclusão dos diferentes atores envolvidos e à utilização de métodos interpretativos e construtivistas (Figura 1).

Figura 1 (adaptado de Worthen et al., 2004).



A avaliação centrada em objetivos concentra-se em evidenciar e medir em que grau os propósitos foram alcançados e as metas iniciais atingidas. A discrepância entre o previsto e o realizado será a informação privilegiada para orientar tomadas de decisões. A avaliação centrada na administração, por sua vez, enfoca as necessidades de informações das pessoas que tomam decisões, circunscrevendo o processo ao interesse dos gestores. Estes dois tipos caracterizam-se pelo pragmatismo, pela visão de conjunto, o foco nos resultados e pela consideração quase exclusiva nos interesses dos líderes, além da busca por efetiva utilização dos resultados. Este tipo de avaliação poderia ser pendurado no galho "utilização" proposto por Alkim (2004) e apresentado no tópico anterior.

A avaliação centrada na experiência e em especialistas baseia-se na premissa de qualidade do julgamento de detentores do conhecimento sobre um dado programa ou outro objeto avaliado. Normalmente, somos muito mais analisados por esse tipo de avaliação do que supomos. A acreditação de hospitais, o julgamento de artigos científicos para publicação, de projetos científicos para obtenção de financiamento, dentre outros, são exemplos de avaliação dessa natureza.

As avaliações centradas nos grupos de interesse têm como objetivo compreender e considerar a complexidade de um programa ou serviço levando-se em conta as realidades múltiplas aí envolvidas, com

especial interesse no contexto e na utilização de metodologias compreensivas. Este tipo de avaliação alinha-se claramente àquela voltada para os valores dos participantes proposto por Alkin (2004). Apesar de ter sido colocada no lado oposto ao da "utilização", defensores e formuladores desse tipo de avaliação ressaltam dentre seus pontos positivos justamente maior garantia de utilização dos resultados, uma vez que os diversos grupos de interesse são envolvidos no processo desde os seus primórdios.

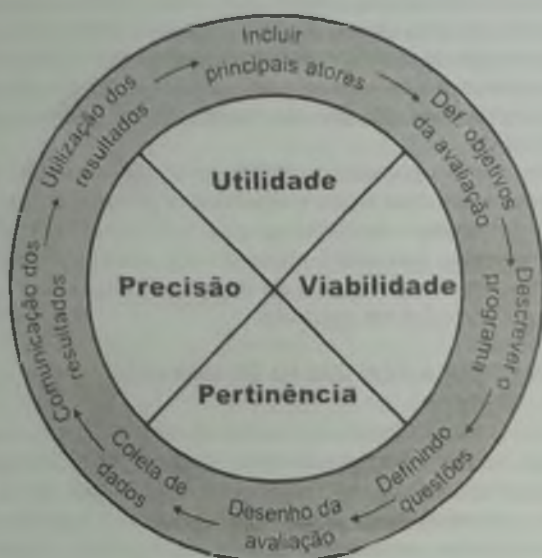
Muitas outras tipologias poderiam ser apresentadas, no entanto julgamos que essas duas sejam emblemáticas, ressaltando grandes eixos do debate interno à avaliação: grau de importância a ser dado aos grupos de interesse, garantias à utilização dos resultados, participação de diferentes atores e relevância a ser dada à metodologia em geral e a determinados métodos em particular.

PASSOS PARA A REALIZAÇÃO DE UMA AVALIAÇÃO

Existem muitos manuais indicando trilhas a serem percorridas para a condução de um processo avaliativo (Breton, 2001; Chianca et al., 2001; CDC, 1999; Kellogg, 1998), além de manuais que fazem discussão teórica e apresentam modos de operacionalizar a avaliação segundo o ponto de vista apresentado (Minayo et al., 2005; Zúñiga, 2004; Worthen et al., 2004; Rossi, 1999; Hartz, 1997; Guba & Lincoln, 1989).

Baseando-nos nos textos citados no parágrafo anterior e em nossa experiência, propomos um roteiro geral ou sugestão de passos a serem dados para a realização de uma avaliação. Esse roteiro deve ser consistente o suficiente para nos dar idéia do que possa vir a ser um processo dessa natureza e amplo o necessário para comportar os mais diferentes referenciais, concepções e propostas metodológicas. Observe que poderemos seguir o mesmo roteiro para realizar avaliações nas mais diversas áreas e realidades e lançando mão de métodos distintos, sejam estatísticos ou etnográficos. O que esse roteiro procurará garantir é a inserção dos diferentes grupos de interesse, clareza em relação ao por quê e para quê se pretende iniciar o processo, cuidadosa discussão na elaboração das perguntas e escolha do método, transparência na elaboração e comunicação dos resultados e finalmente preocupação durante todo o trabalho em levantar informações realmente pertinentes e úteis para a tomada de decisão. Do nosso ponto de vista, poderíamos traduzir em sete os passos a serem dados na condução de um processo avaliativo, conforme apresentamos a seguir (Figura 2).

Figura 2 (adaptada de CDC, 1999).



♦ **Identificar os grupos de interesse:** Os grupos de interesse podem ser definidos como pessoas ou grupos que de alguma forma são afetados por um processo avaliativo. Incluem a equipe do programa ou serviço, financiadores, usuários, líderes comunitários, instituições parceiras, vizinhos, etc.

Dessa forma, podemos perceber que os programas e serviços objetos de uma avaliação têm sempre mais de um público com legitimidade tanto para formular questões quanto para participar efetivamente do processo. O engajamento dos diversos segmentos é crucial tanto para o sucesso do processo avaliativo quanto para a credibilidade dos resultados. A apatia ou a recusa a colaborar podem determinar o fracasso da avaliação.

Esses grupos podem ser inseridos desde o início, quando do planejamento da avaliação: suas questões e reivindicações podem fornecer rico material para definição do desenho final do processo. Subgru-

pos compostos por pessoas em condições de tomar decisões em relação ao objeto avaliado podem ser considerados os principais usuários da avaliação.

Sugerimos a criação de um Comitê da Pesquisa, composto por representantes dos vários grupos de interesse, cuja existência temos avaliado positivamente em nossa prática. Esse grupo poderá apoiar o desenvolvimento do processo desde sua concepção e planejamento até seus aspectos operacionais, além de sugerir eventuais correções de rota e participar na redação e divulgação dos resultados finais.

• **Definir os propósitos da avaliação:** um processo avaliativo pode ter muitas funções, sendo importante ter claras as principais motivações que impulsionam um trabalho dessa natureza. Em linhas gerais, faz-se avaliação para: ajustar o programa de modo que ele possa atender melhor a seus objetivos, aperfeiçoando-o (avaliação formativa); para decidir sobre sua manutenção, encerramento ou profunda modificação (avaliação somativa); para a geração de informações para ampliar sua escala (quando se trata de pilotos) ou para contribuir com o avanço dos conhecimentos. Esses princípios gerais devem ser detalhados até que se tenha clareza sobre o que motiva a avaliação, já que esses propósitos serão decisivos para a formulação das perguntas da avaliação.

• **Descrever o programa:** só é possível avaliar algo cuja estrutura essencial foi compreendida. Por isso, é fundamental que aspectos centrais do programa ou serviço estejam claros para todos os grupos de interesse e para os avaliadores, servindo de base para os passos subsequentes. Ou seja, é preciso estabelecer consenso sobre o que, afinal, estamos avaliando. Quais são os problemas enfrentados pelo programa? Qual é a sua clientela-alvo? Em que contexto social e político ele se desenvolve? Que atividades executa e como as articula? Quais são os seus produtos?

Deverão ser descritas as diferentes operações realizadas pelo serviço ou programa, os recursos utilizados, etc., importando fazer as ligações entre os objetivos essenciais e os meios postos em prática para obtê-los. Essa concatenação e descrição formal (contendo os problemas, premissas, ações e resultados esperados) é o que constitui o "modelo lógico" ou a "teoria do programa". Na maioria das vezes, essas concepções sobre quais problemas e como opera um dado programa não estão explicitadas. Faz-se necessário esforços para evidenciá-las, o que constitui em si interessante oportunidade para uma aproximação coletiva entre avaliadores e grupos de interesse e destes com o projeto. Estas conexões podem também ser articuladas e apresentadas na forma

de fluxogramas. Entrevistas, documentos do serviço, discussões grupais, observações em campo, dentre outras fontes, podem subsidiar a descrição do programa. Devemos, no entanto, ficar atentos para o fato de que o objeto descrito sofrerá transformações com o tempo, implicando revisões periódicas à descrição inicial.

• **Definir as questões da avaliação:** avaliações são realizadas quando a simples observação ou o acompanhamento rotineiro de um dado serviço são insuficientes para responder em profundidade às indagações sobre um ou mais aspectos seus. Considerando que a qualidade de uma resposta depende em boa parte do teor e pertinência da pergunta realizada, podemos afirmar que as indagações que compõem o plano de uma avaliação são decisivas para o sucesso de todo o processo: perguntas malformuladas, ou que não representem verdadeiramente as questões dos grupos de interesse ou que não levem em conta os recursos e o tempo disponíveis, conduzirão a avaliação a um fracasso parcial ou mesmo completo.

Deve-se refletir se uma determinada pergunta realmente reduziria a incerteza atual, se toca em pontos considerados críticos do projeto, sobre sua importância para os diferentes atores e o quanto de subsídios forneceria para a tomada de decisões, dentre outras. Assim procedendo, dota-se de racionalidade o processo de decisão, garantem-se os necessários e inevitáveis recortes ao processo avaliativo e imprime-se transparência às razões pelas quais uma dada pergunta foi inserida ou excluída do processo.

A definição das questões da avaliação pode passar por duas etapas, a primeira caracterizada por uma "explosão" de idéias, quando os vários grupos de interesse dão suas opiniões e indicam quais perguntas deveriam merecer atenção no processo avaliativo. No segundo momento, as sugestões deverão ser afiniladas, utilizando-se cinco critérios para definir as que serão consideradas: pertinência em relação ao objeto avaliado, capacidade de levantar informações importantes, grau de importância para um ou mais grupos de interesse, recursos e tempo requerido para responder a elas. Um equilíbrio entre esses cinco critérios pode ser um bom indicativo para se definir pela inclusão de uma pergunta.

• **Coleta e análise dos dados:** uma vez definidas as questões da avaliação, devemos decidir quais informações são necessárias para responder a elas, além de como e onde essas mesmas informações podem ser obtidas. O desenho da pesquisa deverá ser tão simples quanto possível e adequado para responder às perguntas dos grupos de interesse. Esta etapa exige do avaliador bom conhecimento a respeito dos méto-

dos de pesquisa, de maneira que defina os melhores caminhos, afinal a credibilidade de uma avaliação dependerá muito da adequação e pertinência do método proposto.

Os métodos da pesquisa avaliativa são provenientes da pesquisa científica, particularmente os originários das ciências sociais e da saúde. Por isso, os desenhos podem ser experimentais ou quase-experimentais, ou construtivistas e interpretativos. Como já dissemos, a opção por um ou outro referencial dependerá da formação dos avaliadores, das questões formuladas na avaliação e dos interesses dos grupos envolvidos. Mais de um referencial pode ser utilizado, articulados através da triangulação em avaliação (Minayo et al., 2005). As técnicas de coleta de dados estarão em estreita ligação com o desenho mais geral da pesquisa. Em regra, essas técnicas constituem-se de: análise de documentos (oficiais ou não); entrevistas com informantes-chave; observação sistemática, livre ou participativa; entrevistas (individuais ou grupais); grupos focais; técnica de Delphi e aplicação de questionários. Uma vez coletada, a informação deverá ser descrita, analisada e interpretada segundo sua natureza quantitativa ou qualitativa, seguindo-se um julgamento sobre o significado dos achados relativos ao programa ou serviço.

• **Comunicação dos resultados:** é uma resultante de todo o processo desenvolvido. A constituição de um comitê da avaliação, composto por representantes dos grupos de interesse, conforme assinalado, garante que a construção dos resultados seja gradual e que a comunicação final seja fruto do trabalho e interação de boa parte da clientela entre si e com os resultados levantados. Os autores são unânimes a respeito da importância de dar visibilidade aos resultados, de fazer mais de um relatório, se necessário, com linguagens diferenciadas, de modo que o torne acessível a todos os interessados.

O relatório deve percorrer desde os propósitos da pesquisa, perguntas definidas, métodos e achados, apresentando também o julgamento dos avaliadores com base em critérios e indicadores definidos. Os pontos fortes e fracos do programa ou serviço devem ser salientados e o real contexto em que se efetivou o processo deverá estar visível. Naturalmente o grau de detalhamento do relatório irá variar segundo os subgrupos a que for endereçado, garantindo-se, no entanto, que o relatório completo esteja disponível para todos os envolvidos que se interessarem.

• **Utilização dos resultados:** a garantia de utilização dos resultados de uma avaliação é algo que se constrói desde os seus primórdios e não uma ação isolada que se possa fazer *a posteriori*. O envolvimento

dos grupos de interesse, a criação de um comitê de avaliação, o cuidado em definir os objetivos e questões da avaliação e o rigor na escolha dos métodos mais adequados constitui-se na garantia de geração de informações úteis e críveis, de tal forma que os resultados sejam reconhecidos como verdadeiros subsídios para as tomadas de decisões que se fizerem necessárias.

Não há nenhum roteiro que garanta sucesso pleno. O que apresentamos acima são balizas gerais para guiar o processo em alguns momentos e/ou afastá-lo de alguns riscos previsíveis, mas o resultado final irá depender de diversos fatores e deverá ser também analisado. Assim como os serviços e programas a própria avaliação pode ser avaliada, o que se convencionou chamar de meta-avaliação. Um comitê misto constituído nos EUA, por volta da década de 1980, do qual participaram numerosas associações ligadas a avaliação, estabeleceu vários critérios para determinar o que seria um bom estudo avaliativo. Em síntese, uma boa avaliação deveria preencher os critérios de 1) utilidade (gerar informações necessárias e críveis para os grupos de interesse); viabilidade (propor caminho exequível do ponto de vista político, de recursos e de prazos); 3) pertinência (também traduzida como "propriedade", sugere que a avaliação deva assegurar o atendimento das necessidades dos grupos envolvidos e seus direitos, conduzindo o processo dentro do âmbito legal e ético); 4) precisão (procedência das técnicas e dos recortes realizados).

AVALIAÇÃO E LEGITIMIDADE

A avaliação de programas e serviços insere-se, assim como o planejamento em saúde, na temática da gestão em saúde coletiva. A avaliação pode ainda ser vista como uma terceira volta do parafuso dos processos de planejamento. Uma vez concebido, dada a sua complexidade, um programa ou serviço precisa contar com detalhado planejamento que será seguido dos passos para sua implementação. O processo avaliativo surgirá mais à frente, em um terceiro momento, quando os pressupostos e ações serão confrontados com a prática. A partir daí, várias perguntas sobre pontos críticos poderão ser formuladas, tornando-se ponto de partida para a geração de informações que tragam esclarecimentos e subsidiem decisões. Nesse sentido, gestão, avaliação e planejamento podem ser considerados instâncias muito próximas e convergentes.

E assim como a função do planejamento em saúde é produzir saúde, ainda que para isso precise enfrentar racionalidades econômicas

e/ou de eficácia hegemônicas em outros setores (Onocko Campos, 2003), no caso da avaliação não seria diferente: a função primordial da avaliação de programas e serviços em nosso setor é produzir saúde. Tudo o que vimos discutindo constitui-se em um instrumental para a realização de avaliações cujo sentido será contemplado somente quando qualificuem os programas e serviços para a efetiva produção de saúde. Do nosso ponto de vista, essa é a ética que deve guiar as iniciativas em avaliação.

De outro lado, sabemos com Campos (2001) que entre os compromissos existentes nos programas e serviços acham-se os diretamente ligados ao desenvolvimento dos coletivos de pessoas que neles trabalham e os constituem. Para o autor, gestão, planejamento, avaliação e outros arranjos devem propiciar sensível incremento na capacidade de análise de si mesmo e do mundo desses coletivos organizados para a produção de saúde, aumentando assim sua autonomia e capacidade de estabelecer articulações com seu entorno. Os antagonismos colocados pela administração tradicional entre a produção de valores de uso (os "produtos") e as iniciativas voltadas para a constituição de coletivos autônomos e criativos poderia ser superada pela idéia de uma síntese calcada na produção simultânea de bens e serviços e criação de espaços para a realização pessoal de sujeitos produtores.

Ou seja, os dispositivos introduzidos para promover revisão, transformação e mudanças em um programa ou serviço (seja a realização de uma oficina de planejamento ou um processo de avaliação) deverão ater-se não só à missão, propósitos ou ao seu modelo lógico, mas também aos modos como aí se responde às demandas de ordem subjetiva, oriundas dos sujeitos inseridos. Baseados nisso, propomos a exploração e ampliação dos aspectos pedagógicos, empoderadores e de produção de subjetividades potencialmente presentes nos processos avaliativos e que podem contribuir para reafirmar o trabalho como um dos modos de produção e constituição de sujeitos, de coletivos e de instituições. A avaliação como um percurso para qualificar programas e serviços e também para desenvolver os trabalhadores, gestores e grupos de interesse envolvidos. Nesse sentido, a inclusão das diferentes perspectivas deveria materializar crescentes graus de co-gestão do processo avaliativo e do próprio programa ou serviço, pois afinal estaremos lidando com ações para as quais muitos trabalhadores dedicam a maior parte de seu tempo de vida.

Já se disse, em um esforço de concisão, que avaliar é emitir um juízo de valor, lançando mão de critérios explícitos, utilizando bases de

informações existentes ou construídas, visando a tomada de decisão. Gostariamos, no entanto, de ressaltar que o valor dessas ações localiza-se para além destas e só será confirmado quando capacite e desenvolva os grupos de interesse e catalise a produção de saúde e a defesa da vida.

REFERÊNCIAS COMENTADAS

- Worthen, B. R., J. R. Sanders & J. L. Fitzpatrick. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Edusp-Gente, 2004, 730 pp.
Existem poucas traduções para o português da extensa bibliografia sobre avaliação existente na língua inglesa. Com o apoio dos Institutos Fonte e Ayrton Senna esse livro foi traduzido e publicado no Brasil. Trata-se de um ótimo texto para quem quer se introduzir e aprofundar na temática da avaliação. A linguagem é clara, sem fazer concessões, e os assuntos são ilustrados com exemplos e diálogos com a experiência prática. Os autores vão das origens à especulação sobre o futuro da avaliação, passando por uma tipologia por eles proposta e apresentando discussões sobre metodologias, coleta e análise dos dados além de subsídios para planejar, conduzir e avaliar avaliações.
- Alkin, M. C. (org.). *Evaluation Roots: Tracing Theorists' Views and Influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004, 424 pp.
Marvin Alkin elaborou a metáfora de uma árvore com três galhos, cada um representando três teorias-chave no campo da avaliação (centradas na utilização, em métodos e nos valores e julgamento dos grupos de interesse respectivamente). Em seguida convidou importantes autores para que estes últimos comentassem suas respectivas inserções em cada um dos "galhos". O resultado é um interessante debate epistemológico sobre os referenciais e concepções que norteiam o campo da avaliação. Alguns dos 26 capítulos são escritos em linguagem informal e outros têm estilo acadêmico, e muitos autores discordam e polemizam em relação às suas respectivas inserções na tipologia proposta. Um texto instigante para quem deseja aproximar-se de discussões epistemológicas na avaliação.
- Minayo, M. C. S.; S. G. Assis & E. R. Souza (org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 244 pp.
Um texto polifônico, calcado em experiência grupal de avaliação, em três municípios diferentes, de um programa implementado por uma ONG. Nos sete capítulos desse livro, transpiram interfaces e diálogos entre teoria e prática e vice versa. Aqui encontramos as possibilidades e vicissitu-

des da aproximação de métodos quantitativos e qualitativos, que podem ser entrevistadas a partir das questões levantadas pelos autores no transcurso dos trabalhos. Ao leitor fica a ideia de que é possível superar o debate do exclusivismo dos referenciais quantitativo ou qualitativo.

Zúñiga, R. *La evaluación en la acción social: autonomías y solidaridades*. 2004, 175 pp. (Retrieved DATE from <http://homepage.mac.com/ricardo.b.zuniga>)

O professor Ricardo Zúñiga, da Universidade de Montréal, psicólogo social e interessado nas questões relativas à avaliação e participação desenvolve diversas questões de interesse nesse livro, que tem a peculiaridade de estar disponível para ser baixado gratuitamente através da rede web no endereço indicado acima. Um texto ainda raro na área da avaliação pela maneira crítica como o autor discute as origens da avaliação e pelo avanço realizado para além do discurso politicamente correto, ao tratar de maneira madura, consistente e politizada — e às vezes cética — conceitos como autonomia, participação e empoderamento

Hartz, Z. M. A. *A avaliação na área da saúde: dos modelos assistenciais à prática da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, 131 pp.

Já se disse uma vez que clássicos são os que sobrevivem ao tempo, mantendo suas virtudes. Nesse caso, o livro de Zulmira Hartz é um clássico que atravessa quase uma década, desde que abriu, em 1997, novos discursos e questões para a avaliação no campo da saúde no Brasil. Em parceria com membros do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde da Umontréal, Hartz discute conceitos e métodos fundamentais da avaliação, além de apresentar recortes possíveis dentro da pesquisa avaliativa (análise estratégica, de intervenção, produtividade, efeitos, rendimento e implantação) a partir de uma experiência de análise de implantação de um programa no Nordeste brasileiro.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

- CDC. Framework for Program Evaluation in Public Health, 48(RR-11), 1-40, 1999.
- Cohen, E. & R. Franco. *Avaliação de projetos sociais*. São Paulo: Vozes, 1998, 312 pp.
- Cook, T. D. & C. H. S. Reichardt. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. 3.ª ed. Madri: Morata, 1997, 228 pp.
- Furtado, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), pp. 165-82, 2001.

- Furtado, J. P. *A avaliação como dispositivo*. Doutorado em Saúde Coletiva. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001a.
- Guba, E. G. & Y. S. Lincoln. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989, 294 pp.
- Monnier, E. *Évaluations de l'action des pouvoirs publics: du projet au bilan*. Paris: Economica, 1987, 169 pp.
- Novaes, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública* 34(5), pp. 547-59, 2000.
- Patton, M. Q. *Utilization-focused Evaluation*. Beverly Hills: Sage Publications, 1997, 432 pp.
- Rossi, P. H., H. E. Freeman & M. W. Lipsey. *Evaluation: a systematic approach*. 6.^a ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999, 500 pp.
- Stufflebeam, D. L. Evaluation Models. *New Directions for Evaluation*, n.^o 89, 2001.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

- Rede Brasileira de Avaliação: <http://www.avaliabrasil.org.br>
- Sociedade Canadense de Avaliação: <http://evaluationcanada.ca/>
- Sociedade Espanhola de Avaliação de Políticas Públicas: <http://www.sociedadevaluacion.org/>
- CDC Evaluation Working Group: <http://www.cdc.gov/eval/resources.htm>
- Associação Americana de Avaliação: <http://www.eval.org/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alkin, M. C. (org.). *Evaluation Roots: Tracing Theorists' Views and Influences*. Thousand Oaks: Sage, 2004, 424 pp.
- Alves, R. *Filosofia da Ciência: introdução ao jogo e suas regras*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- Breton, J.-J., H. Bilodeau & R. Boyer. *Guide pratique pour un programme en santé mentale: planifier, implanter, évaluer*. Montréal, Québec, Canada: Hôpital Rivière-des-Prairies, 2001, 104 pp.
- CDC. Framework for Program Evaluation in Public Health, 48(RR-11), 1-40, 1999.
- Chianca, T.; E. Marino & L. Schiesari. *Desenvolvendo a cultura de avaliação em organizações da sociedade civil*. São Paulo: Global, 2001.
- Dubois, N. & R. Marceau, R. Un état dex lieux théoriques de l'évaluation: une discipline à la remorque d'une révolution scientifique qui n'en

- limit pas. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 20(1), pp. 1-36, 2005.
- Furtado, J. P. Avaliação para o conhecimento e transformação. In M. L. Bosi & I. M. Mercado *Avaliação qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.
- Guba, E. G. & Y. S. Lincoln. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989, 294 pp.
- Scriven, M. Metodologia da avaliação. In: J. Sander (org.) *Introdução à avaliação de programas sociais*, coletânea de textos traduzidos pelo Instituto Fonte, 2003.
- Hartz, Z. M. A. *A avaliação na área da saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, 131 pp.
- Kellogg Foundation. *Evaluation Handbook*, Retrieved DAIT: from <http://www.wkkf.org/default.aspx?tabid=112&NID=196&languageID=0>
- Minayo, M. C. S.; S. G. Assis & E. R. Souza (org.). *Avaiiação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- Monnier, E. *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. du projet au bilan*. Paris: Economica, 1987, 169 pp.
- Novaes, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, 34(5), pp. 547-59, 2000
- Onocko Campos, R. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Patton, M. Q. *Practical Evaluation*. Beverly Hills: Sage, 1982, 327 p.
- Rossi, P. H., H. E. Freeman & M. W. Lipsey. *Evaluation: a Systematic Approach*. 6.^a ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999, 500 pp.
- Stake, R. E. A natureza da avaliação educacional. In: J. Sander (org.) *Introdução à avaliação de programas sociais*. Coletânea de textos traduzidos pelo Instituto Fonte, 2003.
- Stufflebeam, D. I. *Evaluation Models. New Directions for Evaluation*, n.º 89, 2001
- Worthen B. & J. Sanders. Avaliação versus pesquisa. In J. Sander (org.) *Introdução à avaliação de programas sociais*. Coletânea de textos traduzidos pelo Instituto Fonte, 2003.
- Worthen, B. R.; J. R. Sanders & J. L. Fitzpatrick. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Edusp-Genie, 2004, 730 pp.
- Zúñiga, R. La evaluación en la acción social. autonomías y solidaridades. Retrieved DAIT: from http://homepage.mac.com/ricardo_bzuniga/

COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE

Brani Rozemberg

A QUESTÃO que ocorre ao profissional de saúde para introduzir o tema da comunicação e da participação em saúde é: "O que estamos fazendo com os conhecimentos que acumulamos?" Para que estão servindo? De que modo nós pretendemos, com eles, interferir na realidade, nos processos de trabalho e na qualidade de vida das comunidades e das pessoas?

Sim, porque o conhecimento só adquire relevância quando é aplicado, posto em prática, partilhado. Por isso, esse capítulo se ocupa de aprofundar nossa reflexão sobre a comunicação em saúde e o quanto nossas atividades profissionais implicam um trabalho comunicativo.

O capítulo fala também das metodologias de pesquisa participativas, alertando para os desafios enfrentados pelos profissionais que utilizam estratégias de trabalho com grupos.

Ao final da leitura poderemos nos situar melhor sobre o tipo de comunicação e de participação que estamos exercendo ou que pretendemos estabelecer em nossas atividades como profissionais de saúde.

O QUE É COMUNICAÇÃO?

A primeira coisa a fazer, quando buscamos conhecer os sentidos correntes de uma palavra, é procurar a ajuda de um dicionário. No dicionário, *comunicar* aparece como o "Ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer de aparelhamento técnico especializado, sonoro e/ou visual [...]".

Mas será que comunicar é somente transmitir e receber mensagens? Ora, isso até uma máquina é capaz de fazer! Ao longo deste texto

vamos entender a origem desta definição "mecânica" da comunicação. Mas para começar bem nosso trabalho, vamos ver outras definições dicionarizadas, como por exemplo, a de que: "Comunicação é a capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre as pessoas", ou "Convivência, trato, convívio".

É bom lembrar, ainda, que existem várias formas de comunicação: a **comunicação interpessoal**, direta, estabelecida entre duas ou mais pessoas frente a frente, por carta ou telefone; a **comunicação de massa**, dirigida a uma faixa grande de público, anônimo, disperso e abrangente, efetuada por meios de comunicação de massa como jornais, revistas, TV, rádio, etc.; a **comunicação não verbal**, baseada em signos independentes da linguagem falada, como as imagens, a música, etc.

Mas o mais importante de se notar é que *comunicar* vem da palavra latina *communicare*, que quer dizer "tornar comum, partilhar, repartir, associar". Uma definição da qual gostamos é a do filósofo J. Dewey, (1859-1952) que diz: "Comunicação é o processo de *repartir a experiência* para que ela se torne *patrimônio comum* e que *modifica* a disposição mental das partes associadas". Isso quer dizer que a comunicação é um ato social, e está na raiz do que podemos chamar de humanidade. A comunicação permite que experiências, sensações, idéias ou pensamentos possam ser partilhados com outros. Comunicar significa "estar em relação com", representa a ação de "pôr em comum".

Nesse sentido, identifica-se com um processo social básico, a **interação**. Este é o melhor sentido da palavra *comunidade*. Assim, *comunidade* é bem mais do que um grupo de pessoas que têm algo em comum ou que simplesmente moram na mesma região, mas sim um ambiente no qual as experiências e o conhecimento possam ser postos em comum, onde há diálogo e interação social.

Se comunicar é "compartilhar, dialogar, tornar comum uma experiência ou conhecimento", não temos dificuldade em entender a importância da comunicação nas profissões em saúde, pois na maioria delas a *interação em sociedade* tem enorme importância, em que experiências são compartilhadas tornando-se comuns a todos, em que o diálogo é imprescindível, e sempre objetivando uma vida com mais qualidade.

Fica claro, portanto, que é preciso levar em conta a complexidade dos processos comunicativos, já que a comunicação é inseparável da própria estrutura sociocultural. Sendo assim, os processos comunicativos dão-se quer o profissional queira, quer não, ou seja, mesmo que ele não esteja intencionalmente se propondo a comunicar algo, sua

presença e suas práticas na sociedade estão de qualquer forma "passando uma mensagem", ou melhor, várias mensagens.

Vejamos alguns exemplos de situações de comunicação não intencionais nas profissões da saúde.

As pesquisas que realizamos nas últimas décadas demonstraram a forte influência do trabalho dos então chamados "guardas sanitários" na forma como as comunidades rurais entendiam as doenças. Demonstraram também que, apesar de terem de modo geral boas relações nas comunidades, os "guardas sanitários" dificilmente consideravam-se educadores ou percebiam com clareza os efeitos de sua ação comunicativa, o que era uma pena, pois perdiam excelentes oportunidades de consolidar *intencionalmente* os conhecimentos populares.

As comunidades aprendiam e "confirmavam" os conhecimentos ao observar o trabalho dos guardas sanitários, o qual as influenciavam mais do que as palestras dadas intencionalmente por educadoras.

Por exemplo, quando os guardas pediam ao morador uma amostra de fezes para exame, a população entendia que devia *mesmo* haver alguma evidência de doença nas fezes, caso contrário, o governo não iria gastar gasolina nos carros oficiais para ir e vir com aquele material nos potes. Quando os guardas faziam buscas de moluscos transmissores da esquistossomose nas águas dos córregos, os moradores da região percebiam que aqueles animais, aparentemente "lesmas inofensivas" deveriam realmente oferecer algum perigo, pois aqueles "guardas" com uniforme semelhante aos dos militares, transitando em carro de "chapa branca", viajando para tão longe, não estariam "caçando lesmas" à toa. Como no dito popular, um exemplo valia mais que mil palavras.

Sendo assim, torna-se evidente que a comunicação não se dá apenas pela fala. É mesmo na fala, há diferentes entonações de voz, silêncios, pausas, alterações de volume que também são signos, isto é, formam um sentido para aquele que ouve.

Teorias recentes do campo de estudos da comunicação e da lingüística, como a teoria dos atos de fala, ou a teoria da enunciação, nos levam a compreender que o uso dos elementos lingüísticos pelos seres humanos não tem a única função de transmitir informações sobre a realidade. Ou seja, as pessoas quando falam não "se contentam" em simplesmente transmitir informações, mas se empenham em persuadir, em fazer valer suas verdades, e necessariamente se posiciam atra-

vés do que dizem. São inúmeras as sutilezas nos modos de linguagem e por vezes os "modos de dizer" são tão ou mais importantes do que o que se diz.

Além disso, a comunicação é uma via de mão dupla, ou seja, todos os envolvidos numa situação de interlocução também emitem signos. Enquanto ouve, uma pessoa mostra suas reações: sorri, franze a testa, mexe-se, muda sua postura corporal. Todos entendem simultaneamente estes sinais. Bem, cada um entende como pode. Por isso os estudos lingüísticos definem que ao estudar processos comunicativos é preciso considerar a pressão persuasiva de todos os sujeitos envolvidos, "comunicantes" e "interpretantes". A comunicação é um jogo dinâmico, simultâneo e rico, mesmo que se trate de uma simples conversa entre duas pessoas que se conhecem.

Calcule então como é complexa a relação de comunicação entre o profissional de saúde e a sua clientela. Sua vestimenta, sua postura, sua abordagem, o ambiente em que atua, seus contatos locais, suas atividades anteriores trazem inúmeras outras informações que interferem no que ele intencionalmente pretende comunicar. Chamamos a isso de contexto da comunicação, isto é, as situações externas e internas em que esta comunicação está ocorrendo.

Por exemplo, se um profissional de saúde convoca uma reunião para uma palestra sobre determinado problema de saúde, ele pode descobrir posteriormente que os usuários não compareceram à reunião simplesmente porque ele foi visto dialogando com alguém de má reputação local, tal como um vereador corrupto ou outro elemento com quem sua imagem teria sido associada. Ou ainda, porque a palestra ocorreria em local cedido por esse político. Embora isso não tenha nada que ver com os conteúdos da palestra, ou melhor, com o texto da palestra que ele pretendia dar, constituiu-se um contexto muito desfavorável para a palestra. "Não há texto sem contexto", dizem todos os professores de Comunicação. Não há texto sem contexto é algo que todos sabemos, mesmo que pensássemos que não sabíamos.

Estes são exemplos corriqueiros no dia-a-dia do trabalho de campo, onde verificamos o quanto a comunicação perpassa todo o fazer estratégico da área da saúde. Nas profissões que implicam atendimento direto à população o profissional de saúde interage com grupos que têm suas próprias referências, não apenas em relação aos conhecimentos e às práticas propostos, mas também em relação ao papel que este profissional está representando, sua imagem, suas intenções. O que se

chama referência é a base da produção de sentido. Cada pessoa, bem como os grupos, têm internamente uma certa referência acerca das coisas, do modo como as experimentou ou as conheceu.

Afinal, não há um só saber nem uma só forma de conhecer. Se o profissional possui um conhecimento, a população que ele atende também tem os seus próprios conhecimentos, os modos de encontrar soluções e capacidade de resolver problemas.

A partir do que vimos até aqui, se torna evidente que em torno da ação comunicativa há relações de poder. Não é difícil imaginar exemplos que ilustrem o fato de que "quem concentra a informação concentra o poder". São muitas as situações em que uma pessoa (ou um grupo) comanda, em benefício próprio e segundo os seus interesses, o uso do poder da informação, enquanto outro grupo é comandado e passa a depender e a reverenciar o "saber" do outro.

- Procure refletir, com base no que foi dito até aqui, sobre o quanto o fazer estratégico da área da saúde implica comunicação e que, o comunicar traz em si um dever e uma responsabilidade.
- Tente imaginar de que modo a relação do profissional com a população pode vir a se tornar uma relação perniciososa de poder. E que idéias você teria sobre essa relação de modo que minimize as chances desse problema.

BREVÍSSIMA HISTÓRIA DA COMUNICAÇÃO

Para melhor compreender por que a comunicação se encontra tão profundamente imbricada nas práticas da área da saúde, é preciso refletir que a idéia de comunicação é inseparável da linguagem, e que faz parte, portanto, da própria condição humana. Em dado momento de sua história, o homem "inventou" a linguagem. Essa "invenção" pode ter sido construída ao longo de milhões de anos; pensa-se mesmo que é impossível falar em "humanidade" sem o atributo da linguagem, a qual se encontra em sua raiz. Para alguns autores, a linguagem diferencia o homem de todas as outras criaturas com as quais partilha este planeta; para outros, todos os sistemas vivos possuem "linguagens", sendo o conceito estendido para a comunicação química e molecular. Não precisamos entrar nesse debate agora. Para nosso objetivo, de enriquecer a atuação das profissões de saúde nas suas relações com a sociedade, vamos considerar aqui apenas a comunicação humana.

A princípio, na história humana, sons inarticulados e batidas de mãos e pés, ou movimentos com o corpo e assobios — comuns a vá-

rias espécies de animais — receberam sentidos arbitrários e convencionais. Isto quer dizer que um grunhido ou um som qualquer poderia significar algo além de mero jogo de atrair-afastar (aproximação e fuga) que acontece entre os grandes primatas. Dos primeiros sons surgem as primeiras palavras soltas, os primeiros gestos simbólicos.

Uma criatura primitiva já conseguia transmitir para outra o que lhe ia na cabeça: "Vamos para lá", "Olhe, um leão", "Fogo!".

Aos poucos, essa linguagem foi ficando cada vez mais sofisticada e os objetos, animais e situações designados passaram a ser não mais singulares (este bisão, aquela fruta), mas universais (bisão; fruta; homem). Já era possível falar de passado e futuro, já era possível inventar coisas que não existiam. Da "invenção" da linguagem até os dias de hoje já se passaram cerca de um milhão de anos, segundo os cientistas, e esse é um tempo curtíssimo diante da evolução do planeta.

A comunicação percorreu, inicialmente, um caminho longo, com cinco momentos importantes, cada um deles revolucionando a humanidade e transformando o mundo conhecido:

A linguagem

A linguagem, entendida aqui como linguagem articulada (a fala), propiciou a cultura, a transmissão de conhecimentos, o desenvolvimento da arte e das ciências, a formação de gerações que superavam continuamente as anteriores em feitos e realizações. A linguagem propiciou a constituição da sociedade dos homens. O alcance da fala e dos gestos humanos, porém, eram restritos, locais e temporais.

A escrita

Surgida na Suméria, por volta de 3.000 a.C., a escrita ampliou o domínio e a extensão da linguagem. Em tabuinhas de argila ou em retalhos de couro de animais, surge uma "fala registrada", que pode ser lida em qualquer tempo. A escrita fonética (cerca de 1.000 a.C.) simplificou e ampliou ainda mais essa ruptura do tempo.

A imprensa

No ano de 1450, Gutemberg produziu no Ocidente o que a China já conhecia: a prensa de tipos móveis. Um livro não precisava mais ser penosamente copiado à mão, sujeito às interpretações e às varia-

ções dos copistas, mas rapidamente reproduzido em muitos exemplares, todos iguais, em pouco tempo. A linguagem amplia-se no tempo e no espaço, reproduz-se a uma velocidade jamais imaginada, e a possibilidade de comunicar aumenta significativamente.

A eletricidade

A apropriação e o controle da eletricidade (cerca de 1840), propiciaram à comunicação o seu momento mais expansivo. A distância foi totalmente vencida, com as invenções do telefone, do rádio, de técnicas de armazenamento e reprodução de sons e imagens, do cinema, da televisão, do computador. Num curtíssimo espaço de tempo (menos de duzentos anos), as malhas e redes de comunicação envolveram todo o planeta, projetando-se no espaço por meio de satélites e retransmissores, unindo diversas mídias e proporcionando à humanidade a sensação de **tempo real e espaço total**. O mundo torna-se muito próximo e passamos a ter acesso a informações sobre eventos dos mais remotos pontos do planeta no mesmo tempo em que acontecem.

A internet mundial

A entrada em cena da internet mundial é, para alguns pensadores, o início de um **Quinto Momento**, de uma nova era na história da comunicação, e suas conseqüências ainda não são conhecidas.

Com este breve panorama da história da comunicação, pretendemos mostrar como os meios para a interação humana se sofisticaram a partir de invenções cada vez mais complexas, lembrando também o acúmulo de poder que tais avanços representam nas mãos dos que detêm o acesso aos sofisticados aparatos e técnicas de comunicação ao longo da história e o seu controle.

Finalmente, a comunicação humana com seus interesses, desejos e motivos — sempre em interação — chega, por vezes, a ser pouco trabalhada e até mesmo esquecida, em virtude do grande fascínio exercido por todos os aparatos tecnológicos de nosso tempo. Esta é uma questão importante para os pesquisadores do campo da Comunicação em Saúde, já que saúde, mais do que apenas referida a tecnologias médicas, tem que ver com a dignidade plena do homem, o que inclui a sua expressão comunicativa, o acesso ao conhecimento acumulado e, enfim, o exercício de interações saudáveis em sociedade.

ESTRATÉGIAS INTENCIONAIS DE COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Ficou claro que o profissional de saúde só por meio de sua presença já *está em* comunicação, e que ao estabelecer contato com a população, visando o levantamento ou a solução de algum problema, está efetuando uma ação de comunicação, quer consciente, quer inconscientemente.

Ele está levando a cabo, ainda e ao mesmo tempo, uma ação educativa.

Mas há casos em que esse contato pessoal não basta e o profissional julga necessário um esforço mais específico de comunicação. Isto se dá quando, p. ex., é preciso alcançar mais pessoas em menos tempo ou transmitir certas informações de maneira mais localizada e aprofundada.

Nesses casos, ele precisa entender que a comunicação pode ter missões múltiplas e distintas, tais como:

Educar — o que envolve valores, exemplos e formação de vínculos;

Entreter — definindo bem a quem e em que condições;

Informar — adequando os conteúdos que pretende incluir no trabalho,

Orientar — demonstrando um procedimento ou uma ação;

Legitimar — alguns temas na agenda pública,

Reforçar — papéis sociais ou subvertê-los.

Se, por exemplo, produzirmos uma fotonovela com objetivo de discutir sobre alguma doença e se, em determinada cena, a esposa aparecer à beira do tanque lavando roupa, estaremos aproveitando a ocasião da mensagem sobre a doença para reforçar o papel da mulher como doméstica. Ao contrário, se tivermos uma cena em que o marido esteja lavando roupa, estaremos aproveitando a oportunidade da discussão sobre a doença para inverter os papéis socialmente determinados para homens e mulheres.

Como vimos, podemos passar muitas mensagens sutis ao longo da produção intencional de um material educativo. Certamente estaremos enviando muitas outras mensagens sem nos darmos conta disso, pois cada pessoa ou grupo trará suas próprias referências ou referenciais para interpretá-las, construindo assim novos significados para as mensagens em oferta.

Mas as diferentes interpretações não se constituem em uma barreira da comunicação. Ao contrário, esta é a condição normal e saudável de se comunicar

O passo a passo do processo de comunicação social

O entendimento diferenciado não é uma barreira ou problema de comunicação, mas a maneira normal de se estabelecer a comunicação. Por isso mesmo, é preciso conhecer bem o contexto onde estamos antes de oferecermos nossos saberes (que trazem embutidos os nossos valores) e de conduzirmos nossos processos comunicativos.

Para isso, é útil seguir o passo a passo do processo de comunicação social, que inclui as seguintes etapas:

a) Pesquisa do problema em seu contexto (que conteúdos serão abordados?);

b) Definição da população ou público a que se dirige a mensagem (a quem queremos chegar?);

c) Definição dos objetivos (o que queremos lhes dizer?);

d) Seleção de estratégias (Como? Por meio de quais formatos? Onde? Mediante quais meios e canais?);

e) Produção (fazemos);

f) Avaliação (Fizemos bem? Quais as decorrências, esperadas ou não, do que fizemos?).

• Por vezes o trabalho em saúde depara-se com situações que envolvem a necessidade de estratégias intencionais de comunicação. Tente identificar e relacionar algumas dessas situações vividas em seu processo de trabalho.

Primeiro passo: A importância da pesquisa do problema em seu contexto

Já deu para perceber que é preciso conhecer bem o contexto antes de sair por aí produzindo "mensagens". Aliás, ao profissional consciente de seu papel na sociedade não interessa apenas o produto, a "mensagem", mas o processo comunicativo como um todo. Diante da necessidade de democratização de conhecimentos voltados para solução de graves problemas de saúde, as iniciativas de comunicação em saúde são muito importantes, mas não são necessários longos estudos científicos para realizar um bom trabalho e definir objetivos, limites e pretensões.

A pesquisa em comunicação pode ser feita por meio de diferentes métodos, como **entrevistas**, **grupos de discussão focal**, **observações**, **notas de campo**, ou **questionários**. A pesquisa pode ser realizada diretamente com grupos populacionais ou ocupacionais que se beneficiem

dos resultados como, por exemplo, estudos específicos com estudantes, prostitutas, garis ou com portadores de determinada infecção. De acordo com o problema que se esteja enfocando, é possível descobrir grupos de interesses comuns junto aos quais produzir a sua mensagem em saúde.

Veremos adiante nesse texto que metodologias participativas podem ser indicadas quando pretendemos envolver diferentes grupos no desenvolvimento da pesquisa.

A pesquisa indicada para estudos de comunicação é essencialmente qualitativa; com ela é possível aprofundar o entendimento das motivações, interesses, pressões materiais e emocionais, valores, saberes e crenças subjacentes a determinados comportamentos e práticas relacionados com a saúde.

Assim, a **pesquisa qualitativa** prévia permitirá ao profissional:

- *Compreender* ou *visualizar* o problema vivenciado por pessoas e grupos.
- *Aprofundar* idéias, noções ou crenças que estejam circulando nas populações.
- *Entender* um comportamento em sua lógica.
- *Realizar pré-testes* das mensagens e materiais produzidos.
- *Gerar idéias* junto com grupos específicos.

Quando existe a necessidade de conhecer a intensidade e a distribuição de determinado problema nas populações ou grupos para os quais o material está sendo produzido, torna-se importante complementar a pesquisa com levantamentos **quantitativos** ou, pelo menos, com uma boa consulta aos dados e pesquisas preexistentes nas prefeituras, secretarias de saúde, senso, etc. Nesse caso, sua pesquisa em comunicação poderá ser bem fundamentada com dados secundários de macro-pesquisas sobre a região ou grupo com o qual trabalha (senso, por exemplo) que ajudam a entender o contexto de seus resultados.

Passos 2.º e 3.º — A definição dos públicos ou "segmentação da audiência"

A realização de estudos prévios sobre o contexto, inclui a definição clara dos públicos ou segmentos da população a quem se destinará a mensagem. Mas por que é tão fundamental definir bem nossos "públicos" ou "audiência"?

Quando definimos bem o público de nossas mensagens em comunicação, torna-se possível levar em conta os interesses, as vivências

prévias, as *racionalidades* e as expectativas do grupo com o qual se trabalha. Em outras palavras, torna-se mais fácil conhecermos seus **referenciais interpretativos**. Vejamos alguns exemplos levantados por Martín-Barbero (2003):

Se vamos dirigir nossa mensagem para os jovens, temos de levar em conta que eles têm grande familiaridade com as novas tecnologias (computador, tevê, internet), as quais reorganizaram completamente a experiência social de sua geração. A mensagem não pode ser a mesma para outros grupos etários, como os idosos, que não têm a mesma familiaridade com tais tecnologias.

Quando pretendemos que nossa mensagem chegue a intelectuais, dirigentes, médicos especialistas, técnicos qualificados ou executivos, partimos do princípio de que eles, em geral, já têm tevê a cabo, jornais específicos de sua área, etc., ou seja, esses profissionais possuem acesso diferenciado a muitas informações específicas para tomada de decisões. Estaríamos perdendo tempo se organizássemos conhecimentos e formatos desatualizados para estes grupos.

Se trabalhamos com grupos com baixa escolaridade, temos de levar em conta que formas de acesso à informação estarão utilizando. Geralmente, esses grupos saem diretamente da cultura oral para as gramáticas da televisão e outras mídias, não tendo facilidade com textos escritos e podem até mesmo não saber ler ou escrever o suficiente para acompanhar uma mensagem impressa. É comum que os profissionais da área da saúde tenham uma tendência a produzir folhetos e materiais escritos para estes grupos, com pouco uso de imagens, o que os torna difíceis ou inacessíveis a esses usuários (Rozemberg et al., 2002).

Assim, reconhecemos a diversidade da sociedade, rompendo com uma visão unificada de "público", "população" ou "comunidade". É preciso reconhecer que existem inúmeros "públicos" inseridos na idéia genérica de "público". E muitas subpopulações inseridas na "população". Para Martín-Barbero (2003), um estudioso da comunicação na América Latina, as Políticas Nacionais de Comunicação em nossos países, até a década de 1980, fracassavam pelo fato de não terem nunca levado em conta a multiplicidade de atores da sociedade civil, seus interesses e particularidades. Eram políticas pensadas por intelectuais e por políticos que não levavam em conta os diferentes modos de ver, de ler e de escutar dos grupos sociais. Eles achavam que poderiam definir e legislar sobre o que era a "vontade do povo". O resultado? Produziam mensagens que falavam com todos e com ninguém!

A partir da década de 1980, inicia-se uma fase de muitas pesquisas em Comunicação, já levando em conta a realidade e a cultura específicas de seus diferentes públicos. Contudo, pesquisas de comunicação de grandes empresas com interesses puramente comerciais têm trabalhado com base em segmentação de audiência e evoluído com uma velocidade e qualidade que não se compara aos lentos avanços das pesquisas de comunicação realizadas em serviços públicos de saúde.

Uma última dica sobre a segmentação da audiência. Cuidado para não focalizar as mensagens apenas nas mudanças de comportamento, pois, quando tal ocorre, acabamos desviando a atenção dos outros fatores e determinantes sociais das doenças. E já que estaremos falando com públicos específicos, poderemos gerar a falsa impressão de que eles são os culpados ou únicos responsáveis pelo problema. Vamos aos exemplos:

Uma mensagem para as mulheres sobre a importância da mamografia para prevenção do câncer de mama — ao recomendamos que a mulher modifique o seu comportamento fazendo regularmente esse exame — precisa incluir o fato de a maioria dos municípios não oferecer, por meio dos serviços públicos de saúde, o equipamento para tal exame. Caso contrário, estaremos “inocentando” os serviços de saúde e culpabilizando as mulheres, que são as reais vítimas desse descaso.

Se dirigirmos uma mensagem sobre a gravidez na adolescência somente às meninas, então estaremos excluindo os meninos dos debates e, afinal, eles também devem estar envolvidos, por razões óbvias, nessa discussão.

Se em uma mensagem sobre verminoses focalizarmos apenas a importância do uso de calçados (comportamento individual), estaremos retirando das prefeituras, que não destinam as verbas adequadas ao saneamento básico, a sua responsabilidade na ocorrência das verminoses, pois ao andar descalço só se contrai a maioria das verminoses se o solo estiver contaminado com fezes.

Passos 4.º e 5.º — Sobre a escolha dos meios e dos formatos

No trabalho em saúde, a comunicação é um processo de compartilhamento, de interação social, sendo, portanto, recomendável que, ao desenvolver ações intencionais de comunicação, você trabalhe em grupo, promovendo interações e gerando novos grupos por afinidades e por interesses comuns.

São muitas as técnicas para o trabalho com grupos. Em particular recomendamos as metodologias participativas, como a pesquisa-ação,

por ter como objetivo as negociações de sentido e formação de vínculos entre atores diversos voltados para a solução de problemas comuns. Nelas os "usuários" ou "beneficiários" do trabalho não são passivos, mas atuam junto com os pesquisadores em todas as etapas de trabalho. Com isso, torna-se viável integrar os recursos criativos já presentes no próprio grupo ou comunidade. Falaremos um pouco mais sobre tais metodologias mais adiante neste texto.

De um modo geral, em comunicação, os meios podem ser divididos em:

a) Meios gráficos: peças escritas, ilustradas, jornais, folhetos, cartazes, *slogans*, cartilhas, livretos, gibis, etc.

b) Meios orais: rádio, palestras, painéis, debates, etc.

c) Meios dramatizados: teatro, esquetes, mamulengos, fantoches, etc.

d) Meios audiovisuais: produção de vídeos (dramatizações ou documentários) ou reprodução simples (vídeos já existentes, gravação de eventos, etc.).

e) Outras artes: a música, a dança, etc.

É importante conhecer todos os meios disponíveis, bem como os diversos formatos em que os conteúdos podem ser compartilhados. Mas é ainda mais importante reconhecer a adequação entre o meio escolhido, o conteúdo a ser compartilhado, os objetivos a serem alcançados e o segmento de público ao qual tal conteúdo é destinado, incluindo as próprias aptidões e inclinações do grupo.

Passo 6.º — Avaliando a comunicação. estudos de recepção

Estudos de recepção, como o nome já diz, são as pesquisas para verificar o modo como as mensagens estão sendo *recebidas* pelos públicos. De acordo com os objetivos fixados, são possíveis diferentes formas de se conduzirem avaliações. De maneira geral, a comunicação é avaliada para verificar: sua eficiência na transmissão de determinados conteúdos, as relações entre custo e benefício, o alcance das mensagens em diferentes públicos, ou os impactos daquela informação no comportamento de seus públicos. Entretanto, para os estudos de recepção, importa principalmente conhecer qual foi o *sentido* produzido por aquela experiência de comunicação para enriquecer e transformar as relações dos indivíduos com o tema abordado.

Estudamos também o modo de interação das pessoas com os aparatos e os meios de comunicação escolhidos, mas principalmente a

interação entre os diferentes interlocutores (emissores/receptores/outras vozes da sociedade) sobre a temática abordada.

Por tal motivo, os estudos de avaliação da comunicação mais recentes já não se referem mais como **pesquisas de recepção**, pois fazem mais do que isso. Avaliam não apenas a apropriação das mensagens no **pólo receptor** (receptores ou público da mensagem), mas o sentido da experiência como um todo, incluindo a perspectiva do **pólo emissor** e o contexto e situação de interlocução. Tais pesquisas vêm sendo denominadas também de pesquisas de avaliação da **produção de sentido**.

De modo geral, tudo que foi dito anteriormente sobre a pesquisa prévia à produção de mensagens em saúde também é válido para a pesquisa que a avalia. E ainda, o ideal é que o processo comunicativo seja monitorado, na medida do possível, por meio de registros, notas, questionamentos, para que seja possível corrigir os rumos de nossas atividades em andamento. Assim, a pesquisa nos é útil antes, depois, e também durante a realização das atividades comunicativas intencionais.

Ao fazer sua avaliação, lembre-se de que as pessoas recebem informações de outros referenciais, como da tevê, de sua família, de seu grupo social, etc. Assim, sua voz não é a única a falar sobre o tema. A isso chamamos, em comunicação, de **polifonia**. Seja a mensagem sobre saneamento, uso de preservativos ou sobre a dengue, ela "concorre" com o que diz a tevê sobre esses assuntos, com o que fala o médico no posto de saúde, com a opinião da Igreja, com o artigo que saiu na semana passada no jornal, e com a própria memória que as pessoas têm de experiências anteriores com o assunto.

Vejamos alguns componentes e aspectos da mensagem que você poderá avaliar:

- **Compreensão-recordação** (O que passou a mensagem para você? O que achou mais importante? Pessoas que você conhece, amigos e vizinhos entenderiam isso?)

- **Atração-entretenimento** (De que mais gostaram? O que mais chamou atenção?)

- **Relevância pessoal** (Você acha que essa mensagem é dirigida a gente como você? Ela lhe diz algo diretamente? Você se interessa por ela?)

- **Apelo à ação** (A mensagem pede para você fazer algo em especial? É factível? Por quê? Você faria/experimentaria?)

- **O sensato e o ofensivo** (A mensagem, de algum modo, denigre algo ou alguém? Segrega? Ofende crenças, valores ou modos de viver dos grupos?)

■ **Identidade cultural** (A mensagem é realista? Tem que ver com o seu cotidiano? Você consegue se ver ou ver conhecidos seus na mensagem?)

■ **Aspectos éticos** (O que está sendo proposto é lícito? É ético? Não é manipulador?)

• Faça um exercício de imaginação: identifique uma situação de saúde que preocupa um grupo na comunidade, e tente estabelecer uma estratégia de comunicação/educação para resolver ou minimizar o problema. Faça para si mesmo perguntas relativas às necessidades dessa estratégia, aos objetivos, aos conteúdos e depois quanto ao melhor formato ou meio escolhido.

MODELOS E ABORDAGENS NA COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Trabalhamos até aqui o conceito de comunicação e saúde de modo abrangente, agora vamos procurar conhecer melhor a evolução desse campo, ao qual se dedicam jornalistas, cientistas sociais e inúmeras categorias de profissionais da saúde.

Situamos desde o início que nossa visão da comunicação está relacionada com a produção cotidiana de sentido e, portanto, vale a pena explorar melhor essa expressão tão rica. *Sentido*, no dicionário que significa: "formas de receber sensações: ver, gostar, sensibilidades"/ mas significa também: "bom senso, juízo, tino"/ *Sentido* também pode ser: "aspecto, lado, face"/ Bem como: "razão de ser, propósito/orientação", "rumo/consciência"/ Ou ainda: "conhecer de modo imediato e intuitivo".

Para um amplo entendimento da expressão, podemos reunir tudo isso e dizer que quando avaliamos a produção de sentido de nossas práticas no dia-a-dia, avaliamos a forma como nossa comunicação foi recebida pelas sensibilidades das pessoas envolvidas, que razão de ser ela teve, que faces ela tomou, e que rumos gerou. E ainda, que todo esse processo se dá de modo intuitivo e sensível.

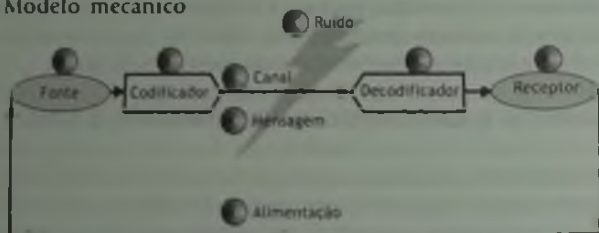
Além disso, a Comunicação em Saúde é sempre uma prática social e como toda a prática social traz subjacente um *modelo*, mesmo que os praticantes disso não se apercebam (Araújo, 2003). Por isso, utilizaremos essa sessão para entender melhor a que modelos correspondem nossas práticas sociais de comunicação em saúde.

Um modelo é uma tentativa de explicar organizadamente alguma coisa. As primeiras tentativas de se esquematizar organizadamente o que vem a ser um processo de comunicação foram registradas pelos

filósofos gregos Platão e Aristóteles. O segundo, principalmente, descreveu este processo em seus livros sobre retórica, dialética e argumentação, identificando um "tripe", onde a comunicação se sustenta e que envolve uma relação equilibrada entre: 1) Aquele fala; 2) O discurso que pronuncia; 3) Aquele que ouve.

A partir daí muitos *modelos* foram construídos, e, nos dias de hoje, o mais conhecido deles é o dos pesquisadores Shannon & Weaver (1949):

Modelo mecânico



Modelo de Shannon & Weaver

Veja que neste modelo existe um que fala: a fonte ou emissor; um que escuta: o receptor; uma mensagem e um canal ou meio, por onde passará a mensagem. Para ser conduzida pelo canal, a mensagem é inicialmente codificada e, para ser recebida pela estrutura receptora ela é decodificada. Este é um modelo matemático que se aplicou originalmente para o desenvolvimento de meios de comunicação como telégrafo e telefone. Ele é chamado de modelo mecânico da comunicação ou modelo transmissional (visa somente transmitir).

O objetivo da Comunicação neste modelo é fazer chegar a informação, um significado, já pronto e construído (mensagem) de um pólo ao outro. Tudo o que interferir nessa transmissão é chamado de **ruído** e só serviria para *atrapalhar a comunicação*.

Como se verifica, o que mais valorizamos até aqui sobre a Comunicação seria tratado pelo modelo mecânico como simples "ruído na comunicação", ou seja, o contexto, os conhecimentos prévios, a situação de interlocução, os interesses em jogo, a história de vida do emissor e do receptor que influenciariam na sua interpretação da mensagem, as demais mensagens que ambos recebem e emitem. Nada disso cabe no modelo mecânico.

É evidente que tal modelo não dá conta da interação humana, por deixar de fora o que as teorias mais recentes da Comunicação conside-

ram como o mais importante: todos esses *ruidos*. Na verdade eles são os referenciais interpretativos e *mediações* da comunicação humana. A comunicação é um processo vivo e não pode ser reduzida a um esquemamecânico de "passa-informação-pra-lá, devolve-informação-pra-cá". Nesse modelo não há espaço para verdadeiros atores ou reais intercâmbios.

Nossos destinatários não são máquinas que "decodificam mensagens", eles atribuem sentidos a tudo que lhes é remetido. Entretanto, pode parecer difícil de assumir, mas as instituições que envolvem intervenção social — como as de saúde — na América Latina, infelizmente, continuam adotando o modelo transmissional da comunicação. Ele norteava todas as *campanhas* de saúde e até hoje ainda é o modelo mais freqüentemente adotado no planejamento das estratégias de comunicação, sendo fácil verificar sua influência na maioria dos materiais educativos da área da saúde.

Segundo estudiosos da História da Comunicação na saúde, em nosso País, esse modelo foi introduzido nos anos 1950 e 1960 e está fortemente associado ao desenvolvimentismo. A idéia era a de que o subdesenvolvimento resultava da falta de informação das pessoas, que eram resistentes ou apáticas ao progresso e que precisavam receber *informações* para mudarem seus comportamentos, atitudes e práticas.

De tempos em tempos, os recursos eram concentrados para realizar uma Campanha de Saúde. As campanhas tinham como objetivo mudar o comportamento "das massas" inculcando-lhes idéias e atitudes. E, como vimos, levavam mensagens dirigidas para todos simultaneamente e, com isso, acabavam não gerando identificação com ninguém.

Note-se que nesse modelo o receptor é sempre um ponto de chegada, nunca de partida. A imagem do receptor nesse modelo era a de um recipiente vazio para depósito de conhecimentos originados em outro lugar; o que se esperava era que recebesse a informação "correta". Não se levavam em conta as diferentes interpretações que cada um faz sobre as mensagens em oferta.

Os problemas que a Comunicação em saúde enfrentou (e ainda enfrenta) são comuns aos da Educação em Saúde. Ambas têm em sua história as marcas do Iluminismo do século XIX, quando se pensava que a Educação era a simples transmissão de um saber — de quem sabe para quem não sabe.

Outro equívoco era imaginar que "saber sobre alguma coisa" seria suficiente para produzir uma mudança de comportamento ou de atitude. Quantas vezes não vemos pessoas que "sabem" de todos os ris-

cos e prejuízos que uma determinada ação ou atitude trazem e, mesmo assim, a executam? "Ele sabe que isso faz mal! Por que então continua a agir dessa maneira? A resposta é que existem motivos de ordem econômica, cultural, afetiva, social, subjetiva, e outros ligados a própria interpretação e credibilidade das mensagens sobre saúde. Assim, a questão que se coloca para o receptor não é só receber uma informação, mas acreditar nela, considerá-la relevante, priorizar alguma mudança relacionada com ela, e principalmente, ter condições (econômicas, sociais e subjetivas) de pôr em prática os novos conhecimentos que, por acaso, sejam considerados de seu interesse.

- Observando os programas de saúde e de ensino com os quais você tem contato, perceba os efeitos do modelo transmissional ainda nos dias de hoje. Reflita sobre as situações em que os profissionais se julgaram capazes de *moldar o comportamento* das pessoas usando técnicas *adequadas* de comunicação. Que novos caminhos você consegue imaginar que necessitam ainda ser construídos para superação deste mito?

Abordagem dialógica da comunicação

A abordagem dialógica não chega a se constituir como modelo de comunicação, mas influenciou profundamente toda uma geração de educadores e profissionais da Comunicação em Saúde. Surgiu na década de 1960, como reação política ao imperialismo e ao desenvolvimentismo, na forma de movimentos de valorização da cultura e do saber popular. Educadores como Paulo Freire (1975) e seus seguidores representam bem a crítica ao autoritarismo e ao modelo mecânico de transferência do conhecimento. Para essa educação transformadora, profundamente humanista, não existe um que sabe e outro que não sabe, mas sim saberes diferentes e igualmente válidos para a ação humana. A abordagem dialógica propõe, dessa forma, que técnicos e população são ambos portadores de saberes e que haja o diálogo e a construção partilhada de novos conhecimentos.

Foi por meio do trabalho de Paulo Freire, que passamos a nos preocupar em valorizar e utilizar a cultura de cada região do País para construir novos conhecimentos na área da saúde, sempre numa relação de aprendizagem mútua e de respeito entre os diferentes saberes. Metodologias de trabalho participativo, a partir da influência de Paulo Freire e de Orlando Fals Borda na América Latina, ganharam uma dimensão crítica e conscientizadora.

Outras abordagens e olhares sobre a prática comunicativa

Este texto foi influenciado por autores latino-americanos que se dedicam aos estudos de recepção e reflexões sobre produção de sentido. Novas teorias e modelagens procuram descrever e compreender as questões geradas pela mídia e pelos efeitos da exuberância tecnológica na sociedade contemporânea.

Os estudos culturais da comunicação dedicam-se também a compreender a forma como as mensagens, vindas de diferentes "emissores" ao mesmo tempo, circulam, competem e interagem em situações concretas e de como as pessoas ou grupos selecionam, negociam e competem para fazer valer as "suas verdades" em um mundo no qual, como todos sabemos, informação é poder.

Nas abordagens atuais do campo da comunicação em saúde, considera-se que os sentidos atribuídos aos objetos são construídos de forma intersubjetiva, negociada, no âmbito das relações e das instituições, nas quais os critérios de "falso e verdadeiro" vão gradualmente sendo instituídos e fundamentam as relações entre os homens e entre estes e a natureza, a saúde, a doença (Pitta, 1998). A comunicação é vista como processo complexo e dinâmico de tensão e de negociação de sentidos.

Finalmente, cabe destacar que o campo de estudos culturais da comunicação avança com as contribuições da antropologia, da pragmática e da lingüística que cada vez mais evidenciam o quanto as linguagens precisam ser pensadas não apenas como conjunto de códigos, mas enquanto lugar, onde as pessoas manifestam suas presenças, estabelecem vínculos e direcionam suas ações e, com elas, o curso dos acontecimentos.

Se assim não fosse, uma língua não morreria quando deixasse de ser falada. Bastaria que se mantivessem registros de seu vocabulário. Mas o vocabulário, o conjunto de códigos, não é a língua. A língua só subsiste a partir de regras abstratas que estão na mente dos falantes daquela língua. Não basta preservar os códigos, pois o sentido da comunicação não reside neles, e sim na relação linguagem/homem.

METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS NO TRABALHO EM SAÚDE

As metodologias de pesquisa participativas atendem a uma crescente demanda por interação/comunicação entre diferentes atores/segmentos sociais na solução de problemas de saúde. Se até agora, neste

texto, focalizamos centralmente a relação entre os profissionais de saúde e sua clientela, daqui para frente, estaremos considerando uma multiplicidade de atores e setores envolvidos em um determinado problema de saúde.

Muitos estudos culturais na área da comunicação em saúde utilizam as metodologias participativas buscando aproximar ou integrar diferentes referenciais interpretativos sobre um mesmo problema, na busca de soluções. Estes estudos, de modo geral, implicam a organização de **grupos multidisciplinares e locais** na produção de conhecimento.

Por exemplo, em um problema de saúde causado por poluição, a comunidade vulnerável e os profissionais de saúde não são os únicos interessados. Os empresários e industriais cuja atividade produtiva envolve a emissão dos poluentes, os políticos que legislam sobre o funcionamento dessa atividade, o tratamento dado pela imprensa ao problema, enfim, uma série de outros atores e setores estão envolvidos e devem participar da busca de soluções para o problema de saúde.

Por este motivo, muitos autores preferem ampliar o foco da discussão falando em **participação social** e não apenas em **participação comunitária** em saúde. Para evitar a exclusiva responsabilização das vítimas do problema, quando da busca de soluções.

As metodologias participativas estão, por definição, associadas a uma postura ética, visando a emancipação, com discussão e autonomia dos participantes (Thiollent & Soares, 2000). A metodologia participativa mais conhecida na área da saúde é a **pesquisa-ação** definida pelos autores acima como sendo:

Pesquisa realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo. Um tipo de pesquisa organizada de modo participativo, com a colaboração de pesquisadores e de grupos implicados em determinada situação, ou prática social, de modo a identificar os problemas, buscar soluções e implementar ações coletivamente deliberadas.

Páginas atrás, quando falávamos da escolha dos meios e formatos em comunicação, referimo-nos às metodologias participativas uma vez que elas permitem retirar os "usuários" ou "públicos" de uma condição passiva, para atuar junto com os profissionais, e até integrando seus "recursos criativos" na produção de materiais em comunicação. Pois bem, as "produções coletivas", como estratégia didático-pedagógica, são sempre recomendadas e, com frequência, integram o trabalho participativo.

Isso se deve ao reconhecimento da necessidade de *dramatizar os problemas em termos simbólicos e visuais*, principalmente quando lidamos com grupos muito heterogêneos (no tocante a escolarização ou a vocabulário, por exemplo).

Muitos trabalhos participativos utilizam, como estratégia, a **reconstituição do problema** na forma de desenhos, fotos, manifestações artísticas, vídeos, mapas, textos, ou outros produtos visuais e simbólicos coletivamente elaborados. O material resultante é utilizado como objeto de explicitação entre os grupos, favorecendo debates estruturados em torno de mudanças desejáveis e possíveis da problemática abordada. Esta forma de trabalhar a construção partilhada do conhecimento é tipicamente **construtivista**.

Todavia, tentar envolver, para negociação, grupos com interesses diversos, níveis de escolaridade e formação distintos não é tarefa simples. Como vimos, cada grupo ou segmento social tem seu modo de perceber e classificar o mundo, a sociedade e as pessoas. É natural que queira fazer valer, fazer crer, fazer circular *a sua versão* do problema em foco. E quando estão em jogo lucros, interesses e responsabilização por problemas e situações de saúde, as disputas e conflitos podem ser muitos.

Justamente por isso é crescente o reconhecimento da importância de adotar estratégias participativas no enfrentamento dos graves problemas sócio-sanitários e ambientais da atualidade. Segundo Thiollent et al. (2000), sua utilização em muitas áreas exemplifica a força que o **construtivismo** vem adquirindo no pensamento contemporâneo. Se na década de 1990, em clima de liberalismo, tais estratégias aparecem em segundo plano, no contexto do pós-modernismo, as abordagens críticas e construtivistas retomam força, e metodologias de trabalho e investigação participativas são frequentemente adotadas, não apenas na área da educação e da comunicação, mas na área da sociologia, nos projetos tecnológicos e na teoria das organizações (Thiollent et al., 2000).

Agora procure refletir a partir de sua prática profissional:

- Que conflitos de interesses divergentes podem estar em jogo em relação a algum tema-problema de sua área de atuação? Procure refletir sobre estratégias de trabalho em grupo que poderiam ser adotadas para transformação da competição em cooperação.
- ♦ Antecipando-se um pouco e imaginando como seria a reconstituição coletiva deste tema-problema em foco, que produtos simbólicos e visuais você imagina que enriqueceriam o debate e a aproximação das pessoas?

- De que forma a mídia trata o assunto em questão? Que formas de reforço ela poderia prover se fosse convocada para participar da busca de soluções para o problema focalizado?

Dicas e desafios no trabalho com grupos

O desafio de se compreender e articular as "diferenças" de forma aberta e crítica traz grande potencial de transformação da realidade cotidiana. No campo da saúde não é diferente. Mas enfrentar esse desafio exige uma visão madura das relações de poder. O primeiro passo é não negar ou minimizar as diferenças e as contradições. Considerar a diversidade, a disputa e as possibilidades desiguais dos grupos em *fazer valer suas verdades* e, tentar trabalhar a *partir* dessas desigualdades. Ao assumir as relações de poder como inevitáveis, os praticantes de metodologias participativas ocupam-se em explicitá-las, como passo essencial do trabalho com grupos. Escapam desse modo de uma *visão populista* da participação social (Guivant, 2002).

Cuidado com consensos fáceis demais, e com a visão ingênua de que os conflitos entre interesses dentro dos grupos são sumariamente eliminados apenas com voluntarismo, ou seja, com nossa vontade de que dêem lugar a ações cooperativas e colaborativas. É melhor um embate honesto entre visões e interesses distintos do que um falso consenso que não leve à criação de compromisso algum entre os participantes.

Outro desafio, quase sempre presente, diz respeito às expectativas de relações paternalistas por parte dos grupos beneficiários (públicos, clientes, usuários de serviços, etc.) que se acostumaram a receber bens, serviços e significados já trazidos prontos pelos profissionais. Por sua vez, os profissionais também se cobram em dar respostas prontas aos problemas que focalizam, devido à sua qualificação e à sua responsabilidade social. Tal expectativa paternalista se constitui em um obstáculo à criatividade e à possibilidade de construção de novos conhecimentos, que levem em conta o saber e a experiência de todos.

É preciso ainda clareza quanto ao nível de participação que se deseja atingir com determinada iniciativa ou programa de saúde. Em Stone (2000) encontramos um esboço de classificação da participação social em programas de saúde em cinco níveis.

Em um primeiro nível encontramos os programas que consideram como "participação" apenas a frequência passiva da população aos eventos e palestras que promovem.

No segundo nível a participação se expressa por meio de doações e sessão de espaços comunitários para as ações do programa, mas sem maior envolvimento nessas últimas.

No terceiro nível estão os programas de saúde em que os grupos e segmentos sociais aos quais se destinam atuam como executores de algumas ações propostas. Entretanto, tais ações foram pensadas externamente aos grupos, ou seja, foram deliberadas previamente pelos técnicos e especialistas, no âmbito das instituições de saúde.

Alguns programas prevêem que a população participe mais ativamente, envolvendo-se até mesmo no monitoramento e avaliação das ações. Estes constituiriam um quarto nível.

São raros os programas que preencheriam os critérios para um quinto nível de participação. Neles, a participação envolveria a deliberação sobre as metas e o destino do programa. Ou seja, tais programas estariam dispostos a modificar seu curso e até a descaracterizar-se se preciso, caso esta fosse a deliberação coletiva.

Com este texto, não pretendemos esgotar os temas da comunicação e, muito menos, o da participação em saúde, aqui brevemente pincelado. Esperamos que as idéias e conceitos apresentados movem o leitor a querer aprofundar sua busca de leituras específicas, e se possível a realizar seus próprios estudos culturais da comunicação.

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

1. *Selecionamos a seguir alguns estudos realizados em nossa linha de pesquisa em Antropologia da Comunicação em Saúde, desenvolvida na Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro. São estudos de caso localizados e contextualizados que envolvem a análise da racionalidade médica em programas de saúde dirigidos a populações rurais. Nossa construção teórico-metodológica prioriza a base dialógica e enfatiza as contradições existentes no entendimento dos problemas focalizados, porém procurando sempre apontar caminhos e soluções para tais contradições.*
- Kelly Santos, A. & B. Rozemberg. Comunicação por impressos em saúde do trabalhador: a perspectiva das instancias públicas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4), pp. 929-38, 2005.
- Levigard, Y. E. & B. Rozemberg. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de "nervos" no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6), pp. 1.515-24, 2004.

- Peres, E. B. Rozenberg; J. Moreira & S. Rabello. O processo de comunicação rural sobre agrotóxicos em área rural do estado do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 35(6), pp. 21-37, 2001.
- Rozenberg, B. Representações sociais de eventos somáticos ligados à esquistossomose. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10(1), pp. 30-46, 1994.
- Saneamento rural em áreas endêmicas de esquistossomose: experiência e aprendizagem. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 3(2), pp. 125-41, 1998.
- O consumo de calmantes e o problema de nervos entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 28(4), pp. 300-08, 1994.
- Rozenberg, B. & M. C. S. Minayo. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 6(1), pp. 115-23, 2001.
- Rozenberg, B.; A. P. P. Silva & P. R. Vasconcellos-Silva. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6), pp. 1.685-94, 2002.
- Souza, K. R.; E. Uchôa; B. Rozenberg & M. F. S. Porto. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, 11(3), pp. 7-20, 2002.
2. A tese da Professora Inesita Araújo, da Fiocruz do Rio de Janeiro, teve como objetivo propor um modelo de comunicação, apropriado às políticas públicas e, mais especificamente, aos processos de intervenção social. Com ênfase na análise das relações de poder na sociedade, o modelo propõe uma matriz de análise de relações entre atores sociais e uma proposta de representação gráfica dessas relações. Propõe-se, portanto, a traduzir visualmente elementos conceituais como: produção, circulação, consumo dos sentidos sociais, contexto, interlocutores, centro e periferia discursivos e lugar de interlocução. Exemplifica o modelo com um estudo de caso sobre as relações discursivas nas políticas de saúde indígena.
- Araújo, I. S. Mercado simbólico: interlocução, luta e poder. Um modelo de comunicação para políticas públicas. Doutorado. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, 2002.
3. Os dois livros seguintes são coletâneas de textos que atuaram como referência em meados da década de 1990, aos profissionais da saúde para a transição de uma visão de comunicação que não se reduz à trans-

ferência de informações, mas que se constitui como processo social dinâmico e complexo. Reflexões de autores-chave aos estudos culturais da comunicação na América Latina, como Jesus Martín-Barbero e Antonio Fausto Neto, entre outros, fornecem valiosas referências aos estudantes da comunicação em saúde.

Sousa, M. W. (org.). *Sujeito, o lado oculto do receptor*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

Pitta, A. M. R. (org.). *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

4. *Para atualização no debate relativo às metodologias participativas ninguém melhor do que o próprio Prof. Michel Thiollent e sua equipe, neste trabalho completo de revisão do histórico destas práticas nas mais diferentes áreas de estudo, pesquisa e extensão. As contribuições dos autores situam o leitor sobre as potencialidades e desafios das metodologias participativas relacionando-as com reflexões atualizadas do pensamento contemporâneo.*

Thiollent, M.; T. A. Araújo Filho & R. L. S. Soares. *Metodologia e experiências em projetos de extensão*. Niterói: EdUFF, 2000.

5. *Pesquisador da Universidade de Guadalajara, o Professor Guilherme Orozco é antes de tudo um educador, profundamente envolvido com as questões que relacionam o tecnológico e o comunicacional. Em meio a especulações e futurismos idealistas acerca do avanço da tecnologia informacional, o autor demonstra que a chegada de um novo meio ou tecnologia, não supõe necessária, ou imediatamente a suplantação da tecnologia anterior, graças a numerosos processos culturais. Nos retira, portanto de uma lógica da "ditadura da urgência tecnológica". Questiona a importância desmedida atribuída a tecnologia quando comparada às outras mediações que incidem nos processos de comunicação. Discute ainda as possibilidades tecnológicas da transmissão e consumo de imagens em movimento, e as suas conseqüências, entre outros tópicos relacionados.*

Orozco, G. *Mediaciones tecnológicas y des-ordenamientos comunicacionales*. *Signo y Pensamiento*, 41, vol. XXI, pp. 21-33, 2002.

BIBLIOGRAFIA REFERIDA E RECOMENDADA

Cunha, M. V. da. *John Dewey: uma filosofia para educadores em sala de aula*. Petrópolis: Vozes, 1994 (Educação e Conhecimento).

Eco, U. *Interpretação e superinterpretação*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

- Rico, E. M. (org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, pp. 75-84, 1998.
- Freire, P. *Extensão ou comunicação*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
- Guivant, J. S. Contribuições da sociologia ambiental para os debates sobre desenvolvimento rural sustentável e participativo. *Estudos, Sociedade e Agricultura*, Rio de Janeiro, 19, pp. 72-88, 2002.
- Lopes, M. I. V. *Pesquisa em comunicação: formulação de um modelo metodológico*. 2.^a ed. São Paulo: Loyola, 1994, 148 pp.
- Martin-Barbero, J. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2003.
- Pitta, A. M. R. Estratégias de comunicação para a prevenção da aids: estudo de caso em Salvador, Bahia. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 2, pp. 23-45, 1998.
- Sodré, M. *A comunicação do grotesco: um ensaio sobre a cultura de massas no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1978.
- Stone, L. Cultural Influences in Community Participation in Health. *Social Sciences and Medicine*, 35(4), pp. 408-17, 2000.

Agradecimentos: Ao Professor Caco Xavier por sua contribuição a esse texto. Ao Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde/Escola Politécnica Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz pela sessão do direito de divulgação do material que já havia sido parcialmente publicado na forma de apostila aos alunos do programa Proformar.

PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA NÃO ESPECIALISTAS

Jairnilson Silva Paim

O PROPÓSITO DESTE CAPÍTULO é apresentar algumas noções sobre planejamento em saúde para quem não é, nem pretende ser, planejador ou gestor mas que, eventualmente, possa vir a lidar com planos, programas e projetos. Não se trata de um manual que oriente como planejar mas uma introdução ao tema que permita uma aproximação preliminar em relação a certos conceitos, métodos e técnicas abordando, rapidamente, alguns aspectos históricos e práticos.

Embora o planejamento, junto à epidemiologia e às ciências sociais, constitua um dos três pilares disciplinares da Saúde Coletiva, o ato de planejar antecede o aparecimento desse campo científico. Entretanto, é compreensível que para certos aspectos da vida, o melhor seja não planejar. O gosto pela surpresa, pelo imprevisto e pelo desafio de situações novas e inusitadas talvez dê mais prazer para as pessoas. Há os que afirmam não planejar a vida, pessoal ou profissional, nem por uma ou duas semanas. Outros preferem programar para os próximos cinco ou dez anos, optando por esse ou aquele curso de ação. Portanto, em termos pessoais, planejar ou não, pode ser uma escolha pautada, exclusivamente, por sentimentos, crenças e valores. Todavia, se pensarmos a ação coletiva, social e institucional, o planejamento pode ser necessário para melhor realizar o trabalho e para explicitar objetivos e compromissos compartilhados. Conseqüentemente, existem justificativas político-institucionais e éticas para o uso do planejamento enquanto *ação social* tais como as apresentadas a seguir:

No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade torna-se premente. Acresce-se a isso o fato de lidarem com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes.

O planejamento pode ser considerado também uma ferramenta da administração. Se administrar quer dizer servir, o planejamento permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores da coisa pública poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob a sua orientação. Se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho. Portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação.

O planejamento também ajuda a mobilizar vontades. A identificação dos problemas e dos meios de superá-los eleva a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde.

O planejamento corresponde ainda a um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê. Esta é a sua interface com a política de saúde. E para uma sociedade que se pretende democrática, essa forma de explicitação de uma política é fundamental para que os cidadãos e suas organizações próprias acompanhem a ação do governo e cobrem a concretização das medidas anunciadas.

Mas o planejamento não se reduz à produção de planos, programas ou projetos. Estes representam apenas uma etapa do processo de planejamento. Quando esses documentos são elaborados com a participação maior das pessoas e quando sensibilizam e comprometem os reais interessados na mudança da situação, eles têm uma chance maior de influir na realidade. Podem ser capazes de transformar a situação atual em uma nova situação. São, portanto, úteis para consolidar a prática do planejamento nas instituições e para reeducar os seus agentes na explicitação das medidas adotadas e na subordinação ao controle democrático da população, ou seja, ao exercício da cidadania. (Bahia, 1987, pp. 11-2).

Há distintas teorias da ação social (Habermas, 1987; Weber, 1994; Matus, 1996a; Bourdieu, 1996) capazes de auxiliar a compreensão das possibilidades e limites do planejamento mas, tendo em conta o escopo deste capítulo, questões teóricas não serão abordados nesta oportunidade. A ordem de exposição contemplará, basicamente, cinco aspectos: históricos, conceituais, metodológicos, técnicos e "práticos".

ASPECTOS HISTÓRICOS

O planejamento na perspectiva de ação social encontra-se vinculado ao primeiro esforço na história da humanidade de implantar uma nova forma de organização da sociedade conhecida como socialis-

mo, em 1917 na Rússia. Ao se buscar uma outra maneira de alocação de recursos e de produzir e distribuir bens e serviços com fins igualitários, experimentaram-se mecanismos substitutivos do mercado pelo Estado, através do planejamento. Assim, foram elaborados os primeiros planos quinquenais em que o setor saúde era contemplado, particularmente na previsão da oferta de leitos hospitalares. Posteriormente, com a instalação da União Soviética (ex-URSS), cada República Socialista tinha seu Ministério de Saúde e os planos locais procuravam se adequar ao plano geral nacional e às condições locais (San Martín, 1968).

O episódio histórico, correspondente à revolução bolchevique, que permitiu o planejamento ser experimentado em uma sociedade concreta foi, também, utilizado para confundir-lo com "comunismo", "falta de liberdade" e "burocratização". Desse modo, no início do século XX o planejamento era visto pelos países capitalistas como algo demoníaco que precisava ser contido ou exorcizado. Todavia, com a grande crise do capitalismo em 1929, mesmo defensores dessa ordem social passaram a justificar, nas décadas seguintes, a intervenção do Estado na economia (Heilbroner, 1965; Campos, 1980) e o recurso à "planificação democrática" (Manheim, 1972).

No âmbito social, foi elaborado na Inglaterra o famoso Plano Beveridge (1943), uma das referências fundamentais para a criação do Serviço Nacional de Saúde nesse país em 1948. E ao finalizar a Segunda Guerra Mundial os Estados Unidos, tão resistentes ao planejamento, patrocinaram o Plano Marshall para a reconstrução européia. Do mesmo modo, a instalação da Organização das Nações Unidas (ONU) e seus componentes na saúde (OMS), trabalho (OIT), educação e cultura (Unesco), entre outros, legitimaram o uso do planejamento governamental. Assim, foi criada a Comissão Econômica para o Planejamento na América Latina (Cepal), vinculada ao sistema das Nações Unidas, que construiu um pensamento sobre o desenvolvimento nos países capitalistas periféricos e apoiou iniciativas centradas no planejamento econômico e social. Nessa mesma época foi elaborado no Brasil o primeiro plano nacional contemplando a saúde, alimentação, transporte e energia (Plano Salte). No caso da saúde, desenvolveu-se um movimento pelo planejamento na América Latina, como parte das propostas de desenvolvimento econômico e social da década de 1960 (Paim, 2002), que teve como marco histórico a técnica Cendes/OPS (OPS/OMS, 1965).

ASPECTOS CONCEITUAIS

O planejamento tem sido reconhecido como *método*, ferramenta, instrumento ou técnica para a gestão, gerência ou administração (Ferreira, 1981; Mehry, 1995) e como *processo social* (Giordani, 1979) em que participam sujeitos, individuais e coletivos. No primeiro caso, dá-se uma ênfase aos *meios* (de trabalho), ao passo que no segundo o foco é sobre as *relações* (sociais) que permitem estabelecer e realizar propósitos de crescimento, mudança e/ou legitimação (Testa, 1987; 1992).

O planejamento tem muito que ver com a ação, ao contrário do que imagina o senso comum. Planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia. Planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação. É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade. Planejamento implica ação, daí ser considerado um *cálculo que precede e preside a ação* (Matus, 1996b). Portanto, *pensar a ação é uma tarefa permanente que não existe sem a ação mas não se mistura com ela* (Ferreira, 1981, p. 58).

O planejamento pode ser entendido, também, como um *trabalho* que incide sobre outros trabalhos (Schraiber et al., 1999). Assim, o trabalho planejador permitiria uma convergência e racionalização dos trabalhos parciais tendo em vista o atingimento dos objetivos estabelecidos por uma organização. No caso da saúde, o planejamento possibilitaria a tradução das políticas públicas definidas em práticas assistenciais no âmbito local (Schraiber, 1995).

Em síntese, é possível compreender o planejamento como uma *prática social* que, ao tempo que é técnica, é política, econômica e ideológica. É um processo de transformação de uma situação em outra, tendo em conta uma dada *finalidade* e recorrendo a *instrumentos* (meios de trabalho tais como técnicas e saberes) e a *atividades* (trabalho propriamente dito), sob determinadas *relações sociais*, em uma dada *organização* (Paim, 2002). Esta prática social pode se apresentar de *modo estruturado*, através de políticas formuladas, planos, programas e projetos, ou de *modo não estruturado*, isto é, como um cálculo (Matus, 1996) ou um pensamento estratégico (Testa, 1995).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O planejamento em saúde na América Latina esteve associado, originalmente, ao enfoque econômico. Assim, a constatação de que as necessidades eram crescentes e que os recursos não as acompanhavam no tempo e no espaço (princípio da escassez) levava à busca de um método que reduzisse tal distância — entre necessidades e recursos — de um modo mais racional (princípio da racionalidade).

Assim, ao contemplar necessidades humanas, o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação. No caso do setor saúde, os problemas se referem ao *estado de saúde* (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como *problemas terminais*, e aos *serviços de saúde* (infra-estrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de *problemas intermediários*. Nessa perspectiva, o planejamento estaria orientado, fundamentalmente, pelos problemas, seja dos indivíduos e das populações, seja do sistema de serviços de saúde, ou ambos.

Quando visa atender a necessidades humanas o planejamento pode ter, também, como foco uma *imagem-objetivo* definida a partir de valores, ideologias, utopias e vontades (CPPS/OPS, 1975), ou uma *situação-objetivo*, projetada com mais precisão (Matus, 1996b). No primeiro caso, as necessidades não se reduzem a problemas (mortes, doenças, carências, agravos e riscos) mas podem expressar projetos (paz e qualidade de vida), ideais de saúde (bem-estar e felicidade) e novos modos de vida (práticas saudáveis). As proposições a serem estabelecidas procurariam realizar certas pontes ou caminhos tendo em vista a *imagem-objetivo*. No caso de buscar uma *situação-objetivo*, seria fundamental a identificação e a explicação dos problemas da *situação inicial*.

Ao se admitir o planejamento como um processo, destacam-se quatro momentos fundamentais: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (Matus, 1996b). No *momento explicativo* se identificam e se explicam os problemas presentes em uma dada situação e se observam as oportunidades para a ação, respondendo às perguntas *quais* (problemas) e *por quê* (ocorrem). No *momento normativo* definem-se os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários, correspondendo ao que *deve ser feito*. No *momento estratégico* trata-se de estabelecer o desenho e os cursos de ação para a superação de obstáculos, expressando um *balanço entre o que deve ser e o que pode ser feito*. E o

momento *tático-operacional* caracteriza-se pelo *fazer*, quando a ação se realiza em toda a complexidade do real, requerendo ajustes, adaptações, flexibilidade, informações, acompanhamento e avaliação.

Como as organizações e ações de saúde são dinâmicas, o ordenamento desses momentos não deve ser visto como etapas estanques. Na dependência de cada situação, o planejamento pode começar por qualquer um desses momentos. A dominância de um sobre os outros em uma dada conjuntura ou no cotidiano de uma organização é perfeitamente admissível, podendo tal conformação ser substituída em outras circunstâncias.

Este modo de planejar sistematizado acima tem sido reconhecido como *enfoque estratégico-situacional* (Matus, 1996b) e articula-se a distintas contribuições metodológicas que compõem a chamada "trilogia matusiana": o *Planejamento Estratégico-Situacional (PES)*, o *Método Altadir de Planificação Popular (MAPP)*,¹ ambos desenvolvidos pelo referido autor, e a *Planificação de Projetos Orientados por Objetivos (ZOPP)*,² adotado por ele. No caso da ZOPP, trata-se de uma metodologia utilizada pela GTZ,³ a partir de 1983, em apoio ao Ministério Federal Alemão de Cooperação Econômica (BMZ). Os interessados em estudar os fundamentos teóricos do planejamento e os procedimentos desse enfoque podem recorrer a algumas referências básicas (Rivera, 1989; 1995; Artmann, 1993; Cecílio, 1994).

ASPECTOS TÉCNICOS

Entre os produtos do trabalho decorrentes do planejamento podem ser ressaltados o plano, o programa e o projeto. O *plano* diz respeito ao *que fazer* de uma dada organização, reunindo um conjunto de objetivos e ações e expressando uma política, explicitada ou não. O *programa* estabelece de modo articulado objetivos, atividades e recursos de caráter mais permanente, representando certo detalhamento de componentes de um plano ou, na ausência deste, definindo com mais precisão o *que fazer*, *como*, *com quem*, *com que meios* e as formas de organização, acompanhamento e de avaliação. No caso de *projeto*, tra-

¹ Fundación Altadir MAPP. *Método Altadir de Planificación Popular*. Caracas, s.d., 57 pp + anexos.

² Zielorientierte Projektplanung

³ Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH ZOPP (*Una introducción al método*), s.d., 33 pp. + anexos.

ta-se de um desdobramento mais específico de um plano ou programa, até mesmo para tornar executável ou viável algum dos seus componentes (projeto dinamizador), cujos objetivos, atividades e recursos têm escopo e tempo mais reduzidos. Desse modo, um plano pode ser composto de programas e projetos, ao passo que um programa pode envolver um conjunto de projetos e ações.

Portanto, se precisamos elaborar um plano, programa ou projeto devemos perguntar sobre os seus propósitos, as oportunidades e os problemas. Se o planejamento é orientado por *problemas do estado de saúde*, cabe identificá-los no *momento explicativo* recorrendo aos sistemas de informação disponíveis, bases de dados, indicadores, inquéritos epidemiológicos, levantamentos, estimativas rápidas, oficinas de trabalho com técnicos e comunidade, etc. Sempre que possível, os dados devem ser desagregados e produzidas informações segundo distribuição espacial, por faixa etária, sexo, raça, classe ou estrato social. Em reuniões técnicas ou em oficinas de trabalho com representantes da comunidade o estado de saúde e a situação epidemiológica devem ser problematizados à luz do conhecimento científico existente e de novas perguntas postas pela realidade, indagando *por quê?*, *por quê?*, *por quê?* (pelo menos três vezes) até chegar a explicação de causas e determinantes mais remotos ou mediatos. Algumas técnicas podem ser acionadas com este fim a exemplo da *árvore de problemas* (Teixeira, 2001) e do *fluxograma situacional* (Matus, 1996b).

No *momento normativo* a preocupação básica é o *que fazer*, diante de tais problemas. Alguns princípios e diretrizes gerais auxiliam nesta definição, mas o mais importante é estabelecer *objetivos* em função de cada problema ou grupo de problemas. Quando for possível quantificar tais objetivos então teremos *metas*. Os *objetivos gerais* podem corresponder a certas *linhas de ação* e para cada *objetivo específico* deverão estar explicitadas as *ações e subações* necessárias ao seu alcance. Identificados e quantificados os *recursos* necessários à realização dessas ações pode ser elaborado o orçamento, ou seja, uma estimativa de recursos financeiros necessários ao projeto, programa e, em certos casos, plano, tendo em conta os gastos previstos.

Um modo de auxiliar este trabalho, facilitando a coerência entre objetivos e a consistência entre estes e as ações, é utilizar matrizes articulando esses componentes básicos de um plano, programa ou projeto. É recomendável verificar se há contradições lógicas entre os objetivos (análise de coerência), se os recursos, tecnologias e organização estão disponíveis (análise de factibilidade) e se é possível contornar os

obstáculos políticos (análise de viabilidade). Esses passos indicados para a análise de proposições políticas (CPPS/OPS, 1975) são utilizados, também, em planejamento de saúde. Dessa forma, chega-se ao *momento estratégico*, quando são cotejadas as oportunidades, fragilidades, fortalezas, ameaças, e construídos os cursos de ação no tempo e no espaço, bem como as alianças e mobilizações para a superação dos obstáculos (desenho estratégico).

Após a formalização e aprovação do plano, programa ou projeto, tem-se o *momento tático-operacional* quando as suas ações são executadas, sob uma dada gerência e organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação.

Contudo, outras vias existem para realizar esse mesmo trabalho a depender do tipo de planejamento adotado: normativo, estratégico, tático e operativo. Nessa perspectiva, seguem certas etapas, cada uma acionando um conjunto de técnicas: determinação de necessidades; determinação de prioridades; desenvolvimento do "plano do programa"; e planejamento da execução (Pineault & Daveluy, 1987).

No caso de elaboração de projetos, alguns itens estão sempre presentes: justificativa, objetivos (geral e específicos), metas, estratégias, cronograma e custos. Assim, as etapas básicas para o "planejamento de um projeto", vinculado a um programa ou plano, incluiriam as seguintes perguntas e tópicos: *onde estamos?* (análise da situação); *aonde queremos ir e como faremos?* (plano de ação); *o que precisamos?* (plano de trabalho); *aonde chegaremos?* (monitoração e avaliação) (Brasil, 1998, pp. 14-5).

Já na formulação de planos municipais de saúde, tem-se procurado adequar esses métodos e técnicas, com seus momentos ou etapas e passos à realidade local, conforme o quadro seguinte:

QUADRO SÍNTESE: MOMENTOS E PASSOS DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

MOMENTO	PASSOS	CONTEÚDO
Análise da Situação de Saúde	1.º	Caracterização da população
	2.º	Identificação dos problemas de saúde
	3.º	Priorização dos problemas de saúde
	4.º	Construção da rede explicativa dos problemas priorizados
	5.º	Apresentação da análise de situação ao Conselho Municipal de Saúde
Definição de Políticas (Objetivos)	6.º	Definição das "linhas de ação" a partir dos problemas priorizados no município e das prioridades nacionais
	7.º	Elaboração dos Objetivos (Políticas)
	8.º	Definição de ações e atividades para o alcance de cada objetivo

MOMENTO	PASSOS	CONTÉUDO
Desenho das estratégias	9.º	Definição dos responsáveis, prazos e recursos envolvidos em cada Módulo Operacional
	10.º	Análise de viabilidade das ações propostas e ajustes em cada módulo operacional
	11.º	Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação do alcance dos objetivos e cumprimento das atividades propostas
Elaboração do orçamento	12.º	Realização de estimativa de recursos a serem disponibilizados nos próximos quatro anos
	13.º	Estimativa de gasto em cada módulo operacional
	14.º	Elaboração da proposta orçamentária do Plano Municipal de Saúde
	15.º	Apresentação do Plano ao Conselho Municipal de Saúde

Fonte: Teixeira, 2001, p. 61

ASPECTOS "PRÁTICOS"

O formalismo dos procedimentos do planejamento tem conduzido à supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando um processo de burocratização. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a exigência de formulação de planos pela Lei 8.142/90, a existência de uma bateria de portarias (normas operacionais, agendas, pactos, etc.) e o uso do planejamento para a captação de recursos terminam favorecendo um comportamento ritualístico sem grandes compromissos com a solução dos problemas. Isto pode estar levando a um certo descrédito do planejamento, adjetivando-o de "teórico" pois a prática seria outra coisa.

Entretanto, quem está "na prática" não pode ignorar o tempo e os condicionamentos institucionais. Os que se encontram no município, por exemplo, além das normas do SUS, têm de atentar para a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU), Programação Pactuada Integrada (PPI) e resoluções dos conselhos de saúde e das comissões intergestores tripartite (CIT) e bipartite (CIB). Ao tentarem realizar um planejamento considerando os problemas identificados no momento explicativo deparam-se com a existência de um conjunto de pactos, agendas, políticas, programações e programas especiais, definidos pelo Ministério da Saúde e acordados com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Comasems), mas nem sempre compatíveis com a realidade local.

Contudo, este empenho de estruturar o SUS tem seus méritos. Após um trabalho de discussão entre técnicos e dirigentes dessas instâncias, encontram-se aprovados pela CIT (26/1/2006) e pelo Conselho Nacional de Saúde (9/2/2006) o *Pacto pela Vida*, o *Pacto em Defesa do SUS* e o *Pacto de Gestão* (Brasil, 2006). O *Pacto pela Vida* especifica diretrizes ou objetivos e metas para seis prioridades: Saúde do idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergenciais e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica. O *Pacto em Defesa do SUS* expressa os compromissos dos gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, indicando iniciativas e ações. Já o *Pacto de Gestão* apresenta diretrizes e define a responsabilidade sanitária para municípios, estados, Distrito Federal e União, especialmente em relação à regionalização, planejamento e programação, regulação, controle, avaliação, auditoria, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

O *Plano Nacional de Saúde* explicita as iniciativas prioritárias do Ministério da Saúde e apresenta uma estrutura composta de introdução (processo, estrutura e embasamento legal), princípios, análise situacional da saúde, objetivos e diretrizes (com as respectivas metas), gestão, monitoramento e avaliação. Seus objetivos, diretrizes e metas encontram-se dirigidos para cinco tópicos: linhas de atenção à saúde; condições de saúde da população; setor saúde; gestão em saúde; e investimento em saúde (Brasil, 2005).

O *Plano Estadual de Saúde* dispõe de uma estrutura básica e algumas variações. Assim, pode-se ter a caracterização do contexto sociodemográfico, a análise da situação de saúde — incluindo o sistema estadual (problemas e desafios da gestão em relação à atenção básica, média e alta complexidade, vigilância epidemiológica e sanitária, recursos humanos, monitoramento e avaliação), diretrizes prioritárias (gestão descentralizada do sistema, atenção integral à saúde, controle de riscos e agravos, gestão e desenvolvimento de pessoas, monitoramento e avaliação em saúde), planos de ação para cada diretriz explicitando objetivos e operações, além dos mecanismos de monitoramento e avaliação do plano estadual e orçamento (Sergipe, s.d.). O plano pode ser mais sintético incluindo uma análise da situação de saúde, diretrizes políticas para o SUS estadual, compromissos prioritários, objetivos e metas, indicadores de acompanhamento e avaliação, além de estimativas orçamentárias (Bahia, s.d.). A *Agenda Estadual de Saúde* (Bahia, 2004; Sergipe,

2004) e o *Plano Diretor de Regionalização* (PDR) devem estar articuladas ao Plano, mesmo compondo documentos distintos.

No caso da *Programação Pactuada Integrada da Atenção à Saúde* (PPI), trata-se de um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores (Brasil, 2006, p. 33).

Com todos esses condicionamentos, além dos que dizem respeito às formas de financiamento da saúde, a elaboração de um plano municipal fica constrangida diante de tantas prioridades, raramente estabelecidas de forma ascendente. Não sendo pertinente ignorá-las, faz-se necessário cotejá-las com a análise de situação realizada em oficinas de trabalho e mediante consulta a bases de dados e aos indicadores disponíveis.

Desse modo, no que diz respeito ao *Plano Municipal de Saúde*, é possível definir um *módulo operacional* para cada eixo prioritário (problemas e prioridades) explicitando o *objetivo geral* e o respectivo dirigente institucional responsável pelas operações. Em seguida utiliza-se uma matriz para cada módulo, contendo as diversas *linhas de ação* com os respectivos *objetivos específicos* e *ações estratégicas*, cada qual especificando o *órgão responsável* por elas e os demais setores envolvidos.

Ainda do ponto de vista prático, faz-se necessário definir o nível da realidade sobre o qual o planejamento em saúde será realizado. Pode ser o sistema de saúde, como é o caso dos *pactos, agendas e planos* nacional, estadual e municipal. Pode contemplar, também, instituições ou organizações de saúde, microrregiões, distritos sanitários, estabelecimentos (unidades básicas, hospitais, etc.), serviços de saúde (pré-natal, imunização, saúde mental, etc.) e práticas (ações de saúde). Assim, seriam formulados *planos diretores* e *planos operativos* para microrregiões, organizações, distritos e estabelecimentos de saúde, além de *projetos assistenciais* no nível micro (serviços e práticas de saúde) voltados para grupos e pessoas a partir da reorganização dos processos de trabalho das equipes.

COMENTÁRIOS FINAIS

As noções apresentadas sobre planejamento em saúde neste capítulo podem ter alguma utilidade para os que, não sendo planejadores ou gestores, venham a lidar com alguns desses termos e, sobretudo, com o seu processo. Conseqüentemente, um profissional inserido em um estabelecimento de saúde tal como uma unidade básica, um labo-

ratório ou hospital, mesmo exercendo atividades isoladas, pode ser envolvido com um plano diretor ou com uma dada programação trimestral ou anual (plano operativo). É um profissional que trabalha em uma equipe de saúde da família, em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ou em um serviço de pré-natal de um centro de saúde pode ser convocado a participar da programação mensal do serviço ou na elaboração do projeto assistencial para os usuários. Uma vez que o *trabalho programático* (articulação de objetivos, atividades e recursos) se realize no nível local (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996) ou que o "método da roda" (Campos, 2000c) venha a ser acionado na gestão de coletivos produtores de saúde, o recurso ao planejamento tende a ser crescente.

O planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades, pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção. Da parte das pessoas que se vinculam aos serviços e equipes de saúde, a gestão participativa decorrente da diretriz da participação da comunidade no SUS pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo (Campos, 2000b) na conquista do direito à saúde. Essas possibilidades, no entanto, não devem subestimar os usos dominantes do planejamento, especialmente na captação de recursos, na legitimação política e, eventualmente, como instrumento de gestão.

Tem-se observado que em situações concretas, o gestor aciona práticas estruturadas de planejamento e, também, as não estruturadas (Vilasbôas, 2006). No primeiro caso, identificam-se momentos, instrumentos, planilhas e textos de planos, programas e projetos. No outro, constata-se o cálculo, realizado no cotidiano pelos atores e compartilhado entre pares em momentos de análise política (Matus, 1996b), e o pensamento estratégico, capaz de orientar a ação para adquirir poder (técnico, administrativo e político) e assim *poder fazer* as coisas (Testa, 1992, 1995). Pesquisa realizada em um município com gestão plena do sistema de saúde (Vilasbôas, 2006) apontou um baixo grau de institucionalização de *práticas estruturadas de planejamento* convivendo com um expressivo cálculo técnico-político, trabalho de natureza estratégica, que deve ter contribuído para a construção de *práticas não estruturadas de planejamento* tão relevantes que permitiram acumular poder e tornar essa experiência de gestão uma referência nacional.

Ainda assim, muito do planejamento em saúde existente no Brasil é vertical, ritualístico, um faz-de-contas, uma espécie de "pra-não-dizer-que-não-falei-de-flores", sem compromisso com a recomposição

das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população (Paim, 2003). As possibilidades de sua superação inscrevem-se nos movimentos das forças sociais que lutam por um SUS democrático, orgânico ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Nessa perspectiva, algumas correntes teóricas e centros de pesquisa e de pós-graduação em Saúde Coletiva (Merhy, 1995; Rivera, & Artmann, 1999; Sá, 1999; Campos, 2000a; Pinheiro & Mattos, 2001; Paim, 2002), têm oferecido certa colaboração a tais movimentos cujos produtos poderão ser mais bem conhecidos e utilizados por aqueles que pretendam aprofundar o tema (Teixeira & Sá, 1996; Schraiber et al., 1999; Levcovitz et al., 2003; Spinelli & Testa, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artmann, E. *O Planejamento Estratégico Situacional: a trílogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 222 pp.
- Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Suds-BA. *Plano Estadual de Saúde (1988-1991)*. Salvador: Sesab/Assessoria de Planejamento, 1987, 106 pp.
- Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. *Agenda Estadual de Saúde, mais saúde com qualidade. reduzindo desigualdades*. Salvador, 2004, 98 pp.
- Bahia. Secretaria da Saúde. *Plano Estadual de Saúde — 2004-2007 (Documento preliminar)*, s.d., 69 pp. + anexos.
- Bourdieu, P. *Razões práticas. Sobre a teoria da ação*. Campinas: Papyrus, pp. 157-94, 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Práticas para a implantação de um programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco*. Rio de Janeiro: Inca, 1998, 112 pp.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde; um pacto pela saúde no Brasil: síntese*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 24 pp.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Ministério da Saúde: Brasília, 2006, 76 pp.

- Campos, L. *A crise da ideologia keynesiana*. Rio de Janeiro: Campus, 1980, 355 pp.
- Campos, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 16(3), pp. 723-31, 2000a.
- . Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública*, 16(4), pp. 1.021-31, 2000b.
- Campos, G. W. de S. *Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições; o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000, 236 pp.
- Cecilio, L. C. de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, pp. 235-334.
- Centro Panamericano de Planificación de la Salud/OPS. *Formulación de políticas de salud*. Santiago: CPPS, 1975, 77 pp.
- Ferreira, F. W. *Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981, 157 pp.
- Giordani, J. A. La planificación como proceso social. Un esquema de análisis. *Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación: Teoría y Método de la Planificación*, 3, pp. 147-77, 1979.
- Habermas, J. Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: J. Habermas. *Teoría de la acción comunicativa I*. Madri: Taurus, 1987, pp. 110-46.
- Heilbroner, R. L. *Introdução à história das idéias econômicas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, pp. 263-87, 1965.
- Levcovitz, E.; T. W. F. Baptista; S. A. C. Uchôa, G. Nespoli & M. Mariani. *Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: Opas, 2003 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2), 74 pp.
- Mannheim, K. *Liberdade, poder e planificação democrática*. São Paulo: Mestre Jou, 1972, 414 pp.
- Matus, C. Teoria da ação e Teoria do Planejamento. In: C. Matus. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea, pp. 81-98, 1996a.
- . *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea, 1996b, t. I e II, 591 pp.
- Merhy, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento em saúde no Brasil. In: E. Gallo. *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, pp. 117-49.

- OPS/OMS. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud. *Publicación Científica*, n.º 111, 1965, 77 pp.
- Paim, I. S. *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: Ceps-ISC, 2002, 447 pp.
- . Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), pp. 557-67, 2003.
- Pineault, R. & C. Daveluy. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, 1987, 382 pp.
- Pinheiro, R. & Mattos, R. A. de (org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio. Uerj/IMS-Abrasco, 2001, 180 pp.
- Plano Beveridge*. Trad. de Almir de Andrade. Rio de Janeiro: José Olympio, 1943, 458 pp. Edição integral conforme o texto oficial publicado pelo Governo Britânico
- Rivera, F. J. U. (org). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989, 222 pp.
- . *Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, 213 pp.
- Rivera, F. J. U. & E. Artmann. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), pp. 355-65, 1999.
- Sá, M. de C. O mal-estar das organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), pp. 255-8, 1999.
- San Martín, H. *Salud y enfermedad*. 2.ª ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1968, pp. 652-66.
- Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde. *Agenda Estadual de Saúde 2004*, s.d., 107 pp.
- . *Plano Estadual de Saúde — Sergipe, 2004-2007*, s.d., 116 pp.
- Schraiber, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, 47, pp. 28-35, 1995.
- Schraiber, L. B.; M. I. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves (org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo. Hucitec, 1996, 290 pp. + anexos.
- Schraiber, L. B.; M. Peduzzi; A. Sala; M. I. B. Nemes; E. R. L. Castanhera & R. Kon, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, pp. 221-42, 1999.
- Spinelli, H. & M. Testa. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo. Recorrido de la Planificación en América Latina. *Salud Colectiva* 1(3), pp. 323-35, 2005.

- Teixeira, C. *Planejamento municipal em saúde*. Salvador: Cooptec/ISC, 2001. 79 pp.
- Teixeira, C. F. & M. C. Sá. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e cooperação técnica na área. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1), pp. 80-103, 1996.
- Testa, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). *Cuadernos Médico Sociales*, 39, pp. 3-28, 1987.
- *Pensar em saúde*. Porto Alegre-Rio de Janeiro: Artes Médicas-Abrasco, 1992. 226 pp.
- *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, pp. 5-103, 1995.
- Weber, M. Conceitos sociológicos fundamentais. In: Max Weber. *Economia e sociedade*. 3.ª ed. Brasília: EdUnb, 1994, pp. 3-35.
- Vilasbôas, A. L. Q. *Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. Doutorado. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006, 166 pp.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Roberto Cláudio Bezerra

UMA HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Durante a segunda e terceira décadas do século XX, numa tentativa de aproximar o trabalho em saúde da população, as autoridades sanitárias da época desenvolveram os conceitos de distrito sanitário e de centro de saúde. Essas concepções foram postas em prática de várias maneiras, em países diferentes (Rosen, 1994).

Nos Estados Unidos, entre 1910 e 1915, os esforços para relacionar os serviços a uma população delimitada, ou à população de uma área definida, logo levaram à compreensão da necessidade de um foco de administração, que foi denominado de Centro de Saúde.

Em 1920, Dawson, ministro da saúde da Inglaterra, aproximou-se dos conceitos atuais de Atenção Primária à Saúde (APS), quando definiu o Centro de Saúde como a instituição encarregada de oferecer atenção médica no nível primário. Segundo Lago & Cruz (2001, p. 7), Dawson assim definiu APS.

O Centro de Saúde Primário é a instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Saúde Primário deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes se atenderão majoritariamente com médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios médicos.

Em 1966, o informe da Comissão Millis (Comissão de Cidadãos) nos EUA considerou a APS como: "Oferta do primeiro contato, a ado-

ção da responsabilidade longitudinal pelo paciente independentemente da presença ou ausência de doença e a integração dos aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde" (Rosen, 1994, p. 372).

Ainda nos EUA, na década de 1970, a Academia Americana de Médicos de Família definiu a APS como:

Forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento das doenças do paciente. Estes cuidados personalizados implicam uma interação única da comunicação entre o paciente e o médico, que inclui a coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociais.

Na década de 1970, mais precisamente em setembro de 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Atá, antiga URSS, promovida pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef). Segundo a Declaração Oficial da Conferência de Alma-Atá, a Atenção Primária de Saúde é fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A APS, uma vez que constitui o núcleo do sistema nacional de saúde, faz parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade (OMS, 1978).

Na Introdução da Declaração de Alma-Atá afirmou-se que a APS era chave para alcançar em todo o mundo em um futuro previsível um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. Essa meta na ocasião foi proposta para o ano 2000. A APS seria igualmente válida para todos os países, desde os mais desenvolvidos até os de menor desenvolvimento, embora pudesse adotar diversos formatos segundo as diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais. O informe alertava sobre a necessidade de estruturar a APS, sobretudo nos países em desenvolvimento, e por isso se centrou nas necessidades destes países.

Na Espanha, em 1984, o Real Decreto 137 sobre estruturas básicas de saúde na Lei Geral de Saúde define que:

A zona básica de saúde é a unidade geográfica base na atenção primária. A equipe de atenção primária é o conjunto de pro-

fissionais de saúde ou de outras categorias que efetuam sua atividade sobre a zona de saúde, e o centro de saúde é o lugar físico de reunião da equipe de atenção primária e centro da zona de saúde.

Em Cuba, em 1984, Cosme Ordóñez, professor e pesquisador cubano dedicado à APS, definiu-a como:

O conjunto de atividades planejadas de atenção médica integral que têm como objetivo alcançar melhor nível de saúde para o indivíduo e a comunidade, aplicando a metodologia científica com a ótima utilização dos recursos disponíveis e a participação ativa das massas organizadas (Lago, 2001).

Starfield, em 1998, publicou em Nova York o livro *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Esta obra representa um marco para APS porque a autora apresenta evidências do impacto positivo da APS em diversos países do mundo, além de propor métodos inovadores para avaliação dos resultados produzidos pelos sistemas e profissionais da atenção primária à saúde. Na verdade a edição de 1998 foi uma re-edição de um livro sobre APS publicado pela mesma autora em 1992, acrescentando duas áreas: o papel da APS na promoção da equidade nos serviços de saúde, e as sobre-posições entre a medicina clínica e a saúde pública. No Brasil este livro, traduzido para o português, foi publicado pela Unesco/Ministério da Saúde, em 2002, com o título *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia* e distribuído para muitos municípios e profissionais de saúde (Starfield, 2002).

Em 2003 os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), em virtude de as experiências dos países desenvolvidos e em desenvolvimento demonstrarem igualmente que a APS pode ser interpretada e adaptada para ajustar-se a uma ampla variedade de contextos políticos, sociais, culturais e econômicos, decidiram realizar uma revisão completa da APS — tanto teórica como prática — analisando criticamente como este conceito pode ser “renovado”, para refletir melhor as necessidades atuais de saúde e desenvolvimento da população mundial. Em agosto de 2005 a OPS publicou um documento cujo título é, traduzindo para o português, *Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas*. Este documento amplia e aprofunda a sistematização sobre a APS, definindo um espectro de “Valores, Princípios e Elementos Essenciais” de um Sistema de Saúde baseado na APS (Opas, 2005).

O QUE É APS?

A Declaração de Alma-Atá definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde. Como estes serviços refletiriam as condições econômicas e os valores sociais de cada país e de suas comunidades, logicamente variariam segundo os diversos países e comunidades. Entretanto, também deveriam compreender, no mínimo: a promoção de uma nutrição adequada e de um abastecimento suficiente de água potável; o saneamento básico; a saúde da mãe e da criança, incluindo o planejamento familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a prevenção e a luta contra as doenças endêmicas locais; a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e controle correspondentes; o tratamento apropriado para as enfermidades e os traumatismos comuns. O informe atribuía aos outros níveis do sistema de saúde o aporte de serviços mais especializados e de crescente "complexidade" (OMS, 1978).

Com base na produção de Starfield (2002) e Vuori (1984) pode-se conceituar APS como o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde. O trabalho de Starfield (2002), ainda dialogando com Vuori (1984), ilustra de forma clara as dissimilaridades essenciais entre a atenção primária à saúde e a atenção médica convencional (Quadro 1).

Entre as definições de APS revisadas, uma das mais completas foi:

Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção

integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde — mediante um pacto social — que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo (Lago & Cruz, 2001).

Quadro 1 Diferenças entre atenção médica convencional e atenção primária à saúde

CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA
ENFOQUE	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
CONTEÚDO	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
ORGANIZAÇÃO	
Especialistas	Clínicos gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
RESPONSABILIDADE	
Apenas setor de saúde	Colaboração intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: Starfield. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002, p. 33

O QUE NÃO É APS

Lago & Cruz (2001), citando David Tejada de Rivero, enfatizou o que não é APS, como forma de diferenciá-la de muitos modelos que se utilizam da mesma denominação, sem, contudo, possuir os requisitos mínimos que a caracterizam:

A) Não se reduz a utilização de pessoas da comunidade que se capacitam para prestar uma atenção elementar, de forma remunerada ou não;

B) Não é um nível de atenção sem importância dentro de um sistema de serviços de saúde e nem se reduz ao que poderia considerar-se como o nível menos efetivo;

C) Não é uma forma rudimentar de atenção, que se sustenta apenas em tecnologias que não incorporam os progressos da ciência e da técnica, e que está dirigida ao cuidado elementar de pessoas desfavorecidas economicamente;

D) Não é um nível de atenção independente, sem inter-relação com os outros serviços de saúde;

E) Não é unicamente responsabilidade do setor saúde, nem pode ele por si só resolver as múltiplas causas dos problemas sanitários que afetam a coletividade, as famílias e os indivíduos;

F) Não é a simples soma dos conteúdos e habilidades provenientes das diferentes especialidades médicas, utilizadas para a prestação de serviços aos pacientes no primeiro nível de atenção;

G) Não se restringe a um programa específico ou à prestação de serviços por meio de pacotes básicos;

H) Não está restrita à atenção fornecida pelos médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde.

ENFOQUES DE APS

A denominação "Atenção Primária de Saúde" vem sendo empregada para modelos distintos de organização e oferta de serviços de saúde em vários países ao redor do mundo. Numa tentativa de descrever e diferenciar os diversos modelos que utilizavam a denominação "APS", Vuori, em 1985, propôs uma classificação para os enfoques de APS então existentes (Quadro2).

Quadro 2. Enfoques da atenção primária de saúde

ENFOQUE	DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	ENFOQUE
APS Seletiva	Orienta-se a um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes dos países em desenvolvimento. Um dos principais programas que incluiu este tipo de serviços foi conhecido por sua sigla em inglês Gobi (controle do crescimento, técnicas de reidratação oral, aleitamento materno e imunização) e também foi conhecida como Gobi-FFF quando adicionou alimentos suplementares, alfabetização da mulher e planejamento familiar	Conjunto limitado de atividades dos serviços de saúde para os pobres
Atenção Primária	A maioria das vezes se refere à porta de entrada do sistema de saúde e ao local para atenção contínua da saúde da maioria da população. Esta é a concepção de APS mais comum na Europa e em outros países industrializados. Já a partir da definição mais restrita, este enfoque está diretamente relacionado com a disponibilidade de médicos especializados em medicina geral ou familiar	
Alma-Atá "APS Ampliada"	A Declaração de Alma-Atá define a APS como um primeiro nível amplo e integrado, que inclui elementos como participação comunitária, coordenação intersetorial, e descansa em uma variedade de trabalhadores da saúde e praticantes das medicinas tradicionais. Inclui os seguintes princípios: respostas aos principais determinantes da saúde; cobertura e acessibilidade universal segundo a necessidade; autocuidado e participação individual e comunitária; ação intersetorial pela saúde; tecnologia apropriada e custo-efetividade em relação aos recursos disponíveis.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade para promover a saúde
Enfoque de Saúde e Direitos Humanos	Concebe a saúde como um direito humano e prioriza a necessidade de responder aos seus determinantes sociais e políticos mais amplos. Diferê por sua maior ênfase nas implicações sociais e políticas da Declaração de Alma-Atá que em seus princípios defende que, se há um objetivo de que o conteúdo social e político de Alma-Atá logre melhoras na equidade em saúde, este deve orientar-se mais para o desenvolvimento de políticas "inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos legislativos e financeiros" que está atrás de aspectos específicos da doença	Uma filosofia que atravessa a saúde e os setores sociais

Fonte: Ilahna Vuori, 1985.

EVIDÊNCIAS INTERNACIONAIS DA EFETIVIDADE DA APS

Conforme estabelecido cientificamente, os sistemas efetivos de assistência à saúde primária têm impacto positivo nos indicadores de saúde da população, bem como têm influência positiva no acesso a serviços essenciais preventivos e promocionais de saúde maternal (Macinko, 2003; Moore, 2003).

Por exemplo, vários estudos ecológicos internacionais tentaram abordar a associação entre sistemas de assistência primários e indicado-

res da população de mortalidade infantil. Estes estudos ecológicos sustentaram a existência de tal associação enquanto eles avaliaram a relação entre práticas de assistência primária e indicadores de saúde infantil, principalmente comparando a força de direção de assistência primária e/ou disponibilidade de profissionais de assistência primária entre as diferentes áreas geográficas (Starfield, 1998; Macinko, 2003; Moore, 2003; Villalbi, 2003; Shi, 2004).

Starfield estabeleceu uma comparação entre doze países desenvolvidos sobre a força da direção de assistência primária de seus respectivos sistemas de saúde nacionais e sua associação potencial com indicadores de saúde globais. Tal estudo identificou que os benefícios de uma forte orientação de atenção à saúde primária eram marcantes e mais altos para a população jovem. Por exemplo, países com sistemas de atenção a saúde primária mais fortes tendem a ter melhores taxas de baixo peso de nascimento e taxas de mortalidade pós-neonatais (Starfield, 1998).

Além disso, Moore et al. utilizaram dados agregados do Banco Mundial e do Unicef para identificar fatores, ambos dentro e fora do sistema de assistência à saúde, associado às taxas de mortalidade infantil em 22 países da América Latina e o Caribe durante a década de 1990. Três dos cinco fatores apontados como precursores independentes da taxa de mortalidade infantil reduzida são elementos fundamentais dos sistemas de assistência primária; cobertura vacinal, uso de terapia de reidratação oral e acesso a água limpa (Moore, 2003).

Villalbi et al. desenvolveram uma avaliação do impacto da reforma da assistência primária de saúde em Barcelona na saúde da população. Eles também estabeleceram uma comparação ecológica das taxas de mortalidade entre 1984-1996 período estudado em vinte e três áreas de Barcelona, divididas em três zonas principais de nível socioeconômico homogêneo. Além disso, desenvolveram uma pré e pós-comparação não controlada de resultados de saúde populacional em todas as três áreas. Foi encontrada uma clara associação entre a consolidação de serviços de assistência primária e a redução de mortalidade perinatal em todas as três zonas de baixo nível socioeconômico. Segundo os autores sugerem, tal reforma de assistência primária poderia ter impactado a saúde perinatal da população com condição socioeconômica mais baixa (Villalbi, 2003).

Uma diferente abordagem foi utilizada por outros autores que compararam o nível de acesso local aos profissionais de assistência primária e indicadores populacionais de saúde (Shi, 2001). Por exemplo, Shi estabeleceu uma comparação entre a proporção de médicos de as-

sistência primária de diferentes regiões geográficas com os respectivos indicadores de saúde populacional; incluindo a taxa de mortalidade neonatal e a taxa do baixo peso do nascimento, tais coeficientes de correlação linear eram estimados. Foi identificada que a assistência primária é correlacionada ao melhor estado geral de saúde (Shi, 2004).

Outro estudo ecológico utilizou um desenho transversal agrupado, análise de série temporal de dados secundários (1985-1995). Avaliou a extensão para qual o médico de assistência primária modera a associação entre desigualdades sociais e mortalidade infantil e baixo peso do nascimento nos cinquenta estados dos EUA. Identificou que uma provisão ampliada de médicos de assistência primária — sobretudo em áreas geográficas socialmente desiguais — é negativamente associada à taxa de mortalidade infantil pós-neonatal e baixo peso de nascimento (Shi, 2004).

Starfield (2002) realizou um estudo comparativo entre doze nações industrializadas ocidentais tendo em vista analisar a relação existente entre a prioridade dada por estes países à APS, os níveis de saúde de suas respectivas populações e os custos da atenção à saúde em cada país.

Os países estudados foram Alemanha, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Espanha, EUA, Finlândia, Países Baixos, Reino Unido e Suécia. Foi construída uma classificação para a força da orientação das propostas dessas nações para a atenção primária. Foram levadas em consideração as cinco características do Sistema de Saúde “que se pensava estarem associadas a uma forte atenção primária”. Estas características foram: 1) Como os profissionais e as instalações de saúde estavam regulados de modo que estivessem geograficamente distribuídos aproximadamente de acordo com o grau de necessidade; 2) o tipo de médico designado como médico de atenção primária; 3) os honorários dos médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; 4) o número de médicos de atenção primária em relação a outros especialistas; 5) a extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde.

Já em relação às unidades de saúde, o estudo analisou seis características: 1) a extensão na qual as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária antes de ir a qualquer outro lugar; 2) a força das relações entre as pessoas e seu médico de atenção primária; 3) a medida em que a unidade de atenção primária tratou de necessidades comuns, independentemente de seu tipo; 4) o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde; 5) a orientação familiar da atenção primária; 6) a orientação comunitária da atenção primária.

Para a mensuração comparativa "cada país recebeu uma pontuação de 0, 1 ou 2 dependendo da presença e força das características". Os países foram, então, classificados por sua pontuação média para as onze características.

Starfield (2002) então utilizou as seguintes medidas de saúde e de gastos para a análise

1. Classificação das taxas para catorze indicadores de saúde obtidos por métodos comparáveis e de uma única fonte de dados. Os indicadores incluíam mortalidade neonatal, mortalidade pós-neonatal, mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal combinadas); expectativa de vida na idade de um ano (para eliminar a contribuição da mortalidade infantil) e nas idades de 20, 65 e 80 anos, para homens e mulheres, separadamente; taxas de morte ajustadas por idade; e anos de vida potencial perdidos antes de 65 anos como resultado de problemas preveníveis. Também incluíram uma medida de morbidade: porcentagem de baixo peso no nascimento.

2. Classificação para gastos totais de sistemas de saúde *per capita*, expresso pela paridade do poder de compra. Como é o caso com as outras classificações, a classificação "melhor"

3. Avaliação da satisfação de cada população com seu sistema de saúde, obtida por uma pesquisa por telefone em que as pessoas classificaram o sistema de saúde de seu país de acordo com a extensão em que necessitavam de melhoras. A classificação foi baseada na diferença entre a porcentagem da amostra de população relatando que seriam necessárias mudanças importantes e a porcentagem que dizia que seu sistema necessitava apenas de mudanças menores para torná-lo melhor.

4. Classificações para gastos por pessoa para medicamentos prescritos pela paridade do poder de compra, sendo conferido grau ao país com os menores custos de medicamentos prescritos.

Conforme se observar no Gráfico 1, quanto mais forte o sistema de atenção primária do país, melhor a classificação para os impactos combinados. O Gráfico 2 mostra as classificações para força da atenção primária em um eixo e a classificação para gastos de atenção à saúde totais, *per capita*, no outro eixo, sendo conferido grau para o país com o mais baixo custo total. Os gráficos clarificam que as nações com sistemas de saúde centrados na APS obtêm melhor resultados e lidam melhor com os custos. Já no Gráfico 3, como é possível perceber, os países nos quais as políticas de saúde conduziam à APS eram aqueles em que as características das unidades de saúde também refletiam uma forte atenção primária.

Gráfico 1 Relação entre a força da atenção primária e os resultados combinados

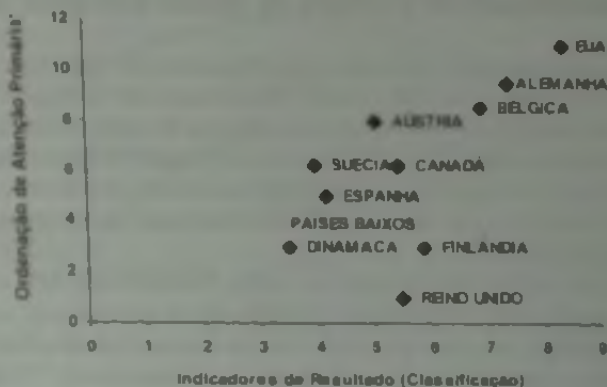


Gráfico 2 Relação entre a força da atenção primária e os gastos totais com atenção à saúde

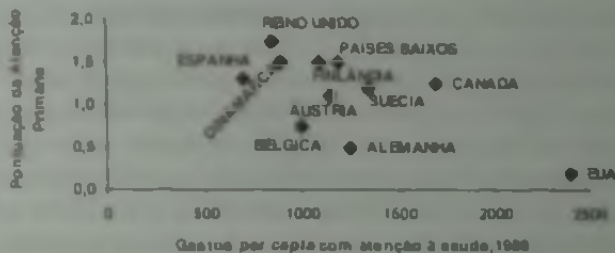
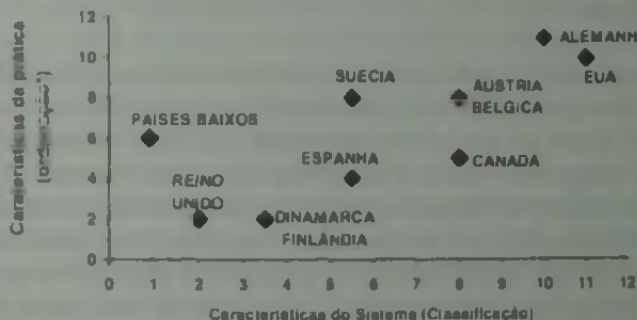


Gráfico 3 Relação entre as políticas do sistema de saúde e as características da prática relacionada à atenção primária



Fonte: Starfield. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002, pp. 36-7.

CONSTRUÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE BASEADOS EM APS

Em documento publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde em setembro de 2005 sobre a Renovação da Atenção Primária à Saúde das Américas é defendida a renovação da APS como parte integral do desenvolvimento dos Sistemas de Saúde e enfatizado que o caminho mais adequado para produzir melhoras equitativas e sustentáveis na saúde dos povos das Américas é embasar os Sistemas de Saúde da região em APS.

A Opas define um Sistema de Saúde baseado em APS como um enfoque amplo para organização e operação de sistemas de saúde que fazem do direito ao nível de saúde o mais elevado possível seu principal objetivo, maximizando a equidade e a solidariedade: "Um sistema de tal natureza é guiado pelos próprios princípios da APS, tais como, dar resposta às necessidades em saúde da população, orientação para qualidade, responsabilidade e prestação de contas dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade" (Opas, 2005).

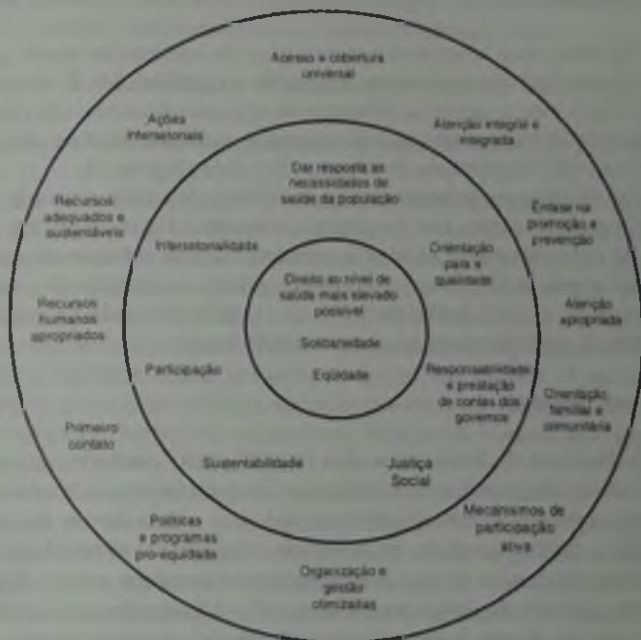
O enfoque apresentado pela Opas no documento *Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas* tem a intenção de servir como um fundamento para a compreensão e organização dos componentes de um Sistema de Saúde baseado na APS, deixando claro que caberá a cada país desenvolver sua própria estratégia para renovação da APS, de acordo com sua realidade política, econômica, capacidade administrativa e desenvolvimento histórico alcançado pelo setor saúde.

Na figura 1 são apresentados os valores, princípios e características de um Sistema de Saúde baseado na APS.

Valores

Neste texto a palavra *valor* está definida como um princípio social, objetivo ou padrão de comportamento apoiado ou aceito por um indivíduo, classe ou sociedade, que provê uma base moral para as políticas e programas que se planeja em nome do interesse público. A partir da criação da Organização das Nações Unidas, na década de 40 do século passado, vem sendo criado e ampliado um corpo de leis internacionais que estabeleceram os parâmetros necessários para proteger as pessoas mais vulneráveis da sociedade ao criar uma base legal que lhes permita fazer valer seu direito à dignidade, liberdade e boa saúde. Por isso o processo de fundamentar mais fortemente um siste-

Figura 1. Valores, princípios e características essenciais de um Sistema de Saúde baseado em APS.



Fonte: Organização Panamericana de Saúde. *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, agosto, 2005, p. 8, mimeo.

ma de saúde em APS deve começar por uma análise dos valores sociais, pela mobilização e participação dos cidadãos e dos tomadores de decisão, num processo em que se estabelece a forma como os valores devem ser definidos, articulados e priorizados (Opas, 2005).

O Brasil passou por processo similar ao descrito no parágrafo anterior com a consolidação e fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária e dos movimentos populares pela redemocratização do País. Nestes, entre os avanços sociais e políticos que obtiveram, está a aprovação dos princípios norteadores do SUS (universalidade, integralidade, equidade e participação social) na Constituição de 1988 (Brasil, 1988).

Em relação aos valores de um sistema de saúde centrado em APS (Opas, 2005) estes são propostos conforme a Figura 1: a) o direito ao nível de saúde mais elevado possível; b) a equidade; c) a solidariedade.

Princípios

Os princípios formam o cimento para as políticas de saúde, a legislação, os critérios avaliativos, a geração e distribuição de recursos, assim como para a operacionalização do sistema de saúde. Os princípios servem de ponte entre os valores sociais mais amplos e os elementos estruturais e funcionais do sistema de saúde (Figura 1).

Em relação aos princípios de um sistema de saúde centrado em APS (Opas, 2005) estes são propostos conforme a Figura 1: *a*) dar resposta às necessidades de saúde da população; *b*) os serviços de saúde orientados pela qualidade; *c*) a responsabilidade e prestação de contas dos governos; *d*) uma sociedade justa; *e*) a sustentabilidade do sistema de saúde; *f*) a participação; *g*) a intersetorialidade

Características

Os Sistemas de Saúde baseados na APS estão conformados por componentes estruturais e funcionais que os caracterizam. Os componentes se entrelaçam, formam parte de todos os níveis de um Sistema de Saúde, e devem basear-se na evidência atual de sua efetividade na melhoria da saúde e/ou em sua importância para assegurar outros aspectos de um Sistema de Saúde baseado na APS. Adicionalmente, os elementos centrais de um Sistema de Saúde baseado na APS necessita da ação concomitante de várias das funções principais do Sistema de Saúde.

Em relação aos componentes que caracterizam um Sistema de Saúde baseado em APS (Opas, 2005) conforme pode ser visualizado na Figura 1 mencionam-se: *a*) acesso e cobertura universal; *b*) atenção integral e integrada; *c*) ênfase na prevenção e na promoção; *d*) atenção apropriada (significa que um sistema de saúde não está focalizado na atenção do órgão ou da enfermidade. Em vez disso, deve focalizar-se na pessoa como um todo e em suas necessidades sociais e de saúde, na projeção de respostas à comunidade local e a seu entorno ao longo da vida, a tempo que garanta que a pessoa não sofra danos ou prejuízos de nenhum tipo); *e*) orientação familiar e comunitária *f*) organização e gestão otimizadas, *g*) políticas e programas que estimulam a equidade; *h*) primeiro contato (a atenção primária deve servir como porta de entrada principal do sistema de serviços sociais e de saúde para a consulta de todos os problemas novos de saúde e o lugar onde a maioria deles deve ser decidido); *i*) recursos humanos apropriados; *j*) centrado em um

planejamento que disponha de recursos adequados e sustentáveis, l) ao ser orientado pela APS, o sistema consegue acoplar-se intimamente com as ações intersetoriais e com enfoques comunitários.

APS E OS MODELOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS NO BRASIL

Do sanitarianismo campanhista ao modelo liberal-privatista

Durante todo o período colonial, e mais precisamente até meados do século XIX, no Brasil, os problemas de saúde e higiene ficavam sob responsabilidade das localidades. Elas adotavam medidas para garantir a limpeza das ruas e quintais. A assistência à população pobre e indigente ficava sob cuidados da iniciativa filantrópica de figuras de importância econômica e social, e de instituições beneficentes, ligadas à Igreja Católica, como as Santas Casas de Misericórdia. A parcela restante da população buscava socorro dos médicos existentes, ou então de cirurgiões, barbeiros, sangradores, empíricos, curandeiros, parteiros e curiosos (Costa, 1985).

Uma característica deste período foi o predomínio das chamadas doenças pestilenciais, notadamente variola, febre amarela, malária e tuberculose. Predominava uma precária organização dos serviços de saúde, pois a sociedade colonial não se armou com medidas capazes de enfrentar o perigo da morbidade e da mortalidade (Machado, 1978).

Foi neste período, no começo da República Velha, que a sociedade brasileira iniciou a constituição do seu Estado moderno, marcado pelo predomínio dos grupos sociais vinculados à agroexportação cafeeira. Foi aí que se deu o nascimento da saúde pública no Brasil, o que representou profunda mudança nas práticas dominantes até então. Em relação ao saber médico-sanitário destacou-se a adoção dos saberes fundamentados pela bacteriologia e pela microbiologia e o questionamento dos saberes tradicionais baseados na teoria dos miasmas (Merhy, 1992).

Como ressalta Garcia (1989), este fenômeno foi comum não só ao Brasil mas à toda a América Latina, e nele predominaram: "a) hegemonia do modelo etiológico baseado no controle dos insetos e animais vetores; b) concentração da investigação em instituições estatais; c) influência do modelo organizativo, do Instituto Pasteur, da França, para as instituições científicas".

Este processo foi marcante em dois estados brasileiros, Rio de Janeiro e São Paulo, por possuírem as oligarquias estaduais hegemônicas na época. Neste período dois personagens tiveram papel estratégico no

desenvolvimento destas políticas: Osvaldo Cruz no Rio, e Emilio Ribas em São Paulo.

Segundo enfatiza Luz (1979), nessa época tem início uma reestruturação do Sistema de Saúde, que pode ser denominado sanitarismo campanhista, e que predominou do início do século até meados dos anos 1960. O modelo agroexportador então vigente na economia brasileira exigia basicamente uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação. Nesse sentido o sanitarismo brasileiro, do início do século, guarda relação muito próxima com a idéia de polícia médica desenvolvida na Alemanha e com a medicina urbana desenvolvida na França.

Conforme mostram Braga & Paula (1981), na década de 1920, especificamente no ano de 1923, com a "Lei Elói Chaves", surge a Previdência Social no Brasil com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). A partir de 1926 a assistência médica é incorporada como uma atribuição das CAPs.

Oliveira & Teixeira (1989) ressaltam que no início da década de 1930, na Previdência Social brasileira, sob a doutrina do seguro e com orientação economizadora de gastos, ocorre a organização dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais. Enfatizam ainda que a preocupação da Previdência Social tinha em vista uma acumulação, tendo para isso de conter despesas. Dessa forma, a assistência médica assumiu função provisória e secundária. Ela era prestada especialmente nos centros urbanos por médicos em prática privada, enquanto a assistência hospitalar concentrava-se nas misericórdias, pertencentes a instituições religiosas ou filantrópicas.

O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu, a partir da década de 1950, determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa desse período passa a configurar-se o denominado modelo *médico-assistencial privatista*, que vigorará hegemônico de meados dos anos 1960 até meados dos anos 1980 (Luz, 1979; Mendes, 1994).

Esse modelo médico-assistencial assenta-se na garantia de que o Estado é o seu grande financiador por intermédio da Previdência Social, o setor privado nacional assistencial-curativo o seu grande prestador e o setor internacional o seu grande produtor de insumos, equipamentos e medicamentos.

Em 1975, a Lei n.º 6.229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências das distintas esferas de governo.

Em 1977, pela Lei n.º 6.439, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social (Sinpas) que, juntamente com a Constituição de 1967-1969 e a Lei n.º 6.229, formaram a base jurídico-legal do sistema de saúde vigente nos anos 1970. Essas bases jurídicas viabilizaram o nascimento e o desenvolvimento do subsistema que viria a tornar-se hegemônico na década de 1980 o da atenção médica privatista. Mendes (1994) acrescenta que, do ponto de vista estrutural, o modelo médico-assistencial privatista constitui-se de quatro subsistemas: a) o subsistema estatal, representado pela rede de serviços assistenciais do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, onde se exercia a medicina simplificada destinada à cobertura de populações não integradas economicamente; b) o subsistema contratado e conveniado com a Previdência Social, para cobrir os benefícios dessa instituição e setores não atingidos pelas políticas de universalização excludente; c) o subsistema de atenção médica supletiva, que buscava atrair mão-de-obra qualificada das grandes empresas; d) o subsistema de alta tecnologia, organizado em torno dos hospitais universitários e alguns hospitais públicos de maior densidade tecnológica.

Desde seu nascedouro, este modelo receberia críticas de setores acadêmicos, localizados nas Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública, além de setores tanto da sociedade civil quanto de setores de dentro do aparelho de Estado e do poder político. Algumas bem-sucedidas experiências municipalistas de prefeituras de oposição apresentavam a alternativa de um sistema de saúde público e descentralizado, de base municipal, como proposta viável para o País (Müller, 1991).

Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), a área de atenção médica fica sob a responsabilidade e competência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Este fato aprofunda mais a dicotomia coletivo *vs.* individual quando reforça a atuação da Previdência na atenção médica, por meio de seus serviços próprios e dos contratados/conveniados.

•••••

Em 1978 foi realizada a reunião de Alma-Atá que estabeleceu a doutrina da Atenção Primária, fundamentando várias propostas e programas na área da saúde e exercendo influência no processo de expansão e articulação das Secretarias Municipais de Saúde

Com o retrocesso do "Milagre Econômico", no final da década de 1970, a Previdência Social entra em crise. Esse fato explicitou a fragilidade e incoerência do modelo médico-assistencial privatista, pela dependência que mantinha com os recursos da Previdência. Planos de intervenção foram feitos, como o Prev-Saúde, que propunha a reordenação do setor com a Extensão das Ações de Saúde por meio dos serviços básicos, que entretanto não saiu do papel.

De acordo com Almeida (1995), este momento expressou as várias divergências e conflitos desse processo, tais como: "serviços básicos/atenção primária preventiva *vs.* curativa; serviços/ações primárias simples *vs.* maior complexidade; saúde pública *vs.* atenção médica individual".

O movimento da reforma sanitária brasileira e os novos modelos técnico-assistenciais

Modelo em Defesa da Vida

A proposta Em Defesa da Vida nasceu em Campinas no final da década de 1980, galvanizada por um grupo de profissionais engajados no Movimento pela Reforma Sanitária, que tinha atuação no Centro Brasileiros de Estudos de Saúde (Cebes) e que criou o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (Lapa) na Unicamp.

O Lapa publicitou sua proposta de Modelo Tecnoassistencial durante a IX Conferência Nacional de Saúde em 1992 (Campos, 1994). Em Defesa da Vida estava fundamentado nos seguintes princípios:

- gestão democrática,
- saúde como direito de cidadania,
- serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Toda essa produção catalisou o surgimento de várias iniciativas em distintas cidades brasileiras que buscaram construir alternativas de superação do modelo "inampiano" herdado após o processo de municipalização da saúde

Ação Programática em Saúde

Aqui chama-se a atenção para os discursos produzidos pelos formuladores de modelos como o Ação Programática em Saúde, elaborado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da USP, e que tiveram como espaço de reflexão prática o Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Mendes Gonçalves, 1994)

O Ação Programática em Saúde tinha como principais características tecnológicas organizar o processo de trabalho a partir de:

- Atividades eventuais conforme a demanda espontânea de quem procurasse o serviço ou atividades de rotina para demanda organizada;
- Programas definidos por ciclos de vida, por doenças especiais ou por importância sanitária;
- Definição das finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas;
- Hierarquização interna de atividades;
- Articulação das atividades por equipes multiprofissionais;
- Padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais;
- Sistema de informação que permita avaliação na própria unidade;
- Gerência da unidade por médicos sanitaristas; e
- Regionalização e hierarquização das unidades

Sistemas Locais de Saúde (Silos)

Entre todas as propostas de modelos tecnoassistenciais que buscaram superar o modelo médico assistencial privatista, a que talvez tenha sido mais discutida nacionalmente, durante o processo inicial de operacionalização do SUS, foi a dos Sistemas Locais de Saúde, bastante difundida pela representação da Opas/OMS no Brasil e operacionalizada principalmente nos estados do Ceará e da Bahia (Mendes, 1994)

A proposta de Silos caracterizou-se por formulações-chave como território e problema. Segundo Mendes:

O enfoque por problemas pressupõe a interdisciplinaridade, ou seja, a interposição de disciplinas do conhecimento, buscando-se integração conceitual e metodológica entre elas. Há uma contraposição à abordagem multidisciplinar, que fragmenta o conhecimento nas especialidades envolvidas, não permitindo uma visão complexa dos problemas.

De acordo com esta proposta, o planejamento local das ações baseia-se na análise da situação de saúde e na definição da situação desejada. Desenham-se estratégias e um modelo de operação para estruturar a oferta de serviços e atender à demanda epidemiologicamente identificada e, ao mesmo tempo, captar os usuários provenientes da demanda espontânea.

* O SUS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) nasceu em 1994 e chegou ao fim de 2005 com mais de 24.000 equipes, destas 12.000 contavam com Equipe de Saúde Bucal, presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendendo 78 milhões de cidadãos e cidadãs brasileiras, isto representa 44% da população brasileira (Andrade et al., 2006). A decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que aponhasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurado com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi o norte inspirador da implementação da ESF nos mais diversos municípios brasileiros.

A inegável expansão de acesso da população brasileira à APS aconteceu simultaneamente a um processo continuado de readequação e refinamento da própria ESF. Esse processo inacabado de discussão e reformulação da ESF vem acontecendo nas três esferas governamentais, muitas vezes fomentado pelas escolas estaduais de saúde pública e enriquecido pela experiência dos profissionais de saúde envolvidos, o que vem a definir essa política pública como essencialmente dinâmica e coletiva no seu processo construtivo.

Em resumo, a experiência inovadora da ESF no âmbito municipal trouxe um impacto alvissareiro representado pelo comprometimento de recursos federais para a expansão da rede assistencial local e autonomia municipal na orientação da estratégia; entretanto, é inegável que a ESF também impôs novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia proposta por essa política.

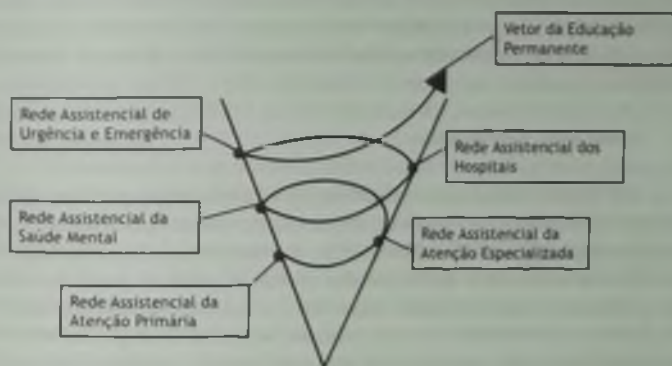
O dilema de superar a etapa da expansão quantitativa do acesso à ESF e passar para uma discussão mais formuladora da consolidação da qualidade nas ações do programa e sua respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS marcam o cerne das discussões teóricas atuais, as quais se traduzem como desafios pragmáticos para os gestores de saúde, sobretudo no nível municipal.

A decisão governamental de se implementar a Estratégia Saúde da Família transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema pú-

blico de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS. Logo, a nosso ver, seria mais apropriado nos referirmos ao PSF como estratégia de saúde e não apenas como um programa setorial de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família é considerada um modelo de APS focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária (Andrade, Barreto & Martins, 2003; Andrade et al., 2004). Então, por definição, pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como um modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal. Essa compreensão da ESF como o componente primário de um sistema público de saúde de amplitude nacional redimensiona sua relevância, pois o próprio impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS vai depender essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e rede de serviços de atenção à saúde mental (Figura 2).

Figura 2. Espiral da complexidade das redes assistenciais do Sistema Único de Saúde.



Fonte: Andrade, 2006

A Figura 2 é uma tentativa de representar graficamente a complexidade das relações entre as redes assistenciais do SUS, que no entendimento dos autores pode ser catalisada pela educação permanente

em saúde. Esta funcionaria como um vetor de força tracionando e facilitando o trabalho conjunto e a concatenação das redes assistenciais de saúde em prol da construção de linhas de cuidado aos pacientes individualmente e a coletividade. Além disso, o próprio processo de funcionamento das redes assistenciais sustenta a educação permanente do Sistema.

Conforme definido, compete à ESF a coordenação/ordenação de todo o espectro assistencial em saúde, quando por meio da APS se identificam as necessidades de atendimentos mais especializados, coordenam-se as referências para os profissionais adequados e acompanham-se os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes acompanhados (Andrade et al., 2006). Em suma, a existência da uma rede de APS permite não somente a prevenção de um importante universo de patologias de relevância epidemiológica e a resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária, como também auxilia a condução clínica e o manejo terapêutico de pacientes com demanda de saúde especializada, os quais são primariamente orientados por profissionais de saúde de uma das outras redes assistenciais.¹ Logo, segundo se acredita, uma rede universal de APS, como está sendo buscado pelo modelo brasileiro de ESF, possibilita melhor controle do desperdício de recursos de saúde, redução da duplicação da oferta de serviços, estabilidade e confiança na relação entre o usuário e o sistema de saúde e maior eficácia no alcance de resultados de saúde (Hart, Belsey & Tarimo, 1990).

Conceitos importantes

Ao buscar uma conceitualização mais ampla dessa política, definimos a ESF como um modelo de *atenção primária*, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das *equipes de saúde da família*, comprometidas com a *integralidade* da assistência à saúde, focado na *unidade familiar* e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da *comunidade* em que está inserido. Para melhor compreensão da organização e operacionalização desse modelo de APS,

¹ Um outro cuidado que os autores terão neste texto é o de se referir aos serviços de saúde ambulatoriais especializados e hospitalares como "outras redes de atenção à saúde" e não níveis de atenção à saúde mais complexos, uma vez que consideram a ESF tão ou mais complexa que estes, diferindo no que se refere a intensidade de emprego de tecnologias "leves ou duras".

entendemos como fundamental a revisão de alguns desses conceitos que compõem a essência da definição da ESF.

Equipe de saúde da família — é composta essencialmente de um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia de assistência integral e primária à saúde. Normalmente, a equipe de saúde da família é formada de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde que são primariamente responsáveis pela cobertura de aproximadamente oitocentas famílias (3.450 indivíduos) residentes em território urbano ou rural, com limites geográficos definidos. Outro profissional a integrar a ESF é o odontólogo, pois tem ocorrido um esforço governamental recente para incluí-lo nessas equipes tendo em vista a contemplação de todos os espectros de atenção à saúde bucal.

Unidade familiar — é compreendida como a célula biológica e social dentro da qual o comportamento reprodutivo, os padrões de socialização, o desenvolvimento emocional e as relações com a comunidade são determinados. Entre as funções essenciais de uma família estão a procriação de crianças e o desenvolvimento do bem-estar físico e mental de seus membros, todas estão diretamente relacionadas com as necessidades de utilização dos serviços de saúde (Rifkin, 1986). Logo, é importante conceituar a unidade familiar da ESF numa perspectiva distinta da definição restrita de pessoas associadas a uma residência comum e levar em consideração não só a composição demográfica dos membros da família, como também variáveis que descrevam a organização e situação familiar e as características do ambiente onde a família está localizada.

Comunidade — representa a esfera sociocultural, delimitada essencialmente por contiguidade geográfica e primariamente definida por aspectos semelhantes da organização da vida dos indivíduos e dependência comum dos mesmos equipamentos sociais e governamentais. Esse processo de identificação e descrição das comunidades onde as equipes de ESF atuarão é conhecido por territorialização e adscrição de clientela, o qual permite melhor compreensão das microáreas de risco, identificação de localidades com maior densidade populacional, da rede de transportes e estradas, da presença de barreiras físicas para o acesso ao atendimento de saúde e dos recursos existentes localmente, por exemplo, igrejas, escolas, praças, associações comunitárias. . (Tallon, 1989; Mendes, 1994).

Uma história do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF)

A ESF surge como uma política nacional de saúde em 1994 dentro de um contexto rico de influências institucionais determinantes de sua incorporação como política prioritária do Estado brasileiro. A evolução do Sistema Único de Saúde e suas respectivas contradições e incertezas; as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde no Brasil; o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão institucional internacional por políticas consistentes de APS caracterizaram esse contexto determinante da implementação da ESF. Uma discussão mais detalhada do papel de cada um desses elementos institucionais é resumida pelo Quadro 3 e descrita a seguir:

Quadro 3. Contexto institucional que precedeu a implementação da ESF

DETERMINANTE	INFLUÊNCIA
Evolução do SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de expandir o acesso à saúde • Necessidade de consolidar a descentralização • Busca da integralidade de atenção à saúde • Incorporação efetiva do controle social no SUS
Experiências inovadoras de atenção à saúde <ul style="list-style-type: none"> • Em Defesa da Vida • Ação Programática em Saúde • Silos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde • Amadurecimento de propostas centradas numa perspectiva coletiva de atenção primária à saúde
Perfil epidemiológico brasileiro	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de superação das desigualdades regionais relacionadas ao acesso à saúde, oferta de serviços de saúde, financiamento da saúde e indicadores de saúde • Busca da melhoria universal de indicadores básicos de saúde
Contexto internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Popularidade de modelos internacionais de atenção primária centrados na comunidade • Pressão de financiamento das agências internacionais de saúde

Fonte: Andrade, Barreto & Martins. Por que o PNI? *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, Departamento de Atenção Básica à Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

No Brasil, a implementação da ESF ocorreu claramente como uma estratégia de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde. A breve existência do SUS e os conflitos filosóficos e pragmáticos advindos dos aspectos inovadores incorporados por esse siste-

ma geraram um ambiente propício para a implementação de políticas de saúde que viessem melhor estruturar esses princípios organizativos e transformá-los em ação efetiva. A ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir acesso à atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, de facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de se coordenar a integralidade de assistência à saúde. Em resumo, a decisão de se implementar a ESF foi coerente com os princípios doutrinários do SUS de alcançar universalidade de acesso, integralidade de atenção à saúde e descentralização do planejamento e da gestão política e administrativa de aspectos relacionados à saúde dos municípios (Andrade et al., 2006). Destaca-se também o papel fundamental da ESF na organização dos processos de participação popular e sua respectiva influência na consolidação do papel moderador e monitorador das comunidades (WHO, 1976).

Portanto, a gestação da ESF não pode ser grosseiramente resumida a uma súbita replicação de modelos internacionais de medicina de família ou atenção à saúde simplificada. A construção da ESF foi consequência de um processo lento e contínuo de tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde (ver Quadro 3). Nessa perspectiva exploratória de busca de modelos assistenciais que superassem a incapacidade do modelo hegemônico tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico de responder efetivamente às demandas individuais e coletivas, algumas experiências tiveram uma discussão teórica e aplicação prática que antecederam e inspiraram a discussão do modelo atual de saúde da família, como o Modelo em Defesa da Vida, o Modelo Ação Programática de Saúde e o Modelo Silos, já discutidos.

Aliado a esses modelos técnico-assistenciais, as experiências pontuais de equipes de saúde da família em alguns municípios brasileiros e a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) desde 1986 como programa institucional no Ceará e a partir de 1991 implantado em outros estados (Andrade, 1992) serviram de substrato complementar na discussão e formulação do modelo atual da ESF no Brasil. Informações empíricas e a observação da evolução de indicadores de processo e resultado em municípios e/ou localidades onde havia equipes de saúde da família em funcionamento, foram absorvidas no processo formulador da ESF (Souza, 2002; Andrade et al., 2006).

Perfil epidemiológico do Brasil no início da década de 1990

O contexto epidemiológico brasileiro antecedente à disseminação da ESF no Brasil era típico de um país em desenvolvimento e marcado por profundas desigualdades regionais. O Brasil enfrentava um momento conhecido por transição epidemiológica, caracterizado pela crescente importância epidemiológica das doenças crônico-degenerativas, típicas do processo demográfico de envelhecimento e urbanização, enquanto ainda tinha de lidar com a realidade das doenças infecto-contagiosas, especialmente relevantes durante a infância (Silva Jr., 1998). Associados a esse perfil epidemiológico desafiador, os indicadores nacionais de atenção primária, tanto os de acesso como os de resultado, demonstravam a falta de comprometimento político com as ações de promoção de saúde (Lavor, Lavor & Lavor, 2004). As próprias taxas nacionais de mortalidade infantil e de cobertura vacinal para poliomielite e sarampo, apresentadas na Tabela 1, ilustram esse quadro de des-caso com a atenção primária, onde faltava um compromisso essencial com as ações preventivas e assistenciais básicas relacionadas à saúde da mulher e da criança (Lavor, Lavor & Lavor, 2004). Idealmente, o País deveria buscar patamares de mortalidade infantil bem mais baixos, pelo menos inferiores a 20 por 1.000 nascidos vivos, compatíveis com o seu nível de desenvolvimento socioeconômico, enquanto as taxas de cobertura vacinal deveriam se aproximar de 100%.

Tabela 1 Indicadores de acesso e resultado relacionados à atenção básica no Brasil, ano de 1994

INDICADOR	ESTIMATIVA % (Datasus)
RESULTADO	41,01
Taxa de mortalidade infantil (mortes < 1 ano de idade por 1 000 nascidos vivos)	
ACESSO	
Porcentual de cobertura vacinal para sarampo	80,36
Porcentual de cobertura vacinal para poliomielite (VOP)	65,39

Fonte: Datasus

Além dos próprios indicadores desfavoráveis de acesso e resultado da atenção básica, o País enfrentava então profunda desigualdade regional na oferta de serviços de saúde, no acesso à saúde, nos investi-

mentos de saúde e nos resultados de saúde, como mostra a Tabela 2. Esse quadro que se perpetua, apesar de suavizado pelas políticas de saúde na última década. Para a Opas, a busca da equidade na prestação de serviços de saúde e o acesso a estes serviços representa uma das ações de saúde de maior dificuldade de operacionalização na América Latina (Mello Jorge, 2001; Brasil, 2004). Naquele momento, a ESF surgia como uma proposta tecnicamente viável de se focar ações primárias de saúde em áreas de risco para a expansão de acesso aos serviços de APS e para superação imediata das iniquidades de acesso à saúde

Tabela 2. Ilustração das iniquidades regionais relacionadas a oferta de serviços de saúde, acesso à saúde, resultados de saúde e investimentos de saúde.

REGIÃO	ESTIMATIVA (Opas, 2001)
OFERTA	
(Número de leitos cadastrados no SUS/1.000 habitantes, 1992)	
Norte	1,91
Nordeste	2,87
Sudeste	3,71
Sul	3,85
Centro-Oeste	3,82
ACESSO	
(Consultas médicas SUS/habitante, 1995)	
Norte	1,23
Nordeste	1,61
Sudeste	2,24
Sul	1,94
Centro-Oeste	1,88
RESULTADO	
(Taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos, 1994)	
Norte	37,73
Nordeste	61,96
Sudeste	25,56
Sul	23,07
Centro-Oeste	26,25
INVESTIMENTO	
(Custo médio do Ministério da Saúde por internação hospitalar em R\$ de 1999, 1995)	
Norte	202,07
Nordeste	298,87
Sudeste	396,08
Sul	411,36
Centro-Oeste	392,94

Fonte: Nunes, Santos & Viana (2001)

O desafio da organização de equipes de Saúde da Família

Como apresentado antes, a ESF no Brasil não representa um projeto acabado de atenção primária, pelo contrário, é uma política pública em processo evolutivo, fruto da "Tensão Paradigmática" produzida pelo processo discursivo do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil e pela práxis gerada na implantação de modelos de atenção à saúde alternativos ao modelo médico assistencial privatista (Andrade, 2002).

Facilitou de forma substancial a aceitação de que a estratégia de construção do novo modelo técnico-assistencial fundado nos princípios norteadores do SUS não fosse centrada na figura do médico (Programa Médico de Família ou Programa de Medicina Geral Comunitária) e, sim, na "Saúde da Família". Assim utilizando-se da "força das palavras", a opção por este termo viabilizou o fortalecimento da idéia de Saúde operada como qualidade de vida e do conceito abrangente de saúde, garantido na Constituição Federal de 1988. A idéia de não centralizar a estratégia estruturante do SUS, como posteriormente configurou-se o Programa de Saúde da Família, em um único profissional de saúde, possibilitou também o fortalecimento da idéia de Equipe Interdisciplinar. Nesta equipe, naturalmente integraram-se os milhares de agentes de saúde já em atuação em todo o País à época, com expressivos resultados na melhoria de indicadores de saúde na população beneficiada pelo programa, assim como os enfermeiros supervisores (Cufino, 2000).

Nos últimos anos houve expansão relevante do acesso às equipes de saúde da família, aumento da cobertura da ESF nas zonas urbanas e em cidades com maior densidade populacional, alguns avanços na construção da interdisciplinaridade das ações de saúde, maior integração das ações da ESF com as ações de saúde secundárias e terciárias e uma intensificação dos processos de participação comunitária (Andrade & Barreto, 2004; 2005). Entretanto, qualquer simplificação da descrição das especificidades do modelo de atenção à saúde incorporado pela ESF seria um típico exemplo de falácia ecológica, em virtude da grande diversidade de experiências e peculiaridades de cada experimento de implementação.

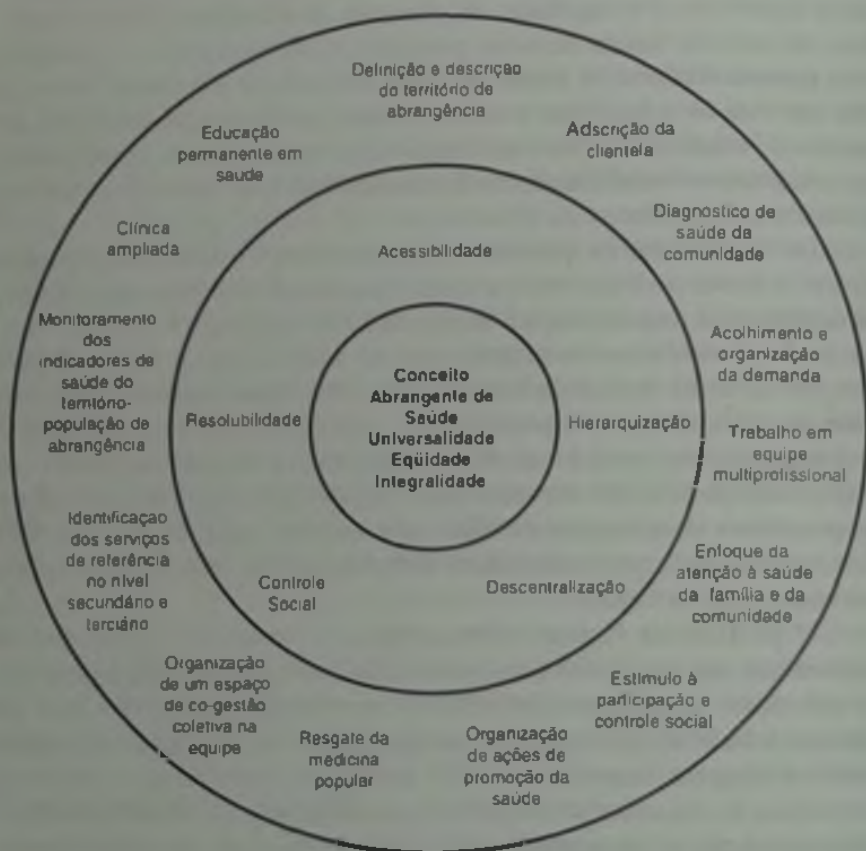
Em resumo, para se compreender o modelo de atenção à saúde inaugurado pela ESF no Brasil deve-se inicialmente estar consciente de que a ESF de uma comunidade específica é uma ESF distinta das de-

mais, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações. Em outras palavras, a ESF encontrada nas mais diversas comunidades brasileiras é o resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar proposto e primariamente financiado pelo governo federal. A nosso ver, essa diversidade de experiências da ESF nas cidades brasileiras é especialmente resultante da variedade de tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de apoderamento comunitário.

De acordo com a prioridade que vem sendo dada pelo Sistema Único de Saúde no Brasil entre os entes federados brasileiros, seja a União, os estados e os municípios, na implantação da Estratégia Saúde da Família, pode-se perfeitamente projetar que em poucos anos o SUS no Brasil será um Sistema de Saúde baseado em APS. Nesse sentido, pode ser feito um paralelo entre a proposta da Opas (2005) quando ela propõe Sistema de Saúde baseado em APS e o que está ocorrendo no Brasil com a implantação da ESF levando em consideração essa implantação e os princípios doutrinários do SUS, os princípios organizativos do SUS e os componentes que caracterizam a implantação da ESF, conforme pode ser observado na Figura 3.

O paralelo da Figura 1 com a Figura 3 remete à idéia de que os valores que são propostos para os sistemas baseados em APS podem ser os princípios doutrinários do SUS: *a*) conceito abrangente de saúde *b*) universalidade; *c*) equidade e *d*) integralidade. Os princípios propostos para os sistemas baseados em APS podem ser configurados como os princípios de organização do SUS: *a*) acessibilidade; *b*) resolubilidade; *c*) hierarquização; *d*) descentralização; *e*) controle social. Os componentes que caracterizam um Sistema de Saúde baseado em APS são semelhantes aos componentes que caracterizam a organização da ESF: *a*) definição e descrição do território de abrangência; *b*) adscrição da clientela, *c*) diagnóstico de saúde da comunidade; *d*) acolhimento e organização da demanda; *e*) trabalho em equipe multiprofissional; *f*) enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade; *g*) estímulo à participação e controle social; *h*) organização de ações de promoção de saúde; *i*) resgate da medicina popular; *j*) organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe; *l*) identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário; *m*) monitoramento dos indicadores de saúde do território-população de abrangência; *n*) clínica ampliada; *o*) educação permanente em saúde.

Figura 3. Princípios norteadores, princípios organizativos e processos para Organização da Estratégia Saúde da Família



Portanto, neste capítulo, todos estes componentes são mencionados como uma seqüência de processos que devem ser empregados para organização de equipes de saúde da família, mesmo com a plena consciência dos riscos de generalização que tal caracterização possa trazer. Esta relação de processos foi construída com base, em parte, na experiência de implantação de equipes de saúde da família acumulada pelos autores, que tiveram a oportunidade de implementar em três municípios de diferentes portes diversos modelos de organização de serviços de saúde coerentes com os princípios da ESF, propostos na literatura brasileira e internacional, e, em parte, nas diretrizes nacionais de atenção à saúde da ESF e está apresentada no círculo externo da Figura 3.

Estes processos, com exceção da clínica ampliada, já foram discutidos pelos autores em outras publicações (Andrade & Barreto, 2005; Gilpin, 1991). Consideram-se os catorze processos ora relacionados, como pilares estruturantes da ESF, delimitando um modelo inovador de atenção à saúde, o qual passa a ter um caráter coletivo e integral, construído sob a ação coordenada e compartilhada de diversos profissionais de saúde, planejado e estruturado no nível local com participação efetiva da comunidade e focado essencialmente numa perspectiva de saúde inclusiva e multidimensional. Um resumo didático e esclarecedor da clara dicotomia entre o modelo clássico e hegemônico anterior à implantação da ESF e o modelo proposto pela ESF brasileira encontra-se no Quadro 4.

Quadro 4. Diferenças entre o modelo hegemônico de atenção à saúde e a ESF

MODELO HEGEMÔNICO	ESF
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde como ausência de doença • Base em práticas frequentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como favor e não como um direito do cidadão • Atenção centrada no indivíduo • Centrada em ações curativas • Hospital como serviço de saúde dominante • Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios • Predomínio da intervenção do profissional médico • Planejamento e programação desconsiderado o perfil epidemiológico da população • Não-consideração da realidade e autonomia local, não-valorização da participação comunitária • Funcionamento baseado na demanda espontânea 	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde como qualidade de vida • Prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania • Atenção centrada no coletivo • Centrada na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação • Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária, secundária e terciária articulados entre si • Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios, permitindo acesso de toda a população • Predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar • Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer • Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família • Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita

Fonte: Andrade, 1998.

O Modelo de Gestão

A ESF inaugurou não somente um modelo inovador de atenção à saúde, como também contribuiu para a consolidação de uma nova perspectiva de gestão de saúde no Brasil, a qual foi iniciada com a fun-

dação formal do SUS. O marco regulatório do nosso sistema de saúde é representado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual determina a construção de um sistema único de saúde, caracterizado pelos princípios norteadores de universalidade de acesso à saúde, equidade de atenção à saúde, hierarquização das atribuições governamentais entre as três esferas do poder público, integralidade da atenção à saúde, estímulo à descentralização das ações de planejamento e gestão e controle social das ações governamentais de saúde. A perspectiva inovadora e a complexidade intrínseca ao conjunto desses princípios impõem grande desafio à sua operacionalização efetiva. Especialmente em virtude da necessidade de comprometimento de recursos financeiros públicos, de expansão da rede de infra-estrutura física de atendimento à saúde, de realinhamento das filosofias de atenção à saúde, de capacitação dos gestores nos três níveis de governo, da educação permanente dos profissionais de saúde, e da própria educação e informação do usuário, o processo de absorção desses princípios no âmbito do SUS vinha sendo alcançado de forma desestruturada e pouco sistematizada, muitas vezes tensionada pelo *statu quo* que questionava continuamente a relevância, efetividade e até a justiça social de um sistema de saúde com as características organizativas e ideológicas do SUS.

A opção governamental de instituir a ESF foi então essencialmente construída numa perspectiva de superação dessas dificuldades, uma vez que a ESF foi selecionada sob a crença do custo-efetividade positivo das ações de APS e da possibilidade de melhor estruturar o SUS (Andrade & Barreto, 2005). Sua implementação veio acompanhada de ampla transferência de responsabilidade e adição de novos atores no processo de decisões de saúde no nível local. As equipes de saúde da família passaram a ter um papel que extrapolava a tradicional resposta profissional às demandas de saúde e passaram a ser organizadores da demanda local, planejadores das ações de saúde, educadores populares e essencialmente agentes de transformação social (Sucupira, 2003; Donato, 2003). Essa delegação de novas responsabilidades e ganho de autonomia no processo decisório de saúde pelas equipes locais aconteceu de forma associada a uma transferência de autoridade de gestão administrativa e orçamentária para o município que passou a ser o responsável primário pela assistência integral à saúde dos munícipes (Mullan, 2002). A proximidade desses processos decisórios de saúde da comunidade acabou por gerar maior consciência e participação dos membros da comunidade nas discussões de saúde e o próprio papel regulador da comunidade em relação às ações do poder público passou a ser mais pró-ativo.

Logo, a implementação da ESF trouxe consigo importante impacto nos mecanismos de gestão de saúde no Brasil, especialmente sob os princípios organizativos do SUS, de universalidade, descentralização, integralidade e controle social (Quadro 5)

Quadro 5. Impacto da ESF sob algumas das dimensões organizativas do SUS

DIMENSÃO ORGANIZATIVA	IMPACTO
Descentralização	<ul style="list-style-type: none"> • Transferência de autoridade de gestão administrativa/orçamentária ao município • Transferência direta e estável de recursos federais para o financiamento do programa • Delegação da responsabilidade primária sob a saúde dos cidadãos (e.g. planejamento das ações, implementação das mesmas e avaliação/monitoramento) ao poder público local • Ganho de autonomia nas decisões de saúde relativas aos municípios pelos profissionais de saúde locais
Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> • Houve necessidade de se integrar a rede básica com as redes secundária e terciária quando a ESF passou a identificar problemas de saúde que não podiam ter resolutividade local. Esse processo acabou por estimular uma ação mais efetiva das redes regionais de atenção à saúde, fomentadas pela pactuação entre municípios e o Estado. • A própria tendência de se buscar interdisciplinaridade nas equipes da ESF contribuiu para o início do processo de aplicação do princípio da integralidade
Controle social	<ul style="list-style-type: none"> • Maior consciência das condições de saúde e participação comunitária nas decisões de relevância local • Comportamento regulador mais pró-ativo nos conselhos municipais de saúde, muitas vezes estimulado pelas próprias equipes de saúde da família • Algumas experiências de planejamento e avaliação participativos

ESF e o Método Paidéia

Entre os modelos assistenciais construídos em municípios do País de forma coerente com o processo discursivo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, no município de Campinas (São Paulo), a partir de 2001, ancorados no acúmulo ocorrido com o modelo "em Defesa da Vida", mais uma vez sob a liderança de Gastão Wagner de Sousa Campos, foi produzida a proposta de um novo modelo que ele denominou de "Método Paidéia". Para Campos o método objetiva fazer clínica, saúde pública e gestão em busca de uma síntese representada pelo respeito ao saber técnico e ao popular, mas considerando os interesses e o desejo dos agrupamentos, combinando lógicas distintas, colocando os objetivos institucionais em questão, mas nunca paralisando a ação social em defesa da vida. Como afirma o próprio autor (Campos, 2003, p. 46):

O Método Paidéia tem como principal objetivo o aumento da capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos tomados como "objetos" pelas organizações de saúde.

A proposta colocada em prática em Campinas a partir de 2001 levava em conta a idéia de que a implantação da ESF deveria produzir uma atuação que mirasse numa alteração do modelo assistencial bem como do modelo gerencial predominantes, sugerindo novos arranjos no processo de trabalho das equipes e na relação destas com os usuários.

Esta proposta tinha como principais características:

1. Adscrição territorial;
2. Vinculação das equipes multiprofissionais aos indivíduos e suas famílias num território geográfico particular;
3. Responsabilização pelo cuidado;
4. Ampliação da prática clínica, com a inclusão de sua dimensão social e subjetiva;
5. Integração das ações de representantes do governo, dos trabalhadores e usuários em conselhos deliberativos.

A partir dessas características foram elaboradas também diretrizes para viabilizar a implantação do Projeto Paidéia de saúde da família. Entre as diretrizes deste último Projeto destacam-se:

1. Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local;
2. Cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência;
3. Acolhimento e responsabilização;
4. Sistemas de co-gestão coletiva.

A contribuição de Campos (2003) guarda coerência interna com o projeto da reforma sanitária brasileira. Por isso produz forte tensão paradigmática ao modelo hegemônico da biomedicina, propondo uma mudança nas práticas convencionais da clínica e da gerência na área da saúde, em que o autoritarismo vigente cede lugar para relações mais democráticas dos profissionais de saúde entre si e destes com a população atendida, ao mesmo tempo aposta na construção de uma prática de trabalho não alienada e protagonista do processo de atenção à saúde. Um outro aspecto importante é que o autor constrói esta proposta fundamentando-a epistemologicamente, contribuindo para o enriquecimento da massa crítica da saúde coletiva brasileira. O Método Paidéia enriquece a produção existente, no Brasil e no exterior, tanto na área da Medicina de Família como na da Estratégia Saúde da Família.

O Método Paidéia possui a peculiaridade de ter sido desenvolvido em uma cidade que já dispunha de uma grande rede de atenção básica à saúde em funcionamento e que agregou às equipes e profissionais de saúde, já existentes, equipes de saúde da família financiadas parcialmente pelo Ministério da Saúde. Entretanto, o novo é que a implantação dessas equipes não foi feita mecanicamente, seguindo apenas as diretrizes gerais do Programa Nacional. Houve um processo reflexivo e de criação que considerou o contexto do município, e contou com os conhecimentos teóricos e a experiência dos gestores municipais, levando à formulação do "Projeto Saúde Paidéia"

Em seguida será feita uma descrição resumida de como as diretrizes do Projeto Saúde Paidéia foram concebidas e implantadas, conforme Campos (2003).

Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local: Esta diretriz aponta para a ampliação da capacidade da rede básica de resolver problemas de saúde (individuais ou coletivos). A idéia-força é que se proceda a uma reformulação do processo de trabalho na APS em dois sentidos:

A) CLÍNICA AMPLIADA: é considerada a clínica produzida por todos os profissionais que compõem a equipe de saúde. Há, portanto, várias modalidades de profissionais que atendem e que cuidam no ambiente das unidades da ESE. Portanto, pode se falar de várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, a do psicólogo, a do médico, etc.

De acordo com o citado autor, clínica ampliada é a redefinição (ampliada) do "objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos". E preciso se considerar que o "objeto de trabalho" da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer. O novo modelo de trabalho visa superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença.

Assim, tanto no diagnóstico quanto na terapêutica, deve-se tomar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isso implica ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde

e de reconstrução da subjetividade. Tudo isso sem negar o espaço singular dos vários tipos de clínicas. Sem, portanto, fundi-las todas em um tipo comum. A combinação desses elementos deverá ser variável conforme o problema em foco e a área de atenção envolvida. Esse tipo de clínica depende da existência de vínculo continuado (relação horizontal no tempo) entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades. Ampliação do objetivo: a finalidade da assistência individual de saúde é a produção de saúde por meio da cura ou da reabilitação, ou até mesmo de alívio de sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades.

De forma quase concomitante, duas iniciativas foram concretizadas em Sobral tendo em vista essa nova proposta. São elas: a criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em 1999, numa parceria da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e a Prefeitura Municipal (Barreto et al., 2001). E a fundação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, em 2001. Esta escola definiu como sua Missão "Desenvolver tecnologias para a Estratégia Saúde da Família" (Andrade, 2004). Uma das tecnologias desenvolvidas foi a inserção e a definição da atuação, incluindo a atuação clínica, de cada uma das categorias profissionais integrantes da equipe de saúde da família, a saber, médicos(as), enfermeiros(as), odontólogos(as), fisioterapeutas, psicólogos(as), terapeutas ocupacionais, farmacêuticos(as). Para duas categorias também incluídas na Residência Multiprofissional não coube a discussão propriamente da clínica, pois são profissionais mais dedicados à promoção da saúde e às ações intersetoriais, no caso, assistentes sociais e educadores(as) físicos(as) (Canuto, 2004; Moreno, 2004; Lucena, 2004; Pereira, 2004; Ribeiro, 2004; Moraes, 2004).

B) AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA NO NÍVEL LOCAL: a ampliação da clínica não só induz como é um recurso poderoso, para que ocorra a ampliação das ações da saúde coletiva no nível local. Portanto, é preciso construir espaços de saúde coletiva em todas as unidades APS objetivando ampliar as estratégias de promoção e de prevenção. Aqui Campos (2003) sugere a criação de "Núcleos de Saúde Coletiva" em todas as Unidades de Saúde onde são produzidas ações em Educação Permanente em Saúde/Atenção Primária de Saúde.

A função desses núcleos será dupla: tanto prestar apoio às Equipes de Referência, quanto desenvolver ações diretas sobre gru-

pos, instituições, ambiente, etc. Faz-se necessária definição mais precisa de suas atribuições, levando em conta tanto problemas específicos da região, quanto o projeto de descentralização da Vigilância à Saúde em curso.

C) CADASTRO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E VINCULAÇÃO DE FAMILIAS À EQUIPE LOCAL DE REFERÊNCIA: realizar Cadastro Familiar conforme metodologia sugerida pelo Programa de Saúde da Família do Ministério, acrescido com dados de nosso interesse. Construir cadastros domiciliares com classificação de risco familiar e individual, bem como proceder à matrícula de famílias às Equipes Locais de referência (Equipes de Saúde da Família). Esse trabalho deverá ser realizado por agentes de saúde com apoio das equipes dos CSs e dos Distritos.

D) REORGANIZAÇÃO DOS CENTROS LOCAIS DE SAÚDE em Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família), responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias e Equipes de Apoio (Equipe Matriciais), encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação, etc.

Essas equipes deveriam constituir-se em Unidades de Produção, ou seja, são equipes interdisciplinares e multiprofissionais, com objeto e objetivo de trabalho comum — determinado número de famílias sob responsabilidade integral, e com poder gerencial próprio — autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e projetos terapêuticos. O colegiado do Centro de Saúde será formado pelos componentes (ou representantes) das várias equipes organizadas em cada local. O coordenador do centro deve trabalhar para apoiar a ação das Equipes Locais e de apoio, articulando-as com os outros níveis do sistema.

E) Transformação dos programas por áreas específicas existentes nos Centros de Saúde — saúde da criança, do adulto, da mulher, bucal, mental, etc., em ações de apoio às Equipes de Saúde da Família. Esse apoio poderia efetivar-se por meio da elaboração de protocolos específicos, da sugestão de prioridades e de projetos, bem como encarregando-se de processos de educação continuada da equipe e dos usuários.

F) Integração das equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família) compostas por médico de família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, dentistas e ACDS ou ATDS; com

médicos pediatras, gineco-obstetras e clínicos (em meio período) já existentes na rede do município.

Conforme Campos (2003) chamou a atenção: "Esse projeto introduz dois novos profissionais na rede básica: o médico de família e o agente comunitário de saúde. Espera-se que sirvam como anteparo à tendência progressiva à especialização que se verifica nos serviços de saúde e reforcem a Equipe Local com profissionais contratados e treinados para responsabilizar-se integralmente pela atenção à saúde de pessoas e de famílias. ... O médico de família para Campinas terá como núcleo de competência e de responsabilidade exercer a clínica ampliada em relação aos adultos, e como campo de responsabilidade a atenção a intercorrências e a problemas mais frequentes em relação à criança (apoio à puericultura, infecções respiratórias, dinâmica familiar, etc.) e à saúde da mulher (anticoncepção, patologias ginecológicas básicas, apoio ao pré-natal). Isso porque em todos os Centros de Saúde ele contará com pediatras e ginecologistas na própria equipe ou em apoio. Na eventualidade de algum pediatra oferecer-se como médico de família, poder-se-ão organizar Equipes Locais com ginecologista e um clínico como apoiadores".

Experiências semelhantes à de Campinas, de integração de médicos das especialidades básicas que já trabalhavam na rede de atenção básica antes da implantação da ESF, com a formação de equipes matriciais de apoio às equipes de saúde da família, estão sendo desenvolvidas nos municípios de Belo Horizonte (Minas Gerais), Marília (São Paulo), Sobral (Ceará) e, mais recentemente, em Fortaleza (Ceará).

C) Formação dos agentes de saúde como profissionais técnicos em Saúde Pública ampliando a capacidade das UBS de agir na comunidade e nos domicílios. Sua qualificação não será avaliada apenas por saberes clássicos ao modelo médico, mas pela capacidade de interação e de proteção às pessoas, famílias e comunidades. Capacitação dos agentes de saúde com a finalidade de contribuir para que o paciente e familiares se apropriem de conhecimentos e de práticas que lhes foram progressivamente retirados pelo poder das corporações e pelo discurso técnico, e para apoiar o desenvolvimento integral das pessoas e comunidades, mobilizando o potencial desses agrupamentos, bem como estimulando o trabalho intersetorial.

Outras experiências em municípios brasileiros vislumbraram a importância da qualificação do agente de saúde como um profissional da "saúde coletiva". Exemplo disso é o Curso Sequencial de Agentes Comunitários de Saúde, criado pela Escola de Formação em Saúde da

Família Visconde de Sabóia, com apoio da Universidade Estadual Vale do Acaraú, que também tem como objetivo a formação dos agentes de saúde como profissionais dedicados à promoção da saúde e à mobilização social. Nesse sentido os organizadores do curso elegeram como objetivos de aprendizagem gerais, o desenvolvimento da capacidade de comunicação, incluindo o domínio de ferramentas da informática, o aprendizado de práticas saudáveis de alimentação e exercícios físicos, a formação de redes sociais nas comunidades, entre temas mais relativos a ciclos de vida e/ou grupos específicos, como crianças, mulheres, idosos, entre outros (Lavor, Lavor & Lavor, 2004).

H) **ACOLHIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO:** são conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, para receber os usuários dos serviços e responsabilizar-se de modo integral por eles. Campos (2003), definiu: acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de pôr limites necessários. Além da concepção ampliada, o acolhimento implica ainda a garantia acesso, qualificando a recepção nos Centros de Saúde.

No Projeto Saúde Paidéia foram definidos alguns procedimentos para o acolhimento:

- A recepção na UBS deverá ser técnica, não administrativa, permitindo avaliação clínica dos casos durante todo o horário de funcionamento do serviço. A ordem de chegada não deve ser o principal critério de atendimento de casos, mas sua gravidade ou sofrimento do paciente;
- Tarefas do acolhimento em relação ao acesso: avaliar risco e necessidades de saúde caso a caso; resolver os casos conforme complexidade e capacidade do técnico em serviço; encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria UBS, ou Pronto-Socorro ou Serviço de Referência, responsabilizando-o pelo sucesso do encaminhamento; cadastrar pacientes ainda não matriculados e que pertençam à região de cobertura da UBS; desenvolver ações preventivas e de educação em saúde (TB, prevenção do câncer, vacinas, etc).
- Portas de entrada: as UBS devem funcionar com várias portas de entrada. Todo paciente com retorno para qualquer atividade deve dirigir-se diretamente ao setor sem passar pelo Acolhimento. O acolhimento será porta de entrada para casos novos e para intercorrências. As

Equipes de Referência serão responsáveis pelo atendimento das próprias intercorrências, apoiando-se eventualmente na Equipe de Acolhimento.

- Agendamento: somente haverá agenda futura para indicações terapêuticas (retorno). Ninguém deve ser agendado sem avaliação de risco. Há que se terminar com a prática de abrir agendamento em alguns dias do mês sem avaliação prévia dos casos.

- Local para funcionamento do acolhimento: deverá respeitar a privacidade do usuário. Os profissionais deverão valer-se de protocolos para avaliação do risco à criança, mulher e adulto em geral. O pessoal designado para o acolhimento deverá passar por capacitação e contar com apoio do tipo educação continuada. Poderão trabalhar no acolhimento auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, etc., contando sempre com pelo menos um médico na retaguarda de maneira que se solicite a imediata avaliação conjunta do caso.

1) SISTEMAS DE CO-GESTÃO: a gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, e uma diretriz ético-política fundamental para a humanização e o bom funcionamento do sistema municipal de saúde. Segundo Campos (2003), a gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o Estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como de motivar e de educar os trabalhadores.

Conforme definiu o Projeto Saúde Paidéia, o SUS tem três objetivos básicos: a produção de saúde; a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores; e a sua própria reprodução como política democrática e sistema solidário (Campos, 2003). A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal prefixada desses distintos interesses, e que é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema.

O Paidéia operou com a idéia de um sistema de co-governo: conselhos locais de saúde — coordenação, equipe e usuários partilhando o poder; colegiados de gestão — o poder centrado na equipe interdisciplinar e não nas corporações; dispositivos variados — oficinas, reuniões por categoria profissional, sala de espera, assembleias com usuários, etc.; e por fim, gestão cotidiana democrática — com análise de temas e tomada de decisão envolvendo os interessados. Cada um desses espaços coletivos deveriam ser considerados deliberativos e tomar decisões no seu âmbito de governo e em conformidade aos contratos e diretrizes definidos.

A idéia era trabalhar com a construção progressiva de projetos, abrangendo todos os coletivos envolvidos na co-gestão. O governo teria diretrizes a serem ofertadas como temas e reconstruídos pelas equipes. A gestão deveria completar-se também com temas oriundos de demanda desses vários segmentos: usuários, famílias, equipes, etc. (Campos, 2003)

Na experiência de Campinas, as equipes dos Distritos e dos Departamentos da SMS passaram a funcionar como apoiadores institucionais, somando-se ao esforço das Equipes Locais e de segmentos de usuários para mudança de modelo e dos processos de trabalho

Todos os Centros de Saúde deveriam montar os Conselhos Locais de Saúde e os Colegiados de Gestão, ou reforçá-los quando existirem. Foi sugerido que se reservasse ao menos duas horas a cada quinze dias para reunião dos Colegiados (Equipes).

1) **CAPACITAÇÃO:** com apoio das Universidades, dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família, a SMS de Campinas desencadeou amplo e progressivo processo de educação continuada, tomando como foco a equipe de Referência e de Apoio, objetivando ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. O modelo pedagógico adotado foi o construtivo, com concentração e dispersão, possibilitando discussão de casos e de elementos teóricos, e assegurando a circulação de informação e de outras experiências entre os profissionais.

Parte do curso foi comum para toda a equipe de referência (equipe de saúde da família) e outra específica conforme o núcleo profissional. O conteúdo básico do curso constituiu-se do seguinte: Política de Saúde e o SUS; Clínica Ampliada e Promoção à Saúde; Gestão Participativa e o trabalho em equipe; o trabalho com famílias; Temas saúde/doença prevalentes: dependência química, violência, hipertensão, diabetes, etc.

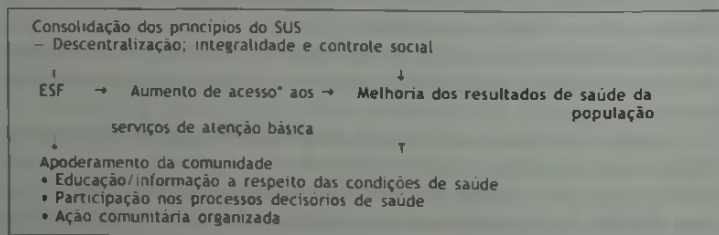
Como é notório, outros municípios brasileiros vêm construindo iniciativas de articular em seus Sistemas de Saúde processos abrangentes de educação permanente coordenados pela gestão municipal. Foi o caso de Belo Horizonte, Londrina, Sobral e Aracaju. Os dois últimos criaram escolas municipais de educação para saúde: a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia de Sobral (Andrade, 2004) e o Centro de Educação Permanente em Saúde de Aracaju, respectivamente, em 2001 e 2003.

EVIDÊNCIAS DA EFETIVIDADE DA ESF

Segundo se acredita, a APS é uma estratégia eficaz de melhoria dos resultados de saúde em virtude do aumento do acesso aos serviços básicos, pelo impacto resultante sob a justiça social e no processo de empoderamento das comunidades-alvo (Sucupira, 2003). Entretanto, para serem efetivos, sistemas de APS devem ser baseados em conhecimento científico acumulado e devem utilizar métodos socialmente e culturalmente aceitos, que possam estar disponíveis para os indivíduos e as famílias nas comunidades onde elas residem. Adicionalmente, também conforme se acredita, qualquer política de saúde implementada no contexto de um sistema de saúde deve estar alinhada com os princípios ideológicos, organizativos e de filosofia de atenção à saúde que o norteiam.

Com base na experiência prática nas lides de gestão da ESF associada aos modelos de impacto de outras experiências de APS, Bezerra (2004) propôs um modelo de impacto da ESF na saúde da população brasileira que facilitasse as abordagens científico-avaliativas futuras. O modelo teoriza dois níveis de ação positiva da ESF sob a saúde da população, um intermediário (de processo) e um final (de resultado), os quais estariam hierarquicamente associados, pois para se poder alcançar uma mudança nos indicadores de resultado, a ESF teria de necessariamente exercer algum tipo de influência sob os indicadores de processo. Uma ilustração do modelo proposto é apresentada pela Figura 4.

Figura 4. Modelo lógico proposto para o impacto da ESF sob os indicadores de processo e resultado de saúde nas comunidades-alvo.¹



* Superação de barreiras geográficas e culturais de acesso à saúde

¹ Modelo desenvolvido por R. C. R. Bezerra e apresentado em seminário na Universidade do Arizona-College of Public Health, para explicação do impacto do ESF na saúde da população brasileira.

De acordo com o sugerido por esse modelo, a ESF tem influência positiva na saúde da população não só de curto prazo, mediante expansão inicial de acesso à atenção básica, mas também sustentada, quando se criam garantias para uma gestão alinhada com o sistema no qual a ESF está integrada e transferência de recursos, autonomia de gestão e poder de decisão para as comunidades, mais especificamente quando são criados mecanismos diretos e indiretos de participação comunitária efetiva. O alinhamento e consolidação com os princípios de descentralização, integralidade e controle social garantem uma perspectiva de integração da ESF com o resto do sistema e possibilita atenção à saúde dos indivíduos e famílias de forma completa, integrada e responsiva às demandas identificadas localmente. Ao passo que o apoderamento permite o fortalecimento das comunidades no processo de reconhecimento do que as afetam e na capacidade de ter acesso ao poder e aos mecanismos que possam transformar suas realidades. Desse modo, permite a sustentabilidade de programas e políticas considerados efetivos e a geração de estratégias próprias de resposta aos problemas identificados.

Esse modelo tem por finalidade uma explicação teórica dos mecanismos sociais que moderam a ação da ESF sobre a saúde das comunidades onde as equipes estão inseridas. A busca dessa modelação teórica é fundamental para nortear as futuras expedições avaliativas de larga escala, quantitativas e qualitativas.

Embora os órgãos governamentais brasileiros desde 2002 reivindicassem um impacto benéfico da ESF na saúde da criança, a influência desta política brasileira de APS nos resultados de saúde ainda não havia sido estudada cientificamente até meados de 2005. Até 2004, poucos estudos realmente tentaram explorar o impacto potencial da implementação do PSF nos resultados de saúde populacional (Brasil, *Avaliação da Implementação*, 2002; Connil, 2002; Moura, 2003; Brasil, *Avaliação Normativa*, 2004; Araujo, 2004). A maioria das mencionadas iniciativas avaliativas consistiram em avaliações formativas governamentais do PSF no nível nacional ou em avaliações qualitativas do processo da implementação de PSF em localidades focadas.

Por exemplo, o Ministério da Saúde Brasileiro conduziu uma avaliação formativa durante os anos de 2001 e 2002, o qual foi primariamente interessado no impacto da implementação de PSF no acesso a serviços de assistência primária de rotina (Brasil, *Avaliação Normativa*, 2004). Segundo identificado, aproximadamente 54% das equipes de PSF por todo o País executaram consultas médicas para monitorar o

crescimento e desenvolvimento de crianças (menores de dois anos); 64,1% delas realizaram o programa de imunização infantil proposta pelo Programa Nacional de Imunização; 86,5% realizaram consultas médicas para atenção a doenças prevalentes na infância (p.ex., diarreia e infecção respiratória aguda), 89,6% avaliaram o estado nutricional das crianças cobertas e 70% delas realizaram consultas médicas para crianças desnutridas; 70,5% forneceram conselho de planejamento familiar para mulheres em idade reprodutiva e 70% distribuíram métodos contraceptivos localmente (Brasil, *Avaliação Normativa*, 2004).

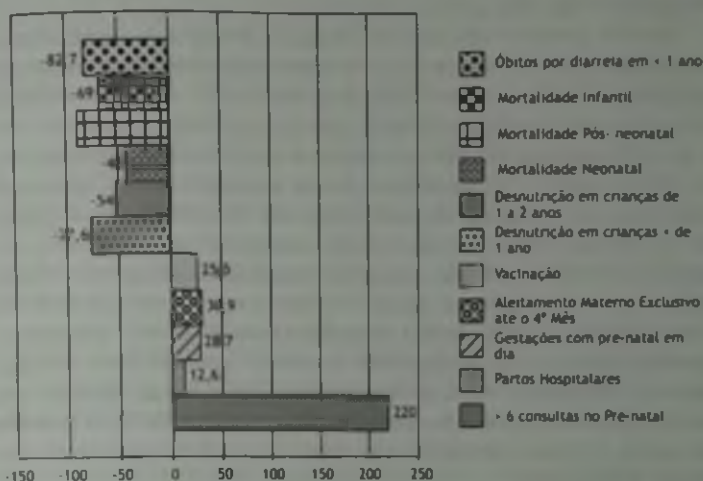
Outra avaliação formativa nacional do impacto de PSF em indicadores de assistência primária foi conduzida em 2002, a qual identificou acesso nacional ampliado para serviços maternos essenciais e saúde infantil e melhoria em indicadores populacionais específicas (Brasil, *Avaliação da Implementação*, 2002).

Além disso, Moura et al. desenvolveram uma análise da qualidade de assistência pré-natal fornecida num sistema de saúde microrregional no estado do Ceará. Tal estudo utilizou dados de diferentes fontes, como revisão de prontuários, observações diretas e sistemas de informação de assistência à saúde do Ceará, e foi primariamente direccionado ao acesso da população grávida coberta por equipes de PSF. Segundo identificado, um alto nível de cobertura de PSF nessas áreas foi associado ao maior acesso à assistência pré-natal, maior frequência de consultas pré-natais, melhor cobertura vacinal e diagnóstico precoce de complicações na gravidez entre as localidades estudadas (Moura, 2003).

Silva (2003) realizou um estudo sobre o impacto da implantação da ESF sobre indicadores de saúde materno-infantis no período de 1995 a 2002 no município de Sobral (Ceará). Alguns indicadores apresentaram redução expressiva: desnutrição no primeiro ano de vida, mortalidade neonatal, mortalidade infantil e por diarreia no primeiro ano de vida. As variações positivas em relação ao pré-natal, ao aleitamento materno e à imunização no primeiro ano de vida foram também bastante significativas (Gráfico 4).

Embora tais estudos indiquem benefício geral no acesso aos serviços de APS essencial e em alguns resultados de saúde, ao se estabelecer uma política de comparações pré e pós-implementação, ainda não há concordância quanto ao impacto positivo da política sobre saúde populacional, pois todos estes estudos de PSF anteriores foram descritivos por natureza, e, portanto, há ausência de abordagem científica quantitativa para melhor compreender os efeitos sobre a população baseados na implementação desta política de assistência primária de

Gráfico 4. Variação dos indicadores de saúde da criança e da mulher no município de Sobral (Ceará), de 1995 a 2002



saúde nos resultados de saúde, particularmente em resultados agregados a saúde infantil.

Mais recentemente dois estudos longitudinais controlados, com metodologia bastante segura e métodos estatísticos apropriados, identificaram um impacto positivo de PSF sobre resultados populacionais de saúde. Ambos são estudos ecológicos e contam com métodos de pesquisa quantitativa para avaliar o impacto desta política primariamente nos resultados de saúde infantil (Bezerra, 2006; Macinko, 2006).

Macinko et al. conduziram um estudo ecológico longitudinal baseado em dados secundários. A análise foi controlada por várias medidas no nível estadual de fatores socioeconômicos e assistência à saúde (p.ex., analfabetismo, renda, água limpa, saneamento, fertilidade, médicos *per capita*...). Conforme os autores identificaram, enquanto a taxa média de mortalidade infantil se reduziu de 49,7 para 28,9 por 1.000 nascidos vivos durante o período de 1990-2000, o nível de cobertura de PSF aumentou de zero para 36%. Isto significa que um aumento de

10% na cobertura de PSF esteve associado a uma redução de 4,5% em taxas de mortalidade infantil. Os autores inferem que tal impacto na mortalidade infantil foi principalmente devido à prevenção de mortes por diarreia (Macinko, 2006).

Bezerra também utilizou um estudo de desenho ecológico longitudinal para avaliar o impacto do PSF sobre indicadores municipais de mortalidade infantil como diferentes resultados de saúde infantil (p. ex., taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade neonatal, baixo peso de nascimento, cobertura pré-natal e cobertura de imunização). De 1999 a 2002, 1.201 municípios foram acompanhados. O grupo de intervenção foi composto de municípios que iniciaram a implementação do PSF em 1999 e foram cobertos durante o período inteiro do estudo (1999-2002), já que o grupo de controle foi composto de municípios que não implementaram PSF durante o mesmo período de tempo (Bezerra, 2006). Ambas as análises estatísticas não ajustadas e ajustadas (para renda, desigualdade de renda, analfabetismo, porcentagem de população rural, porcentagem de água limpa, médicos *per capita*, leitos hospitalares *per capita*, orçamento de assistência à saúde *per capita*...) foram conduzidas para avaliar a mudança destes resultados de 1999 a 2000.

De acordo com a conclusão do mencionado estudo, a política teve impacto positivo geral na saúde infantil. O grupo de municípios que implementou PSF em 1999 era mais propenso a reduzir taxas de mortalidade infantil e mortalidade neonatal; para intensificar o acesso à cobertura de assistência pré-natal recomendada (proporção de nascimentos vivos com \geq seis consultas) e para alcançar homogeneidade de cobertura de imunização abaixo de um ano de idade (DPT + H. Influenza). Entretanto, apenas o impacto positivo sobre taxa de mortalidade infantil de 1999 a 2002, redução da taxa de mortalidade neonatal de 1999 a 2001 e a homogeneidade de cobertura de imunização em 2002, foram significantes estatisticamente (Bezerra, 2006). O impacto sobre a taxa de mortalidade infantil é ilustrado na Tabela 3 e no Gráfico 5 mostrados a seguir.

De modo geral, o autor conclui que a implementação de PSF trouxe uma melhora de curto prazo nos indicadores municipais de mortalidade infantil de 1999 a 2002, especialmente na taxa de mortalidade infantil. Tal impacto benéfico foi de fato mais forte em municípios socialmente desamparados, freqüentemente com cenários não favoráveis à assistência de saúde. Conforme sugere o autor a expansão rápida da capacidade de APS superando as falhas principais dentro do acesso da

Assistência de Saúde Materna poderá explicar tal impacto benéfico da implementação do PSI em municipalidades brasileira (Bezerra, 2006).

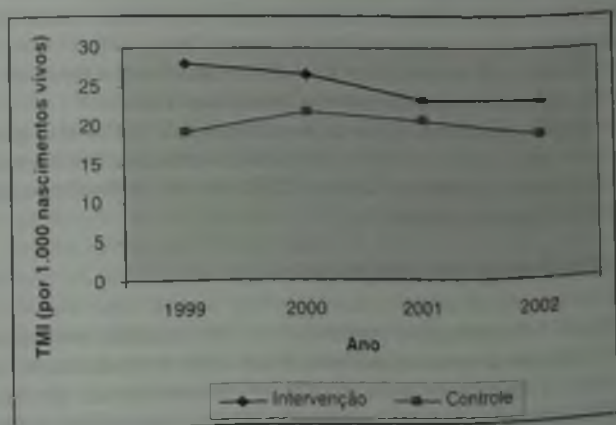
Tabela 3. Evolução da média anual e faixa de taxa de mortalidade neonatal (por 1 000 nascimentos vivos) e sua mudança respectiva de 1999 a 2002, para todas as municipalidades e por grupo de estudo

GRUPO DE ESTUDO	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (TMI) POR MIL NASCIMENTOS VIVOS				MUDANÇA ABSOLUTA DE TMI*	MUDANÇA PROPORCIONAL DE TMI**
	1999 média (faixa)	2000 média (faixa)	2001 média (faixa)	2002 média (faixa)		
Todas as municipalidades (N=1 186)	24,14 (0-346,2)	24,56 (0-285,7)	22,06 (0-185,7)	21,28 (0-136,4)	2,86	11,85%
Grupo de controle (N=515)	19,21 (0-346,2)	21,89 (0-285,7)	20,55 (0-185,7)	18,87 (0,87,7)	0,34	1,77%
Grupo de intervenção (N=671)	27,92 (0-238,8)	26,62 (0-263,2)	23,23 (0-152,2)	23,13 (0-136,4)	4,79	17,16%

* Mudança absoluta = TMI 1999 - TMI 2002

** Mudança proporcional = (TMI 1999 - TMI (2002))/TMI 1999

Gráfico 5. Tendência das taxas de mortalidade infantil para ambos os grupos de estudo de 1999 a 2002



DESAFIOS PRESENTES E FUTUROS PARA O SUS E A ESF

- Capacitação dos gestores para o exercício de gestão da atenção primária, focada nas famílias e comunidades;
- Capacitação dos profissionais de saúde trabalhadores das equipes de saúde da família e alinhamento das filosofias de exercício profissional da atenção primária e da atenção especializada;
- Mudanças nos cursos de graduação da área de saúde para formação de profissionais generalistas, comprometidos com os princípios do SUS, especialmente nos cursos de graduação em medicina;
- Implementação do artigo 200 do capítulo de Saúde da Constituição Federal, que define que cabe ao setor de saúde regular a formação de recursos humanos para o SUS, adequando a formação de profissionais de saúde do País às necessidades de saúde da população;
- Investimento na interdisciplinaridade das ações da ESF e aprimoramento da integralidade para garantia de uma APS mais resolutive;
- Busca de um conjunto de medidas de qualidade (p.ex., processo e resultado) para que haja um processo disseminado e consistente de monitoramento e avaliação dos programas no nível local;
- Estabilidade das relações profissionais e de trabalho para que haja continuidade e solidez no estabelecimento das relações entre equipes de saúde da família e membros da comunidade;
- Garantia de mecanismos formais de participação popular em busca de uma ESF mais responsiva às necessidades locais;
- Implementação de políticas de comunicação social que garantam forte apoio popular ao SUS e à ESF; dando conhecimento à população das grandes virtudes do Sistema Público de Saúde Brasileiro, apesar dos problemas existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, E. S. *Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia de norma operacional básica 1/93*. Livre-docência. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Departamento de Práticas de Saúde Pública, especialidade Administração de Serviços de Saúde e Políticas de Saúde), 1995.
- Andrade, L. O. M. *Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte: a experiência de Icapuí*. Fortaleza: Expressão Gráfica, 1992.
- . *Sistema de Saúde do Brasil: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Hucitec, 2002.

- . *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. Doutorado em Saúde Coletiva. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.
- Andrade, L. O. M.; I. C. H. C. Barreto & C. D. Fonseca. A estratégia de saúde da família. In: *Fundamentos e práticas da atenção primária à saúde: medicina ambulatorial*. Porto Alegre: Artmed, pp. 88-100, 2006.
- Andrade, L. O. M.; I. C. H. C. Barreto; N. Goya & T. J. Martins. Estratégia saúde da família em Sobral. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, ano V, vol. 1, pp. 9-20, 2004.
- Andrade, L. O. M.; I. C. H. C. Barreto & T. J. Martins. A estratégia saúde da família no Brasil e a superação de medicina familiar. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*. Disponível em <<http://www.sobral.ce.gov.br/saudedefamilia/index2.html>>. Acesso em 15 de julho de 2003.
- . Por que o PSF? *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica à Saúde, Ministério da Saúde, 2002.
- Andrade, L. O. M.; R. C. R. Bezerra & I. C. H. C. Barreto. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. *Rev. Adm. Pública*, 39(2), pp. 327-49, 2005.
- Andrade, L. O. M. et al. *Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia — Sobral (CE): uma resposta municipal para educação permanente no SUS*. Divulgação em "Saúde para debate: saberes e práticas da gestão municipal — série Conasems", n.º 30. Rio de Janeiro: Cebes, março de 2004.
- . *Public Health Policies as Guides for Local Public Policies: the Experience of Sobral-Ceará, Brazil*. Promotion & Education. Saint-Denis Cedex — France: IUIIPE/UIIPES, 2005.
- Araújo, M. R. & R. S. Assunção. The Practice of the Community Health Agency in Health Promotion of and Disease Prevention. *Rev Bras Enferm*, 57(1), pp. 19-25, 2004.
- Barreto et al. Residência em Saúde da Família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala. *Sanare: Revista Sobralense de Políticas Públicas*, ano 11, n.º 3, out.-nov.-dez. de 2000. Disponível em <<http://www.esf.org.br/publicacoes/sanare/sanare.php>>. Acesso de 3 de agosto de 2006, às 8h00.
- Basch, P. *Textbook of International Health*. Nova York: Oxford University Press, 1990.
- Bezerra, R. C. R. *Modelo de impacto do PSF em resultados de saúde*. Tucson, 2004, ms.
- . *Evaluation of the Epidemiologic Impact of a National Primary Health Care Policy on Infant Health Outcomes, from 1999-2002*. PhD

- Dissertation in Epidemiology, defended at the University of Arizona-Mel & Enid Zuckermann College of Public Health at February 20th 2006.
- Braga, J. C. S. & S. G. Paula. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1981.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da XII Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/conferenciasnacionais/12%AAConf_Nacional/relatoriofinal.pdf>.
- *Constituição 1988*. Capítulo II. Artigos 196 a 200. Título VIII, Da Ordem Social. Brasília: Senado Federal, pp. 131-6, 1988.
- Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
- Ministério da Saúde. *Avaliação da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2002.
- Ministério da Saúde do Brasil. Departamento de Atenção Básica/SAS. *Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação — competência setembro/2004*. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhaESF_setembro_2004.pdf>
- Ministério da Saúde. *Datasus — Informações de saúde*. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>>. Acesso em 23 de novembro de 2004.
- Ministério da Saúde. *Avaliação normativa do PSF no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento do PSF 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2004.
- Campos, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Canuto, O.; M. T. Silva & E. Lopes. A inserção do serviço social na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, ano V, vol. 1, pp. 65-76, 2004.
- Conill, E. M. Primary Care Policies and Health Reform: an Evaluative Approach Based on the Analysis of the Family Health Program in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil; 1994-2000. *Cad Saúde Pública*, 18 Suppl., pp. 191-202, 2002.
- Costa, N. R. *Lutas urbanas e controle sanitário*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- Cufino, E. S.; R. Garfield; M. I. Vasconcelos et al. Primary Health Care

- Lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Rev Panam Salud Pública*, 7(5), pp. 293-302, 2000.
- Dawson of Penn, Lord. *Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services*. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. Londres: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.
- Donato, A. F. & R. Mendes. Relação educativa da equipe de saúde da família com a população. Apoderamento. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, vol. 1, pp. 35-8, 2003.
- Duarte, E. C., M. C. Schneider, R. Paes-Souza, W. M. Ramalho; L. M. V. Sardinha; J. B. Silva Junior & C. Castillo-Salgado. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil*. Organização Panamericana de Saúde, 2002.
- García, J. C. *Pensamento social em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Cortez-Abrasco, 1989.
- Gilpin, M. Update-Cuba: On the Road to a Family Medicine Nation. *J Public Health Policy*, 1, pp. 83-203, 1991.
- Goya, N. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, vol. 1, pp. 51-6, 2003.
- Hammad, A. El Bindari & D. L. Smith. *Primary Health Care Reviews: Guidelines and Methods*. Genebra: World Health Organization, 1992.
- Hart, R. H.; M. A. Belsey & E. Tarimo. *Integrating Maternal and Child Health Services with Primary Health Care*. World Health Organization, pp. 7-14, 1990.
- Lago, E. R. L. & Cruz, R. B. Atención Primaria de Salud y medicina general integral. In: R. A. Sintés. *Temas de medicina general integral*, vol. 1, Salud y medicina. Havana: Editorial Ciencias Médicas, pp. 7-28, 2001.
- Lavor, A. C. H.; M. C. Lavor & I. C. Lavor. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, ano V, vol. 1, pp. 121-8, 2004.
- Lucena, D.; K. E. L. Borges & M. A. Aguiar. A inserção da educação física na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, ano V, vol. 1, pp. 87-92, 2004.
- Luz, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Machado, R. et al. *Donação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- Macinko, J.; E. C. Guanais & M. F. M. Souza. Evaluation of the Impact

- of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology & Community Health*, January 2006.
- Macinko, J.; B. Starfield & L. Shi. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Service Research*, 38(3), pp. 831-65, 2003.
- Martins, T. J. Apoderamento. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, vol. 1, pp. 27-30, 2003.
- Merhy, E. E. *A saúde pública como política: Um estudo de formuladores de política*. São Paulo: Hucitec, 1979.
- Mello Jorge, M. H. P.; S. L. D. Gotlieb & R. A. Laurenti. *A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Organização Pan-Americana da Saúde-Organização Mundial da Saúde, 2001.
- Mendes, E. V. (ed.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Mendes, Eugênio Vilaça (org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- Mendes Gonçalves, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
- Moore, D., E. Castillo; C. Richardson & R. J. Reid. Determinants of Health Status and the Influence of Primary Health Care Services in Latin America, 1990-1998. *Int J Health Plann Manage*, 18(4), pp. 279-92, 2003.
- Moraes, B. M.; J. M. G. A. Aragão & M. M. M. Barros. A inserção do terapeuta ocupacional na Estratégia Saúde da Família no município de Sobral-CE. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, ano V, vol. 1, pp. 113-120, 2004.
- Moreno, G. M. B.; M. T. Q. S. Soares & R. Pagani. A inserção da psicologia na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE (Relato de Experiência) *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, ano V, vol. 1, pp. 77-86, 2004.
- Moura, E. R.; E. J. Holanda & M. S. Rodrigues. Evaluation of Prenatal Care in a Micro-regional Health System in the State of Ceará, Brazil. *Cad Saúde Pública*, 19(6), pp. 1.791-9, 2003.
- Müller, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate*, Londrina 4, pp. 35-9, jun. 1991.
- Mullan, F & L. Epstein. Community-oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World. *Am J Public Health*, (11), pp. 1.148-59, 2002.
- Nunes, A.; J. R. S. Santos & S. M. Vianna. *Medindo as desigualdades em*

- saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.
- Oliveira, J. A. A. & S. M. E. Teixeira. *Im(previdência) social: sessenta anos de história da previdência social no Brasil*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Vozes-Abrasco, 1989.
- Organización Mundial da Saúde. *Atención primaria de salud*. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud e del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Conferencia Internacional sobre Atención primaria de salud. Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978.
- Organización Panamericana de la Salud. *Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias*. Washington: Opas, 1990.
- . *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS*, agosto, 2005, mimeo
- Pereira, F. W. A.; J. O. Manguera & M. P. A. Monteiro. A inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, ano V, vol. 1, pp. 93-100, 2004.
- Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. *Protocolo das Ações Básicas de Saúde: uma proposta em defesa da vida*. Org. Margareth Lucia Paese Capra. Caxias do Sul: Solar Editoração e Designer, 2000.
- Ribeiro, L. L. S. & L. O. M. Andrade. A enfermagem e a construção de novos saberes e práticas a partir da Estratégia Saúde da Família. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, ano V, vol. 1, pp. 101-12, 2004.
- Rifkin, S. & C. Walt. Why Health Improves: Defining the Issues Concerning "Comprehensive Primary Health Care" and "Selective Primary Health Care". *Soc Sci Med*, n.º 23, pp. 559-66, 1986.
- Roemer, M. I. Priority for Primary Health Care: its Development and Problems. *Health Policy Plan*, (1), pp. 58-66, 1986.
- Rosen, G. A Era Bacteriológica e suas consequências. Capítulo VIII. In: G. Rosen. *Uma história da saúde pública*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Unesp-Abrasco, 1994. pp. 267-371.
- Santos, M. O lugar e o cotidiano. Capítulo 14. In: M. Santos. *A natureza do espaço: espaço e tempo, razão e emoção*. 3.ª ed. São Paulo: Hucitec, pp. 251-62, 1999.
- Schraiber, L. B. (org.). *Programação de saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- Shi, L.; J. Macinko; B. Starfield; J. Xu; J. Regan; R. Politzer & J. Wulu. Primary Care, Infant Mortality, and Low Birth Weight in the States of the USA. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58, pp. 374-80, 2004.

- Silva Jr., A. G. *Modelos teçoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- Silva, A. C. *O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral-Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002*. Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003.
- Souza, H. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: B. Negri & A. L. D'Á Viana. *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social*. São Paulo: Sobravime-Cealag, pp. 221-40, 2002.
- Souza, H. M. *Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do Programa de Saúde da Família: um estudo de caso em estado selecionado. Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: Segrecar, 2003.
- Starfield, B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press, 1998.
- . *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002.
- Sucupira, A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no ESF. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, vol. 1, pp. 11-4, 2003.
- Tallon, J. R. A Health Policy Agenda Including the Poor. *JAMA*, 261, p. 1.044, 1989.
- Viana, A. L. D. & M. R. D. Poz. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, 8, pp. 11-48, 1998.
- Villalbi, J. R.; M. Passarin; I. Montaner; C. Cabezas & B. Starfield. Evaluation of Primary Health Care. *Aten. Primaria*, 31(6), pp. 382-5, 2003.
- Vuori, H. Primary Health Care in Europe: Problems and Solutions. *Community Med*, n.º 6, pp. 221-31, 1984.
- World Health Organization. *Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization, 1978.
- . *Statistical Indices of Family Health*. Geneva: World Health Organization, p. 5-28, 1976.
- Xavier, L. N.; M. S. A. Dias; E. M. Oliveira & I. C. H. C. Barreto. Residência em Saúde da Família: análise da aquisição de competências na visão dos egressos da primeira turma da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral-CE, 2003. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, ano V, vol. 1, pp. 129-40, 2004.

A GESTÃO DA ATENÇÃO NA SAÚDE: ELEMENTOS PARA SE PENSAR A MUDANÇA DA ORGANIZAÇÃO NA SAÚDE

Sergio Resende Carvalho
Gustavo Tenório Cunha

Refletiremos neste texto sobre gestão e organização da atenção à saúde tendo como foco as práticas cotidianas de serviços. Priorizamos, nesse sentido, o debate sobre a organização do processo de trabalho em saúde tomando como pano de fundo as diretrizes do SUS e uma perspectiva sobre o que é problema em saúde substancialmente diferente da tradição vigente. Aprofundaremos a análise propondo a ampliação e redefinição da prática clínica sugerindo, posteriormente, instrumentos que sejam capazes de implementar o mencionado ideário e estratégias para o dia-a-dia dos serviços de saúde. Na segunda parte descreveremos e analisaremos as propostas denominadas Projetos Terapêuticos Singulares, Acolhimento e Equipes de Referência.

Partimos neste texto do pressuposto de que um dos maiores empecilhos ao desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde tem sido o insuficiente enfrentamento das temáticas da mudança do processo de trabalho e da participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial. A modificação desse quadro é essencial para a efetivação do SUS, pois entendemos que apenas alterando o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade representados como doença, é que será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde a todos os brasileiros.

A partir desse entendimento sugerimos alternativas organizacionais que têm de comum a busca de superação de uma determinada tradição gerencial que tem como eixo a redução de pessoas à condição de instrumentos dóceis sujeitos aos objetivos das instituições de saúde, transformando-os em insumos ou em objetos.

Os arranjos aqui discutidos têm como objetivo produzir uma cultura institucional mais pública e solidária e induzir linhas de subjetivação diferentes das que predominam no setor da saúde. Procuram constituir estruturas que não sejam "centralmente indutoras de corporativismo e alienação" e "instaurar uma nova ordem organizacional" que estimule o "compromisso das equipes com a produção de saúde" e que lhes facilite, ao mesmo tempo, a própria realização pessoal e profissional" (Campos, 1999, p. 395). Embora compartilhem da crítica de muitos aos médicos e a outros profissionais, pelo papel que exercem na manutenção do modelo curativo centrado no hospital, ineficaz e de alto custo, julgamos necessário, e possível, tomar o trabalho destes profissionais com um elemento central para a mudança do modelo assistencial (Merhy, 2000).

Por entendermos que a gestão do cotidiano em saúde é um terreno de produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, buscaremos sugerir ferramentas conceituais e operativas que procuram intervir sobre o processo de trabalho em saúde e valorizar o papel das relações intersubjetivas no cotidiano do fazer/pensar saúde.

Ao analisar e propor mudanças nos modelos de atenção na saúde temos em mente a compreensão de que estes se constituem como um arranjo que busca fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde; sendo um dos fatores que condicionam a viabilidade do Sistema Único de Saúde ao lado dos que fazem referência à macropolítica (Estado, Políticas Públicas) e à macroeconomia (financiamento, custos, orçamentos). Dessa forma, modelos se apresentam, por um lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticos, econômicos e sociais. De outro lado, decorrem da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde.

Traduzem um arranjo organizacional que não é simplesmente uma forma de organizar os serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar um sistema de saúde uma vez que refletem uma determinada combinação de saberes e técnicas que são utilizados para resolver problemas e atender a necessidades de saúde, individuais e coletivas. Expressam, igualmente,

formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais), utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo

propósito é intervir em problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (Teixeira, 2000, pp 261-2).

O conceito de modelo de atenção permite-nos perceber que diferentes composições de recursos produzem resultados diferentes em saúde. Ou seja, dois hospitais ou duas cidades diferentes, com a mesma quantidade de profissionais, de recursos financeiros e de recursos materiais podem produzir resultados absolutamente diversos em saúde dependendo da forma como se articulam estes recursos, o modelo de gestão e as matrizes de conhecimentos utilizados. Embora se reconheça que parte das determinações do modelo são estruturais e geralmente sentidas como bastante externas aos sujeitos (como, por exemplo, uma certa cultura, presente tanto nos serviços de saúde como na sociedade, de medicalização da vida produzindo uma tendência de redução dos problemas de saúde e das práticas aos diagnósticos da biomedicina, medicações e exames) acreditamos, amparados em grande quantidade de experiências exitosas no SUS, que é possível para municípios, serviços de saúde e profissionais lidarem com esses determinantes de forma diferente. Discutir elementos que constituem modelos de atenção significa, no nosso entendimento, ampliar o conhecimento sobre aspectos organizativos e de gestão em saúde.

A proposta de que trataremos não pretende simplesmente trocar de "modelos", mas sim possibilitar aos serviços e, no limite, ao sistema de saúde maior autonomia na escolha dos seus recursos e na produção de modelagens adequadas à composição singular formada pelo trinômio usuário-profissionais de saúde-gestores.

Distintos modelos de atenção desenvolvem ações que expressam uma dada construção do que são os objetos "saúde e doença" e traduzem, ao mesmo tempo, determinados projetos de políticas, pois "as opções por determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas" (Merhy et al., 1991, p. 84). Assim, modelos de atenção resultam, entre outros, da coerência entre as definições sobre o complexo universo das relações causais que conformam certa compreensão do processo saúde-doença, e das respostas tecnológicas daí resultantes. A compreensão que temos sobre o que é saúde e doença condiciona o olhar sobre a realidade e define, em boa medida, o que é problema de saúde, assumindo um papel determinante sobre as características organizativas do setor da saúde

A seguir, discutimos distintas concepções sobre o processo saúde-doença e a sua influência na formação dos distintos modelos de atenção e na organização do processo de trabalho em saúde.

Processo saúde/doença e modelos de atenção na saúde

Para falarmos do processo saúde-doença, podemos começar nos perguntando sobre uma questão vital para todo trabalhador da área de saúde: o que são as doenças? Ou, perguntando de outro modo: do que morrem as pessoas antes de inventarmos que estão acometidas desta ou daquela patologia? A história da aids é exemplar: no início da epidemia verificou-se um aumento de diversas doenças, como pneumonias, sarcoma de Kaposi, etc., até que se construiu um modelo teórico que as contivesse dentro de uma só síndrome. Não por acaso as primeiras teorias atribuíam excessiva importância à preferência sexual na aquisição da doença, retardando as ações de prevenção fora dos denominados à época como "grupos de risco", demonstrando como as concepções sobre saúde e doença não são neutras e sofrem a influência de preconceitos e valores.

Doenças expressam em última instância teorias explicativas que implicam um recorte da realidade, uma escolha parcial em um universo de possíveis. Supõem uma certa regularidade dos fenômenos e uma certa generalidade (abstração) do conceito. Obviamente que este recorte não é totalmente arbitrário e carrega uma funcionalidade prática, uma eficácia. Podemos utilizar como metáfora das doenças (e das teorias científicas em geral) as constelações estelares. As constelações também são construções teóricas, sem existência fora do contexto disciplinar da astronomia e das mentes dos astrônomos. E nem por isso deixaram de ter extrema utilidade na história da humanidade.

da mesma forma que astrônomos de outras culturas descreveram diferentes constelações habitando o mesmo céu, diferentes culturas produziram diferentes descrições das doenças e diferentes modos de combatê-las, sem que se possa afirmar *a priori* que uma delas é mais correta que as outras (Camargo, 2002).

Noções e crenças compartilhadas sobre o processo saúde/doença sintetizam um determinado sistema de conceitos e valores socialmente construídos que induzem a julgamentos e fornecem elementos para a elaboração de projetos de intervenção e para a orientação da prática.

Constituem uma instância que autoriza a eleição de problemas a serem enfrentados, promovendo a interdição de alguns temas e impondo a abordagem de outros em detrimento dos anteriores. A escolha do campo de responsabilidades (recorte do objeto) do setor saúde e de responsabilidades são, em última instância, devedoras daquilo que denominamos "saúde" e(ou) "doença" (Carvalho, 2005).

A excessiva ênfase no componente orgânico do processo saúde/doença faz com que muitas vezes os profissionais imaginem que o seu objeto de trabalho é a doença, e não as pessoas doentes, o que gera toda sorte de desresponsabilização para com tudo o que não está contido nesse recorte. Julgamos estar cuidando de uma úlcera, de um enfarte, de uma hipertensão, etc. ..., esquecendo que estes conceitos são apenas parte de uma totalidade complexa, o homem em determinado contexto. As úlceras são infinitamente mais simples que as pessoas, com as suas histórias, trabalho, família, cultura, situação econômica, interesses e desejos. Ocorre, aqui, uma tensão entre a "ontologia da doença" e a "singularidade do sujeito" (Campos, 2003).

Modelos de intervenção que procuram atuar fragmentariamente na tríade do modelo ecológico, que constroem um projeto terapêutico a partir da metáfora do corpo como máquina ou que consideram a saúde como a ausência de doença estão fadados à insuficiência e ao fracasso. Serviços de saúde centrados nas doenças têm grandes dificuldades de lidar com a complexidade dos sujeitos individuais e coletivos, com a chamada falta de adesão aos tratamentos, com os efeitos culturais das ações de saúde, com os pacientes que porventura não se encaixam nos diagnósticos (chamados poliqueixosos), com problemas chamados sociais e com questões subjetivas ou relacionais.

Para se pensar a mudança das práticas de saúde é necessário, portanto, um esforço transdisciplinar que elucide as relações naturais e sociais embutidas no objeto "saúde". É preciso realizar um esforço de superação da dicotomia entre o caráter objetivo e o subjetivo dos modelos explicativos na saúde buscando entender que a saúde, física e mental, é produzida na sociedade e é influenciada pelas

formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico (Vaistman, 1992, p. 171).

A atualização do pensamento sanitário contemporâneo está a exigir a compreensão dos indivíduos na sua complexidade de "sujeitos sociais lidando com os resultados de suas escolhas e de sua intervenção, fruto de sua competência reformatora da vida natural, à qual deverão recorrer para enfrentar os desafios ora postos" (Reichenreim & Werneck, 1994, apud Carvalho, 1996, p. 108). Este desafio, de primeira ordem, enseja ao mesmo tempo uma releitura do processo saúde/doença que deve apontar para uma perspectiva não reducionista que recupere o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo.

Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer — ou da sua ausência —, por exemplo do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases (Vaistman, 1992, p. 172).

Julgamos, neste sentido, ser útil pensar a doença e o sofrimento também como

um fenômeno social que reflete relações plurais que envolvem indivíduos, grupos e classes sociais, serviços de saúde, sistema produtivo e de consumo, bem como o saber médico-sanitário sobre a doença e que mesmo a dimensão individual do sofrimento é sempre um produto da história de um certo sujeito vivendo em um dado tempo histórico (Campos, 1991, pp. 69-70).

Esta compreensão permite-nos afirmar que o indivíduo saudável é como um sujeito que possui um sentimento de segurança para viver a vida, para criar valores e instaurar normas vitais a partir de seus desejos, interesses, necessidades individuais e do entorno social. No lugar da centralidade da doença, da resignação e da conformidade que o adjetivo *paciente* insinua, julgamos ser fundamental afirmar o usuário na saúde como ativo portador e criador de direitos, um sujeito capaz de viver a vida com liberdade e criatividade.

Esta noção do sujeito/usuário na saúde condiciona e determina as distintas propostas organizativas para o setor. Por exemplo, se privilegiarmos o plano da estrutura biológica, tenderemos a sugerir a orga-

nização de modelos de atenção relativos a processos de cura e de reabilitação. Se for priorizado o plano das necessidades sociais e dos interesses institucionais, são ressaltadas ações visando à prevenção, à promoção e à intervenção sobre o processo de deliberação de políticas públicas (Carvalho, 2005, pp. 24-6).

Em suma, objeto, método, objetivo e estratégias na saúde variam de acordo com a concepção que se tem do sujeito e de como conceitualizamos o que é saúde e doença. A centralidade que o tema da autonomia e produção de subjetividade assumem nesta formulação abre novos caminhos para a produção de saúde demandando novas estratégias de gestão e novas estruturas organizacionais, e pedem igualmente uma nova concepção sobre a prática clínica e a Saúde Pública.

Clínica Ampliada e os modelos de atenção na saúde

Novas concepções sobre o processo saúde/doença remetem-nos ao desafio de repensar a prática clínica hegemônica reconhecendo suas limitações, seu caráter ritualesco e medicalizante e seu papel na manutenção do *statu quo*. Compartilhamos, portanto, das muitas críticas à Clínica no que se refere ao seu papel no controle do social, na redução de sujeitos a objetos/doenças, na viabilização de interesses corporativos de natureza economicista e no fortalecimento de interesses privatistas do complexo médico-industrial. Julgamos, igualmente, ser necessário questionar as noções sobre o processo saúde/doença que absolutizam o conhecimento positivo da anatomia, da fisiologia e da patologia e(ou) o formalismo quantitativo da estatística, propiciando a idolatria dos meios e das formas, desligados dos fins, dos resultados e dos conteúdos das práticas sanitárias e que deixam em segundo plano as possibilidades de minorar o sofrimento e as doenças.

Compreendemos, entretanto, que esta constatação não autoriza a negação do imenso aporte da prática clínica para prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas ao evitar e aliviar dor e o sofrimento, ao curar e reabilitar. A clínica degradada, uma prática social historicamente determinada, não sintetiza todas as possibilidades de intervenção. A Clínica faz jus a muitas críticas, mas também tem muito que dizer, não sendo possível pensar a superação do paradigma biomédico sem sua contribuição.

Por outro lado faz-se necessário superarmos seus limites buscando qualificar a intervenção sobre o sofrimento e a doença e valorizando o encontro trabalhador/usuário como um espaço de produção par-

tilhada de relações e de intervenções e em que há um jogo entre necessidades dos usuários e os modos tecnológicos do agir em saúde (Merhy, 2000, p. 189)

No lugar, por exemplo, de técnicas semióticas tradicionais, que neutralizam a interferência do social e da subjetividade na prática clínica, é necessário a realização de uma prática holística em que se valorize a relação intersubjetiva, uma vez que o processo de diagnóstico e de cura é sempre uma relação entre sujeitos. Ela nunca é redutível a uma objetividade positiva, sendo sempre influenciado pela história social e pelas características psíquicas dos sujeitos envolvidos.

De modo geral, quando se pensa em Clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese de uma determinada doença. No entanto, a partir da reflexão sobre o processo saúde/doença que apresentamos no início deste texto podemos admitir que a Clínica precisa ser muito mais do que isso, que existe uma Clínica nas atividades de cada profissional de saúde e que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, a existência de pacientes refratários (ou "poliqueixosos") e a dependência dos usuários em relação aos serviços evidenciam os limites da prática clínica centrada na doença. Isso significa dizer que uma Clínica individual ou coletiva ampliada necessita que se reconheça, além do que o sujeito apresenta de igual (o diagnóstico), o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso imagina-se uma Clínica (individual e coletiva) muito mais pactuada, muito mais capaz de evitar a mitificação de suas propostas de intervenção, abrindo-se a inúmeras possibilidades de ação e participação dos usuários.

Alguns exemplos podem contribuir com a discussão:

Um serviço de hematologia percebeu que mesmo tendo disponível toda a tecnologia material para o diagnóstico e o tratamento dos usuários com anemia falciforme, havia um problema que, se não fosse levado em conta, não permitiria ao serviço obter resultados efetivos. Essa doença acomete principalmente a população negra que, na cidade em que o serviço funcionava, só tinha acesso ao trabalho braçal, herança de uma história de discriminação racial e resultado da desigualdade social. O serviço percebeu que o tratamento ficaria muito limitado caso o enfoque fosse estritamente hematológico, pois a sobrevivência dos usuários estava ameaçada pela composição da doença com o contexto em que os sujeitos se encontravam. Ou seja, era necessário criar novas

opções de trabalho para os usuários do serviço, uma vez que mesmo com acesso ao tratamento eles não poderiam executar os trabalhos disponíveis. A equipe então debruçou-se sobre o problema e propôs buscar ajuda em escolas de computação, entre outras, para oferecer cursos aos usuários que o desejassem, criando assim novas opções de trabalho e melhorando a expectativa de vida. O serviço buscou aumentar a **autonomia** dos usuários, apesar da doença.

O que observamos é que o serviço, sem abrir mão da investigação genética e da utilização das tecnologias materiais existentes, ampliou o objeto de investimento e de trabalho. Para isso teve de buscar aliados, a começar pelo sujeito doente e todas as suas redes. A história da atenção à aids no Brasil, a luta antimanicomial, a atenção aos portadores de necessidades especiais, etc., demonstram bem esta possibilidade de parceria com usuários, movimentos sociais e movimentos sensíveis. Além, é claro, de ativarem a intersectorialidade dentro do setor público.

Ao incorporar a história e a situação social das pessoas no diagnóstico e na terapêutica, o serviço aumenta a eficácia e a adesão ao tratamento e assume maiores responsabilidades em relação à vida do paciente. A situação citada anteriormente demonstra as implicações éticas da Clínica, pois se o serviço de saúde tivesse reduzido os usuários à doença teria sido, além de ineficaz, cúmplice da discriminação racial e da desigualdade social que ainda existe no País.

Como se sabe, não são poucas as situações em que o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social. Algumas dessas dominações podem passar despercebidas, como é o caso das relações de gênero, dada sua grande prevalência em alguns contextos culturais. As doenças causadas pela superexploração dos trabalhadores, por condições de trabalho inadequadas ou por formas de gestão autoritárias (como as LER/Dort) também são outros exemplos. A Clínica Ampliada exige dos profissionais de saúde, portanto, um exame permanente dos próprios valores. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, estas causalidades externas e as influências no seu quadro de saúde das teias de poderes e micro-poderes em que ele está imerso.

E por falar de dificuldades, não podemos esquecer que às vezes o próprio diagnóstico já traz uma situação de discriminação social que aumenta o sofrimento e dificulta o tratamento (exemplos são as doenças que produzem discriminação social, como no caso da LER/Dort, e

os "diagnósticos" que paralisam a ação de saúde em vez de desencadeá-la: "bêbado", "poliqueixoso", etc.) Cabe à Clínica Ampliada não assumir como normais estas situações, principalmente quando comprometem o tratamento.

Vejamos outros exemplos:

"Quando vejo uma pessoa com a vida igual à minha, desejo uma boa isquemia. Porque eu renasci, aprendi, foi um Big-Bang para mim" (carnavalesco Joãozinho Trinta em 1998, referindo-se a um derrame cerebral).

"O compositor Tom Jobim uma vez foi perguntado por que havia escolhido a música. Bem-humoradamente ele respondeu que é porque tinha asma. Como assim, perguntou o entrevistador? Acontece que estudar piano era bem mais chato do que sair com a turma, namorar. . . como eu ficava muito em casa por causa da asma, acabei me dedicando ao piano."

Outro aspecto fundamental da Clínica Ampliada, além da busca de autonomia para os usuários, é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida. Os exemplos de Joãozinho Trinta e de Tom Jobim mostram que as pessoas podem inventar saídas diante de uma situação imposta por certos limites. Algumas pessoas especiais fazem isso sozinhas. Elas "aproveitam" para enxergar o evento mórbido como uma possibilidade de transformação, o que não significa que elas deixem de sofrer, mas que elas encontram no sofrimento e apesar dele uma nova possibilidade de vida. Outras pessoas precisam de algum tipo de ajuda para fazer isso. Portanto, a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater as doenças, mas a se transformarem, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeça de viver outras coisas na vida.

Nas doenças crônicas ou muito graves isto é mais importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e essa participação não pode ser entendida como dedicação exclusiva à doença mas como capacidade de "inventar-se" apesar da doença. É muito comum nos serviços ambulatoriais que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a tornarem-se conhecidos como "poliqueixosos" — com muitas queixas — ou "refratários", pois a doença (ou o risco) torna-se o centro de suas vidas.

Podemos abordar também uma situação aparentemente corriqueira nos serviços de atenção básica: a falta de saneamento e toda a cons-

relação de determinantes que fazem com que um determinado grupo de pessoas seja obrigado a viver sem esgoto aumentam o risco de UM SUJEITO nessas condições desenvolver uma certa verminose. No entanto, poderíamos perceber (olhando com atenção) que a verminose pode acometê-lo mais (ou menos) vezes que a um seu vizinho (ou que a média do seu grupo); pode acometê-lo mais em um momento de sua vida do que em outro. Em dois momentos distintos, no mesmo sujeito, a mesma verminose, digamos que com os mesmos sintomas objetivos (se fosse possível objetivá-los totalmente), poderia ter repercussões de importância diferente, dependendo de outros aspectos de sua vida. Além disso, a percepção da causalidade do adoecimento, por exemplo, entre um castigo divino, uma desigualdade social/racial, ou um ataque de um verme, pode resultar em impactos individuais distintos e formas diferentes de lidar com o adoecimento (e conseqüentemente com o tratamento). É esse sujeito que se apresenta à Clínica. É resultado singular (em movimento) de determinantes diversos, cabendo aos profissionais a sabedoria de perceber essa composição. Mesmo uma situação geralmente considerada simples pode envolver uma percepção apurada e uma escolha de prioridades variada no tempo para que se busque efetividade e autonomia (Cunha, 2004).

Concluimos esta reflexão afirmando que uma Clínica que tenha uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e que tome como objeto de ação sujeitos singulares que vivenciam determinado sofrimento, agravo e(ou) doença demanda um atendimento integral e, muitas vezes, a elaboração de projetos terapêuticos específicos que logrem qualificar as respostas às necessidades dos usuários.

A Clínica Ampliada e os Projetos Terapêuticos Singulares

O Projeto Terapêutico nada mais é do que uma variação da discussão de "caso clínico". Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à Saúde Mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe e de considerar outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e a medicação no tratamento dos pacientes. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito doente e sua relação com a doença, para definição de propostas de ações.

O nome Projeto Terapêutico Singular (PTS) em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, parece-nos melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e

não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação.

Do ponto vista didático consideramos útil dividir o PTS em cinco momentos.

1. **O Diagnóstico:** que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família. Ou seja, deve tentar entender o que o indivíduo faz a partir de tudo que fizeram dele.

2. **Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver com ele um vínculo melhor.

3. **Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza e escolher um coordenador para o projeto. O coordenador deverá ter um vínculo positivo com o usuário.

4. **Negociação:** as propostas produzidas pela equipe, por mais que sejam resultados do conhecimento e do vínculo com o usuário, precisam ser pactuadas levando em conta suas singularidades.

5. **Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e serão feitas as devidas correções de rumo.

O processo todo é realmente muito simples, mas alguns aspectos precisam ser observados:

a) **a escolha dos casos para reuniões de PTS:** a proposta é que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros da equipe (qualquer membro da equipe). Não parece necessário nem possível que o grande esforço de fazer um PTS dirigido a todos os usuários de uma equipe, exceto em hospitais e, eventualmente, centros de especialidade; b) **as reuniões para discussão de PTS:** em relação à reunião de equipe, o mais importante é um clima de diálogo e construção coletiva de propostas. É necessário que seja possível fazer críticas sem destruir e receber críticas sem se sentir pessoalmente atingido. Um bom clima na equipe depende de um processo de construção e pactuação. Além disso, o vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família deve ser muito valorizado. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e qualidade desse vínculo e

o núcleo profissional. Defendemos que os profissionais que tenham vínculo mais estreito assumam mais responsabilidade na coordenação do PTS. Assim como o médico generalista ou outro especialista pode assumir a coordenação de um tratamento perante outros profissionais, um membro da equipe também pode assumir a coordenação de um projeto terapêutico singular perante a equipe. Uma estratégia que algumas equipes utilizam é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS.

c) o tempo de um PTS: o tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço. Serviços de saúde na Atenção Básica e em Centros de Especialidades com usuários crônicos têm um seguimento longo (longitudinalidade) e também uma necessidade maior da Clínica Ampliada. Isso, naturalmente, significa processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculo menores farão PTS's com tempos mais curtos. Geralmente não se faz uma abordagem integral em um encontro único, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.

Importante no PTS é ter uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença. Como herança das revoluções na Saúde Mental (Reforma Psiquiátrica), esta expectativa de que o sujeito é construção permanente foi transferida para a Clínica. É importante desfazer uma certa tendência em se desacreditar na vida. Não se costuma investir, na Atenção Básica, em pacientes que se acreditam "condenados", seja por si mesmos, como no caso de um alcoólico, seja pela estatística, no caso de uma patologia grave. Quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil de provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário como projeto em que se (re)constrói e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhores.

Se isso em geral é admitido, raramente é trabalhado e perseguido com um mínimo de técnica e organização pela Clínica tradicional, com compromisso mais restrito ao diagnóstico e condutas biomédicas. Nos casos de "prognóstico fechado", ou seja, de pacientes para os quais existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos pacientes ter-

minais, é mais fácil ainda para uma equipe, ainda mais da Atenção Básica, eximir-se de dedicar-se a este paciente — embora, mesmo nestes casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou menos sofrimento dependendo de como paciente e família entendem, sentem e lidam com a morte. O PIS, em sintonia com a Clínica Ampliada, propõe abrir os olhos para o imprevisível e para o novo, o que pode gerar uma certa ansiedade. Onde antes só se viam certezas podem ser vistas possibilidades. Onde se via igualdade se podem encontrar grandes diferenças. Onde havia pouco o que fazer se pode encontrar muito trabalho. Esta ansiedade que este tipo de abordagem provoca tem de ser trabalhada pela equipe para evitar atropelamentos. O caminho do paciente ou do coletivo é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, a despeito de nossas propostas e idéias.

Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular são conceitos e estratégias inovadores e potentes para um projeto de mudança das práticas de saúde. São, igualmente, propostas complexas que demandam, para sua concretização, um trabalho em equipe com determinadas premissas e características que estaremos abordando no que se segue.

EQUIPES DE REFERÊNCIA E A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Para que o exercício da Clínica Ampliada se efetive é necessário realizar uma transformação no cotidiano do *fazer/pensar* saúde que se contraponha à excessiva fragmentação do processo de trabalho em saúde, responsável, em grande parte, pela má qualidade da atenção, pela burocratização e pela alienação dos trabalhadores da saúde, alienação esta que se manifesta, entre outros, na debilidade de vínculos entre o trabalhador e o usuário, na separação entre os que executam as ações e os que dirigem as instituições, e na fragilidade do trabalho coletivo e de práticas interdisciplinares em saúde.

Transformar este quadro é uma tarefa da maior importância, uma vez que apenas alterando o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seus principais objetos de trabalho, que são a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde de todos os brasileiros (Carvalho, 2005). Esta compreensão nos remete ao desafio de experimentar novas formas de gerir e organizar instituições de saúde com o objetivo de superar as práticas tradicionais de administração do setor que buscam de distintas maneiras reduzir os trabalha-

dores em saúde à condição de recursos (humanos?) e de instrumentos dóceis aos objetivos dos dirigentes e instituições prestadoras de serviços.

No lugar de uma estrutura que induza ao corporativismo e à alienação, julgamos ser indispensável instaurar novos arranjos organizacionais que estimulem o compromisso das equipes com a produção de saúde e que lhes facilitem, ao mesmo tempo, a própria realização pessoal e profissional (Campos, 1999, p. 395). Apenas dessa maneira será possível produzirmos uma outra cultura institucional mais pública e solidária, que induza linhas de subjetivação diferentes das que predominam no setor da saúde.

Para pensar no trabalho em equipe podemos começar comparando-o a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um dos elos é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço. Esta metáfora chama atenção para a grande interdependência do trabalho em saúde. É válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços. Portanto, a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores também dependerão de como a gestão facilita este diálogo e reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde.

Nos últimos anos temos observado no Brasil sugestões de um arranjo, denominado Equipe de Referência (Carvalho & Campos, 2000), que nos parece de especial interesse como proposta de operacionalização das premissas e estratégias acima mencionadas.

Trata-se de uma proposta organizativa e gerencial para unidades básicas, secundárias e terciárias que parte da suposição de que a reordenação do trabalho em saúde deve levar em conta uma perspectiva que aponte para a criação do vínculo entre trabalhadores e usuários, para a constituição de espaços institucionais de co-gestão e o estímulo ao trabalho de natureza interdisciplinar.

É sugerido que as equipes se organizem a partir de unidades de produção de serviços (e.g., lavanderia, UTI, pediatria, etc.) que respondam a necessidades locais e à disponibilidade de recursos. Esses arranjos são úteis para se repensar a organização do sistema de saúde nos seus diferentes níveis: primário, secundário e terciário.

Para a rede básica de atenção é proposta a criação de equipes que se responsabilizem pelos problemas de saúde da população de uma dada área de abrangência. Elas variam em sua composição de acordo com os projetos sanitários e realidades locais, podendo ser formadas por médicos generalistas, a exemplo do que ocorre na maioria dos pro-

jetos de Saúde da Família, ou por médicos das especialidades básicas (pediatras, clínicos, ginecologistas).

As equipes devem contar, no mínimo, com um médico (especialista geral ou generalista), um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e muitos outros profissionais de saúde vêm gradativamente sendo incorporados a esses arranjos buscando ampliar a capacidade resolutive das ações em saúde em distintos municípios brasileiros. Além dos profissionais fixos, as Equipes de Referência devem contar com o apoio matricial de trabalhadores que atuem em diversas equipes a partir de um núcleo específico de saber (*e.g.*, assistência social, atendimento psiquiátrico).

Cada usuário pode então contar com um profissional de referência responsável pelo gerenciamento do cuidado observando a evolução do problema, administrando o fluxo do usuário pelo sistema e velando pelo cumprimento do projeto terapêutico individual. Ele se responsabiliza também pela coordenação da atenção, possibilitando a integridade e a qualidade do atendimento prestado, devendo cuidar para que sejam disponibilizadas ao usuário as tecnologias necessárias: consultas individuais, grupos educativos, atendimento domiciliar, trabalhos comunitários, ações programáticas, ações de vigilância à saúde e o acolhimento.

As Equipes de Referência devem ter autonomia para definir normas e atribuições pactuando com a gestão do serviço o cumprimento de determinadas diretrizes. Isso supõe a transformação das relações de trabalho de tal forma que cada um desempenhe o seu trabalho autonomamente, dentro de um projeto coletivo, controlando o seu processo de trabalho, seus produtos e resultados, transformando-se em agente e sujeito deste processo; porém, isso deve ocorrer dentro de um contrato público que se pautela pela defesa da vida do usuário como o principal objetivo estratégico (Campos, 1994, p. 32).

Consideramos que o referenciamento de um grupo populacional a uma equipe multiprofissional facilita o vínculo entre um grupo de profissionais e um certo número de usuários. Isso possibilita uma gestão mais centrada nos fins que nos meios (consultas por hora são exemplo de gestão centrada nos meios) e uma definição mais precisa de responsabilidades possibilitando elementos de ligação entre a gestão do sistema e dos serviços.

No entanto, a proposta de equipes de referência vai além da responsabilização e chega até a *divisão de poder gerencial*. As equipes

interdisciplinares ou transdisciplinares (o "trans" aqui indica o aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de coresponsabilidade entre os integrantes da equipe) devem ter algum poder de decisão na organização, notadamente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe

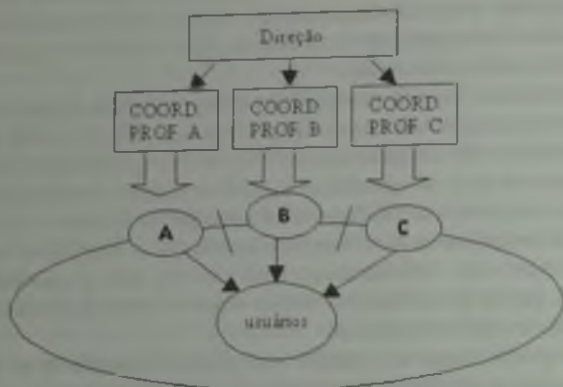
Não há como propor qualificação e humanização da gestão e da atenção sem um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores dentro da organização e na relação da organização com usuário. Primeiro porque, ao contrário, as decisões serão centralizadas em um serviço de saúde ou profissional da equipe, reduzindo o trabalho dos outros trabalhadores a simples execução, o que, além de ser adoecedor para estes trabalhadores, será péssimo para a qualidade da atenção, já que o envolvimento com o usuário tende a diminuir e o trabalho tende a se burocratizar.

Em segundo lugar, se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz o contrário: causa a fragmentação desta equipe. Em outras palavras: nada pior para dois profissionais que estão na mesma equipe, trabalhando com o mesmo usuário, do que estarem obrigados a dialogar por intermédio de terceiros, ou seja, por intermédio dos seus coordenadores ("superiores", como se costuma dizer). Nesse caso, uma eventual mudança no modo de trabalho de um membro da equipe pode ocorrer, afetar diretamente seu colega de equipe, sem necessariamente ser pactuada com a equipe em que este membro está inserido cotidianamente. Ou, mais grave ainda, as diferenças e conflitos, em vez de serem preferencialmente resolvidos no grupo, são remetidos aos coordenadores para que eles conversem e resolvam. Isto é, produz-se uma certa "infantilização" dos trabalhadores e induz-se mais a competição do que a cooperação e coletivização.

Fica evidente aqui que a gestão e a atenção "produzem" subjetividade, afetos e mobilizam emoções. A falta de Equipe de Referência pode induzir uma ilusão de auto-suficiência das corporações e um clima de disputa estéril no serviço. A proposta de Equipe de Referência pretende, ao menos, não alimentar estes conflitos corporativos, colocando o **usuário no centro** do processo gerencial e de atenção.

A situação gerencial de uma equipe representada pela Figura 1 pode encaixar-se em qualquer organograma típico, piramidal, que divide o trabalho em "caixinhas" separadas (setores, departamentos, programas...) e concentra o poder no alto.

Figura 1



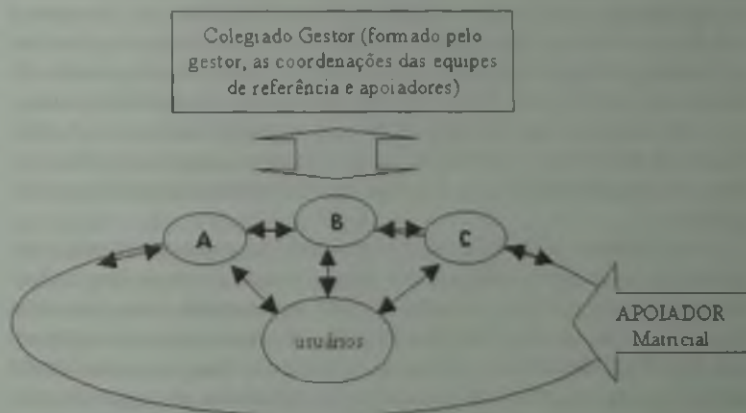
Podemos tomar esta figura como parâmetro didático da lógica de gestão mais tradicional, sem equipes de referência. No entanto, o fato de considerarmos o desenho formal do organograma como elemento analisador não significa que toda mudança tenha necessariamente de começar pelo organograma. O que importa é a vida real da organização/serviço e a construção de linhas de diálogo em todas as direções (não somente de cima para baixo ou entre pares, como costuma acontecer), ou seja, o que importa é construir viabilidade para a chamada "transversalidade", que muitas vezes pode fazer um organograma "real" mais adequado.

Potencialmente os organogramas podem induzir tanto o trabalho cooperativo quanto competitivo. Porém o organograma tradicional induz predominantemente à competição porque propõe uma pirâmide em que no alto se concentra muito poder de decisão. O organograma também é potencialmente cooperativo porque propõe uma certa divisão de trabalho que, teoricamente, no somatório do trabalho de todas as "caixinhas", resultaria na missão da organização. Mas, no caso das organizações de saúde, quando o usuário vai transitando entre as "caixinhas" ou entre os serviços quase como numa "linha de montagem" (com os tais "encaminhamentos" no sistema e com as "interconsultas" nos hospitais), isto não funciona muito bem. Ao final da linha o usuário ficou sem alguém responsável por ele como um "todo",

como se costuma dizer. Cada profissional fez a sua "parte", e não houve quem as "juntasse". Alguns autores chamam esta responsabilização que "junta tudo" de coordenação. Como diz o ditado popular, "o que é de todo mundo não é de ninguém". Esta lógica facilita que ocorra o que se chama de "desresponsabilização", além da sobreposição de atividades (de exames, por exemplo), iatrogenias (não há quem se responsabilize por pensar qual será o resultado da soma de todas as propostas de intervenção) e grande facilidade de haver abandono de tratamento sem que os serviços sequer percebam. O usuário muitas vezes fica com uma sensação de desamparo (uma vez que "pula" entre serviços e profissionais) enquanto o trabalhador se distancia da possibilidade de ver o resultado final do seu trabalho para o usuário, identificando-se preponderantemente com partes do processo (reforçando a chamada redução do objeto de trabalho).

Num **serviço hospitalar** pode-se definir a equipe de referência como o conjunto de profissionais que se responsabiliza pelos mesmos usuários cotidianamente (Figura 2).

Figura 2



Por exemplo, um certo número de leitos em uma enfermaria fica a cargo de uma equipe. Ela pode ter profissionais que trabalhem como **apoiadores** quando fazem uma "interconsulta" ou procedimentos em usuários que estão sob a responsabilidade de outra equipe. A diferença

do apoio e da interconsulta tradicional é que o apoiador faz mais do que a interconsulta, ele deve negociar sua proposta com a equipe responsável. Ou seja, é da responsabilidade da equipe de Referência entender as propostas, as implicações e as interações que o diagnóstico e a proposta do apoiador vão produzir. Nesta proposta não é possível transferir a responsabilidade dos "pedaços" do usuário por especialidades.

Outros tipos de apoio também podem existir. A coordenação por categorias profissionais (clínica, de enfermagem, de fisioterapia, etc. . .) e por programas e temas (como o Controle de Infecções Hospitalares) também pode funcionar como apoio. Em vez de apenas prescreverem determinações, estes apoiadores deverão reconhecer a legitimidade da equipe e negociar as propostas e as formas de realizá-las com cada uma das equipes. Passam a fazer o chamado **apoio à gestão para as Equipes de Referência**, ajudando-as a aumentar sua capacidade de análise da realidade e de intervenção.

As **unidades de urgência e emergência** também podem adotar a mesma lógica interna de divisão por equipes de referência em relação aos leitos de observação ou de espera para internação. Estas equipes deverão encontrar formas de lidar com as trocas de plantão sem perder o seguimento e tentando construir projetos terapêuticos. Durante o dia é recomendável que haja profissionais com contratos de diaristas para poder acompanhar os frequentadores assíduos e os internados de forma mais eficaz e de fato constituir uma equipe multiprofissional.

No entanto, mesmo quando há esta inserção horizontal de profissionais no serviço é necessário trocar plantões. Estes momentos podem ser valorizados para a construção de Projetos Terapêuticos Singulares.

As Equipes de Referência nas unidades de urgência deverão responsabilizar-se pelos usuários que as procuram, devendo buscar formas de contato com as unidades internas do hospital: enquanto uma equipe de uma unidade de especialidade não interna um paciente ou não faz determinado procedimento, o paciente deve ser considerado como de responsabilidade da equipe de referência da urgência para evitar que fique abandonado. Deverão responsabilizar-se também pelos contatos com as unidades externas do hospital: as equipes de **atenção básica** ou de um serviço de especialidade precisam saber — não somente por meio do usuário — que um paciente sob sua responsabilidade está usando assiduamente uma unidade de urgência ou apresentou uma complicação de um problema crônico.

Em relação à REDE ASSISTENCIAL, o princípio da Equipe de Referência funciona da mesma forma. Os centros de especialidade passam a ter "dois usuários": os seus usuários propriamente ditos e as Equipes de Referência da atenção básica com a qual estes usuários serão compartilhados. Um grande centro de especialidade pode ter várias Equipes de Referência locais. O "contrato de gestão" com o gestor local pode não ser mais construído apenas sobre o número de procedimentos, mas também sobre os resultados.

Um centro de referência em oncologia, p.ex., terá muitos usuários crônicos ou sob tratamento longo. Seus resultados (a serem pactuados e avaliados em contratos de gestão com o gestor da rede local) podem depender de outros serviços como, por exemplo, da equipe local de Saúde da Família para lidar com a rede social necessária a um bom pós-operatório ou do atendimento adequado de pequenas intercorrências.

A equipe especialista poderia fazer reuniões com a equipe local para trocar informações, orientar e planejar conjuntamente o Projeto Terapêutico de usuários compartilhados que estão em situação mais grave. Quem está na atenção básica tem um ponto de vista diferente e complementar ao de quem está num centro de referência. A equipe na Atenção Básica tem mais chance de conhecer a família há longo tempo, conhecer sua situação afetiva, as conseqüências e o significado do adoecimento de um deles. O centro de especialidade tem uma tendência de focalizar a atenção na doença. Um especialista em cardiologia pode tanto discutir projetos terapêuticos de usuários crônicos compartilhados com as equipes locais como trabalhar para aumentar a autonomia das equipes locais, capacitando-as melhor, evitando assim compartilhamentos desnecessários. Tudo isso porque, do ponto de vista gerencial, muda o contrato de gestão, e a relação entre os serviços passa a ser principalmente uma relação entre equipes de referência. Estende-se a responsabilidade da equipe especialista, para além da realização de procedimentos ou consultas. Um centro de especialidade que consiga aumentar a capacidade de prevenção e intervenção das equipes locais adscritas pode diminuir a sua demanda e aumentar sua eficácia. A velha ficha de referência e contra-referência continua existindo, mas incorporam-se outros recursos para incrementar o diálogo entre os diferentes serviços, dentre os quais o "Projeto Terapêutico Singular".

A proposta de equipe de referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo

e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. Uma das dificuldades de executar esta proposta é reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e da competência de cada um. Se esta é a dificuldade, esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso.

Neste processo julgamos como de grande utilidade trabalhar no processo de gestão do trabalho com a noção de núcleos e campos de competências e saberes dos distintos profissionais de saúde. O núcleo indicaria uma identidade — o compromisso com um certo saber e com um conjunto de práticas e de tarefas que são peculiares às diferentes profissões —, e o campo que significaria “uma ampliação situacional do Núcleo, orientada pela necessidade de se cumprir objetivos acordados em um dado contexto profissional” (Campos, 2000, p. 216). Ele demarcaria, por exemplo, a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo caracterizaria um espaço de limites imprecisos em que cada disciplina ou profissão buscaria, nas demais, o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectarem-se limites precisos entre um e outro.

Julgamos que essas noções contribuem para repensarmos o processo de trabalho em saúde visando superar, por um lado, a fragmentação decorrente da especialização burocrática e, por outro, a ineficiência de projetos de atenção que, ao se contraporem, subtraem valor de uso aos núcleos de saberes e competência das distintas profissões da saúde. Contribuem igualmente para ampliar a capacidade reflexiva sobre as propostas corporativistas que, motivadas por interesses mercantilistas, tendem muitas vezes a pleitear a reserva e a exclusividade sobre atos assistenciais e gerenciais na saúde sem que isso signifique necessariamente um compromisso com a defesa da vida individual e coletiva.

Assinalamos, por fim, a importância do arranjo Equipe de Referência para a humanização das ações de saúde uma vez que, ao reconhecer a complexidade do adoecer e do sofrimento humano, propõe projetos e intervenções que têm como objeto o homem como um sujeito singular e único. A ampliação da Clínica, a elaboração de projetos terapêuticos singulares e a proposta de Equipe de Referência são, no fundo, propostas radicais de mudança da cultura organizacional que impede o aprofundamento das diretrizes e princípios que sustentam o Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988; 1990).

O ACOLHIMENTO E SAÚDE

História

A idéia de acolhimento nos serviços de saúde já acumula farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS (Merhy, 1994; Franco, Bueno & Merhy, 1999; Malta, 2000). Esta experiência é heterogênea como o próprio SUS e tem acúmulos positivos e negativos. Dessa forma, reconhecer a história do acolhimento no SUS nos permite tanto reconhecer o impacto da proposta nos serviços de saúde que a construíram de forma adequada, como também distingui-la das experiências menos exitosas.

Ter ciência dessa longa trajetória ao falar do acolhimento significa por um lado reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a este acúmulo prático. Por outro lado, demanda esclarecimentos sobre a "qual" acolhimento estamos nos referindo, já que algumas dessas experiências trouxeram para o termo em questão alguns significados que não compartilhamos.

Nos desmarcamos, por exemplo, de formulações e prática (hegemônicas?) que sob a alcunha de "acolhimento" trabalham com arranjos que no melhor dos casos se incubem de realizar triagens sob uma lógica biomédica em que está ausente o trabalho em equipe. Nessa concepção os serviços de saúde não mudam a sua forma de trabalhar em equipe embora aumentem quantitativamente o acesso dos usuários. Este acesso, no entanto, pode não garantir a qualidade do cuidado, uma vez que os atos de saúde obedecem à lógica da "queixa/conduta", levando à consolidação de modelos tecnoassistenciais centrados na produção de procedimentos e à prática de uma Clínica degradada.

Por que precisamos do Acolhimento

Serviços de saúde que privilegiam a produção de procedimentos à revelia dos resultados alcançados constituem, nos dias de hoje, a forma hegemônica de produção de cuidados em saúde. Nesses serviços é comum encontrar profissionais atarefados e até mesmo exaustos de tanto realizar atividades, mas que não conseguem avaliar e interferir nelas. É possível encontrar serviços que pretendem cuidar de pessoas com problemas de saúde graves sem, por exemplo, acolhê-las durante um

momento de agravamento do problema, jogando por terra o esforço até então realizado.

É possível que haja serviços que convivam com filas madrugantes na porta e pessoas aflitas disputando sem critério algum, exceto a hora de chegada, algumas vagas na manhã (é preciso dizer que estes serviços atendem sobretudo os "mais fortes" e não quem mais deles necessita). É possível encontrar também serviços de urgência que convivem com óbitos na fila porque não conseguem distinguir riscos. Existem ainda serviços de saúde que oferecem atividades totalmente incongruentes com a demanda e, mais grave, alguns que se pretendem serviços de saúde, mas que acreditam que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, desconhecendo qualquer compromisso (ou mesmo negando a existência) com os sujeitos em sua complexidade e sofrimento.

Evidentemente que todas estas práticas não somente comprometem a eficácia como causam sofrimento desnecessário a trabalhadores e usuários do SUS. Procuramos aqui sugerir determinada concepção estratégica de "acolhimento" como um dos recursos essenciais para a concretização de uma Clínica ampliada e de qualidade.

Por um acolhimento que produza saúde e defenda a vida

Acolher bem o usuário significa, entre outros, ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologias — saberes materiais e não materiais que procuram ler o mundo a partir de um determinado conceito de saúde e de doença e produzir procedimentos eficazes (Merhy, 1997) — para que se produza saúde individual e coletiva. O acolhimento deve traduzir-se na abertura da unidade e na plasticidade do projeto de atenção prestado a determinado indivíduo ou coletivo, procurando garantir a humanização da relação instituição/usuário.

Este princípio vem subsidiando nos últimos anos a elaboração e a produção de ferramentas de intervenção que buscam qualificar a prestação do cuidado na saúde. Destacamos, entre estas, o dispositivo/arranjo que aqui denominamos "Acolhimento/Porta de Entrada", que vem sendo utilizado desde a década de 1990 em muitas instituições de saúde com a finalidade de facilitar o acesso do usuário aos serviços e desencadear processos que apontem para mudanças nos modelos assistenciais e de gestão existentes.

Esse arranjo vem procurando intervir na relação de acesso da clientela buscando organizar uma nova "porta" que acolha a todas as pes-

soas que cheguem à unidade de saúde: "A função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento, e sim responder aos problemas que aí aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves de que dispomos em nosso saber e em nossas relações" (Merhy, 1994). Garantido o acesso, caberia a todos os trabalhadores assegurar a boa qualidade do atendimento priorizando os casos mais necessitados, resolvendo o máximo de problemas e assegurando o encaminhamento que se fizesse necessário.

Mediante o Acolhimento/Porta de Entrada tem sido possível, em muitas situações, diminuir a demanda reprimida na rede básica evidenciada pelas grandes filas, pelas reclamações cotidianas, pelo grande afluxo aos serviços de atendimento de pacientes com problemas não emergenciais e pelas queixas da população.

Em geral o projeto procura garantir que todo usuário que chegue ao Centro de Saúde e que não tenha o atendimento garantido (consulta individual, ações programáticas, curativo, vacinação, etc.) seja atendido no Acolhimento/Porta de Entrada. Mediante uma escuta qualificada os trabalhadores procuram ouvir e solucionar o problema e garantir, quando necessário, o acesso e o fluxo do usuário para outros serviços no interior da unidade básica de saúde ou na rede de saúde do município. O fluxo de entrada não mais se processaria de forma unidirecional, agendando as consultas para os médicos de todos os usuários que chegam ao serviço, uma vez que todos os trabalhadores e equipes da unidade de saúde participam e se responsabilizam pela resolução dos problemas dos usuários (Malta, 1998).

Para a efetivação dessa etapa do trabalho em saúde devem ser criadas equipes de Acolhimento e(ou) os trabalhadores devem ser responsabilizados pelo Acolhimento/Porta de Entrada. O formato e constituição deste arranjo irão variar de acordo com as peculiaridades locais, o projeto tecnoassistencial, a disponibilidade de recursos (pessoal, espaço físico, etc.) e o grau de adesão dos trabalhadores a essa estratégia.

Como regra geral, a maioria das funções vem sendo assumida por auxiliares de enfermagem — sob supervisão ou em parceria com enfermeiras. Segue sendo um desafio a incorporação ativa dos profissionais médicos ao processo, uma vez estes resistem, como regra, às mudanças de seu processo de trabalho. Isso vem exigindo, em muitos casos, o aprofundamento das mudanças organizacionais e o desenvolvimento de novos arranjos e dispositivos pelas instituições em saúde, entre as quais citamos as Equipes de Referência, Colegiados Gestores e Projetos

Terapêuticos Singulares (Carvalho & Campos, 2000; Campinas, 2001). A ênfase recente na criação de estruturas voltadas para a Educação Permanente dos profissionais de saúde constitui, igualmente, uma estratégia essencial para a manutenção e qualificação dos projetos de Acolhimento.

As estratégias de implantação do Acolhimento/Porta de Entrada variam de um município para outro (Malta et al., 1998; Carvalho & Campos, 2000). O município de Betim (Minas Gerais), por exemplo, optou por uma estratégia gradual e cuidados de implantação do projeto conforme constatamos pela leitura do protocolo abaixo descrito (Quadro 1).

Quadro 1. Orientações básicas para a implantação do Acolhimento

1. Fazer análise da UBS para decidir em que área abrir a porta (Saúde da Criança? Saúde da Mulher? Saúde do Adulto? Áreas simultâneas? Outras alternativas?).
2. Buscar implantar o projeto gradativamente, começando pelo setor (unidade de produção) mais organizado e que tenha a maior adesão dos trabalhadores.
3. Definir, com o máximo de precisão, o papel e a composição da Equipe de Acolhimento. Importantes ferramentas são as rotinas por unidade de produção e a formulação de fluxogramas analisadores.
4. Definir novos papéis e garantir a retaguarda clínico-administrativa necessária. Para não se reinventar a roda, buscar o material já produzido na rede e adaptar à realidade de sua unidade.
5. Discutir e esclarecer os usuários sobre o novo processo de trabalho, utilizando para isso diferentes formas de comunicação buscando, entre outros resultados, a participação ativa dos conselheiros locais.
6. Oferecer boas condições de trabalho para os funcionários que em sua grande maioria vêm participando com entusiasmo do projeto. A sobrecarga de trabalho não faz parte do Projeto. Experiências mais consolidadas mostram, ao contrário, que um bom gerenciamento do projeto evita o desgaste e valoriza o trabalho, sendo fundamental a participação de todos na gestão de sua unidade.
7. Prever avaliações coletivas semanais buscando corrigir distorções e aprimorar ações. Algumas unidades têm parado durante o turno semanal para acertar rumos, já que o preço de não se fazer esta avaliação periódica é alto e pode levar à desqualificação e perda de adesão ao projeto.
8. Demandar acompanhamento e supervisão de técnicos do nível central em aspectos relativos à discussão do modelo, ao processo de planejamento, à comunicação entre diferentes instâncias do SUS/Betim e etc..
9. Trabalhar com instrumentos que permitam uma avaliação constante dos resultados e impactos alcançados tais como mapa de produção, inquéritos dirigidos a usuários e trabalhadores, fluxogramas analíticos e outros.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Betim, 1996

Acolhimento: considerações finais

Conforme descrevemos anteriormente, o Acolhimento/Porta de Entrada significa uma etapa do processo de trabalho que procura atender a todos os que procuram os serviços de saúde e restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso.

O Acolhimento pode ser visto também como uma tecnologia do encontro trabalhador/usuário (Teixeira, 2003). Explorar esta dimensão é um caminho potente para valorizarmos a utilização intensiva da experiência e do rico saber tecnológico que cada trabalhador acumula, induzindo uma postura cultural e ética de maior comprometimento com os usuários reconhecendo que

as principais tecnologias que temos de usar para realizá-las estão centradas nos nossos conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço, o usuário e o trabalhador e as atividades de grupos de gestão. . . , estas tecnologias são quase todas do tipo *soft* [relacionais], isto é, estão muito mais em nossa sabedoria, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidade, etc., do que em equipamentos, espaços físicos, entre outros, apesar de também dependerem destes de alguma maneira, mas secundariamente (Merhy, 1994).

É igualmente importante mencionar a possibilidade de que o Acolhimento venha a se constituir num potente dispositivo disparador da mudança das práticas em saúde. Como etapa do processo de trabalho em saúde responsável pela porta de entrada do usuário no serviço o acolhimento também pode "evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários estão submetidos, nas suas relações com que os modelos de atenção constituem como campos de necessidades em saúde" (Franco et al., 1999). Esta leitura evidencia ruídos no cotidiano que podem abrir, potencialmente, novas linhas de possibilidade sobre o fazer saúde que induzem à modificação e atualização do cotidiano das práticas em saúde, tendo como norte a defesa da vida, individual e coletiva.

O Acolhimento/dispositivo de gestão possibilita que pensemos a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinado modelo de atenção, permitindo refletir sobre as caracte-

terísticas do encontro trabalhador/usuário desvelando, no processo, o caráter mais ou menos público do agir em saúde e tendo como referência uma ótica centrada no usuário (Merhy, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do entendimento de que a gestão do cotidiano em saúde é tradicionalmente um terreno da produção e de cristalização dos modelos de atenção à saúde buscamos discutir neste texto alternativas organizacionais e de gestão que contribuem para um projeto comprometido com a defesa da vida, individual e coletiva.

Permeando essas proposições encontra-se a compreensão de que o setor saúde é permeado pela disputas de interesses e pela singularidade do objeto de investimento — sujeitos portadores de necessidades — e de que a produção de alternativas organizacionais que apontem para um processo de poder compartilhado e para a descentralização do processo decisório que levam à diminuição da distância entre os que comandam, planejam, dirigem e a maioria executante de ações e serviços (Merhy, 2000). Acreditamos que apenas dessa maneira será possível implementar práticas de gestão institucional que logre administrar e produzir bens e serviços e, indo além, contribuir para a redefinição do sentido do processo de trabalho em saúde, como instância de produção de sujeitos — individuais e coletivos — e de democratização institucional (Campos, 2000).

Este recorte sobre a temática da organização e gestão na saúde tem sido objeto de inúmeros trabalhos e autores (Campos, 1998; Cecilio, 1994; Pinheiro & Matos, 2001; Merhy, 1997; 1998, Merhy & Onocko, 1997; Onocko, 2002; Silva Junior, 1998) e tem estimulado políticas e programas institucionais (Brasil, 2005a, 2005b) que vêm buscando contribuir para o desenvolvimento e consolidação do SUS.

Muitas outras abordagens acrescentam, complementam e, às vezes, polemizam com as formulações aqui discutidas (Mendes, 1993; Paim, 1993; Carvalho, 1996; Teixeira et al., 1999; Schraiber et al., 2000; Buss, 2002). Esta riqueza de produções teóricas reflete tanto a pluralidade de experiências no SUS, como a grande capacidade da área Saúde Coletiva de produzir teoricamente a partir desta realidade

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia comentada

- Brasil, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em 5 de fevereiro de 2005a.
- A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. Iniciada em janeiro de 2003 propõe um conceito de humanização que não se restringe ao senso comum. A inseparabilidade entre atenção e gestão é um dos seus princípios. A PNH implica uma certa ressignificação do tema da humanização, em oposição ao movimento de idealização do humano. As cartilhas abordam acolhimento, clínica ampliada, ambiência, contratos de gestão e co-gestão e estão disponibilizadas no site <<http://www.saude.gov.br/humanizassus>>.*
- Brasil, Ministério da Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem — análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Ministério da Saúde/Fiocruz. Disponível no site <http://www.extranet.ead.fiocruz.br/facilitadores_site/pdf/unidade_trabalho.pdf>, 2005b.
- Campos, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Este livro é uma coletânea de textos escrita na e para a situação de gestão. Alguns textos são mais práticos e prescritivos e outros são mais analíticos. Todos contêm a marca do compromisso de fazer acontecer. São textos nascidos do encontro com a experiência e na experimentação.*
- Cunha, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- O livro reconhece a grande complexidade do trabalho na Atenção Básica e, misturando formulação teórica com exemplos práticos e casos clínicos, procura contribuir através do conceito de Clínica Ampliada e outros dispositivos (Projeto Terapêutico, referenciais da Medicina Complementar, Antiprotocolo, entre outros) para a efetivação de mudanças na prática clínica da Atenção Básica.*
- Merhy, E. E. & Onocko, R. (org.). *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- O livro reúne variada produção de um grupo de profissionais tendo como referência a atuação em diversos serviços de saúde. Reúne textos mais reflexivos com outros mais próximos às análises de experimentos vivenciados. Trabalho em equipe, Subjetividade e gestão saúde, a micro-*

política do trabalho, tecnologias em saúde, rede básica, serviços hospitalares, avaliação e educação em saúde são alguns dos focos de análise e discussão desta produção.

Referências bibliográficas

- Brasil. Constituição [da] República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Senado Federal, 1988.
- . Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 20 de setembro, pp. 18.055-9, 1990.
- Buss, P. M. Promoção da Saúde da Família. *Revista Brasileira da Saúde da Família*, ano 2, (6), 2002.
- Camargo Jr., K. R. & R. A. Mattos. Os sistemas de saúde e as organizações assistenciais. In: *Gesthos – curso de gestão hospitalar do Ministério da Saúde*, 2002
- Camargo Jr., K. R. *Biomedicina saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Campinas (Secretaria Municipal de Saúde). *Projeto Paidéia de Saúde da Família*. Campinas, mimeo, 2001.
- Campos, G. W. S. Crítica às noções que fundamentam o método de “programação em saúde”. In: G. W. S. Campos. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, pp. 55-88, 1991.
- . Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: L. C. O. Cecilio (org.). *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- . Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde. In: E. E. Merhy & R. Onocko (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial, pp. 229-66, 1997.
- . Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2), pp. 393-403, 1999.
- . *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Carvalho, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis — saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1), pp. 104-21, 1996.
- Carvalho, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Carvalho, S. R. & G. W. S. Campos. Modelos de atenção à saúde: a

- organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (2), pp. 507-15, abr.-jun., 2000.
- Cecílio, L. C. O.; E. E. Merhy & G. W. S. Campos. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Franco, T.; W. B. Silva & E. E. Merhy. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. O caso de Betim. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999.
- Malta, D. C.; L. M. Ferreira; A. T. Reis & E. E. Merhy. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: A. T. Reis (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.
- Mendes, E. V. (org.). *Distrito sanitário — o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- Merhy, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a Saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: L. C. O. Cecílio (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, pp. 113-60, 1994.
- *Agir em Saúde. do ruído do cotidiano a um outro sistema de gestão institucional*. Campinas, mimeo, 1995.
- O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: S. M. F. Teixeira (org.). *Democracia e saúde: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, pp. 125-42, 1997.
- A perda da dimensão cuidadora na produção da Saúde. In: C. R. Campos et al. (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, pp. 103-20, 1998.
- *Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo*. Livre-docência. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2000.
- Merhy, E. E.; L. C. Cecílio & F. R. C. Nogueira. Por um modelo técnico assistencial da política de Saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Saúde em Debate*, 33, pp. 83-9, 1991.
- Paim, J. S. A reorganização das práticas de saúde e distritos sanitários. In E. V. Mendes (org.). *Distrito sanitário — o processo social da mudança das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- Pinheiro, R. & R. A. Mattos (org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-Abrasco, 2001.

- Schraiber, L. B.; M. I. B. Nemes & R. B. M. Gonçalves (org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Secretaria Municipal de Betim. *Sugestões práticas para a implantação do Projeto Porta Aberta (PPA) nas UBS da SMS/Betim*. Mimeo, 3 pp.
- Silva Júnior, A. G. *Modelos técnicoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- Teixeira, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: *Caderno da XI Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS pp. 261-81, 2000.
- Teixeira, C. F.; J. Paim & A. Vilaboas. SUS: modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, vol. VII(2), pp. 7-28. Brasília: Cenepi/MS, 1999.
- Teixeira, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: R. Pinheiro & R. A. Mattos. *Construção da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003.
- Vaistman, I. Saúde, cultura e necessidades. In: S. Fleury (org.). *Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

OS AUTORES

AMÉLIA COHN

professora da Universidade de São Paulo

ANA MARIA FIGUEIREDO

doutoranda da Universidade Federal de São Paulo

ANTONIO LANCETTI

psicólogo, psicanalista e analista institucional.

AQUILAS MENDES

professor da Faculdade Armando Álvares Penteado, São Paulo

BRANI ROZEMBERG

professora da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro

CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS

professor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

DAMILA TRUFELLI

graduanda da Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo.

DÁRIO FREDERICO PASCHE

professor da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

ELEONOR CONILL

professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Escola Nacional de Saúde Pública

ELISEU ALVES WALDMAN

professor da Universidade de São Paulo

EVERARDO DUARTE NUNES

professor da Universidade Estadual de Campinas

GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

professor da Universidade Estadual de Campinas

GONZALO VEGINA NETO

professor da Universidade de São Paulo

GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

professor da Universidade Estadual de Campinas

HARALDO CESAR SALETTI FILHO

mestrando da Universidade de São Paulo

JAIRNILSON SILVA PAIM

professor da Universidade Federal da Bahia

JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES

professor da Universidade de São Paulo

JUAREZ PEREIRA FURTADO

professor da Universidade Federal de São Paulo

LAURA CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER

professora da Universidade Federal Fluminense

LIANE BEATRIZ RIGHI

professora da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE

professor da Universidade Federal do Ceará

MÁRCIA FARIA WESTPHAL

professora da Universidade de São Paulo

MARCO AKERMAN

professor da Faculdade de Medicina do ABC

MARCOS DRUMOND JÚNIOR

assessor técnico da Coordenação de Epidemiologia e Informação
da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

MARIA CECÍLIA DE SOUSA MINAYO

professora da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro

MARIA CRISTINA DA COSTA MARQUES

professora da Universidade de São Paulo

MARIA ZÉLIA ROUQUAYROL

professora da Universidade Federal do Ceará

PAULA RIBEIRO LOPES

graduanda Faculdade de Medicina do ABC

PAULO AMARANTE

professor da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro

RICARDO BURG CECCIM

professor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RITA BARRADAS BARATA,

professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de
São Paulo

ROSA MARIA MARQUES

professora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

SÉRGIO RESENDE CARVALHO

professor da Universidade Estadual de Campinas

YARA MARIA DE CARVALHO

professora da Universidade de São Paulo

COLLEÇÃO SAÚDE EM DEBATE

OUTROS TÍTULOS EM CATÁLOGO

Série "Didática" (direção de Emerson Elias Merhy)

Planejamento em Normas, Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy & Everardo Duarte Nunes

Programação em Saúde Hoje, Lilia Blima Schraiber (org.)

Inventando a Atenção em Saúde, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (org.)

Raízes e Planejamento: Reflexões Sobre Política, Estratégia e Liberdade, Edmundo Gallo (org.)

Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica, Lilia Blima Schraiber, Maria Inês Baptista Nernes & Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (orgs.)

Agos em Saúde: um Desafio para o Público, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)

Molduras Tecnossistêmicas em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva, Aluisio Gomes da Silva Junior

Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social, Nilson do Rosário Costa

Cabeças Sociais e Saúde para o Ensino Médico, Ana Maria Canesqui (org.)

SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento, Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Série "Samuel Pessoa" (direção de Fernando Motta de Azevedo Corrêa)

Malaria e seu Controle, Rita Barradas Barata

O Dengue no Espaço Habitado, Maria Rita de Camargo Donalizio

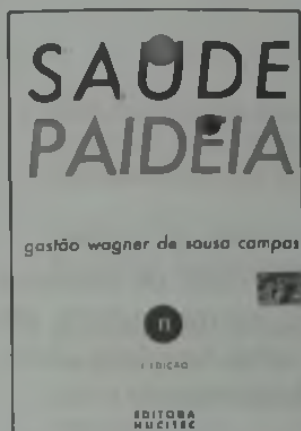
A Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo, Luiz Jacintho da Silva

Malaria em São Paulo. Epidemiologia e História, Marina Ruiz de Matos

do catálogo Hucitec

SAÚDE PAIDÉIA

de Gastão Wagner de Sousa Campos



Este livro é uma coletânea de textos escrita na e para a situação de gestão. Alguns textos são mais práticos e prescritivos e outros, mais analíticos. Todos contêm a marca do compromisso de fazer acontecer. São textos nascidos do encontro com a experiência e na experimentação.

EPIDEMIOLOGIA NOS MUNICÍPIOS: MUITO ALÉM DAS NORMAS

de Marcos Drumond Jr.

EPIDEMIOLOGIA NOS MUNICÍPIOS
muito além das normas



A epidemiologia nos serviços no Brasil durante os últimos anos tem-se isolado ao produzir diagnósticos genéricos e tentar controlar doenças de notificação compulsória. É preciso aproximar a epidemiologia e radicalizar sua articulação com as áreas da saúde pública e de outros setores da sociedade, produzindo uma epidemiologia do cotidiano e do atrevimento. Mas sem fetiches.

à venda nas livrarias ou na
EDITORA HUCITEC

Rua João Maura, 433 - 05412-001 São Paulo, SP
Fone/Fax: (11)3083-7419 e (11)3060-9273 (atendimento do Leitor)
lerereler@hucitec.com.br www.hucitec.com.br