

MODELOS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE:
O Debate no Campo da Saúde Coletiva

1996

Autor: Alúcio Gomes da Silva Junior

***Aos meus pais,
Aluísio e Maria Raphaela.***

***Às minhas filhas,
Louise e Giulia.***

***E a todos que ainda acreditam que podem
mudar o mundo...***

AGRADECIMENTOS

À Fundação Municipal de Saúde de Niterói, em especial, aos companheiros. Gilson Cantarino, Maria Celia Vasconcelos, Marilena Bittencout e Sylvio Torres, que na cooperação e divergência me fizeram crescer,

À equipe do extinto Distrito Sanitário Norte, em especial, aos amigos Armando C. Pires, Marcia Guimarães, Regina Flauzino, Denise Figueiredo e Audinei Loureiro, que mergulharam comigo naquele sonho,

Aos amigos do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF), em especial, Wilson Soares Camara, Hugo Tomassini, João José Marins, João Batista Esteves, Marco Porto, Gabriela Mosegui, Rosane Carvalho, Vera Rosenthal, Leonardo Carâp, Marcos Moreira, Gilson Saippa de Oliveira, Berenice Gonçalves, Lauro Damasceno, Residentes e Alunos, pois conseguimos transformar solidariedade em projeto acadêmico,

Ao Professor Eduardo N. Stotz, meu amigo e orientador “germânico”, exemplo de responsabilidade acadêmica, “parteiro” de minha maioria intelectual,

Aos professores Vitor V. Valla, Francisco Javier Uribe e Amelia Cohn, pelas contribuições e críticas,

Aos companheiros de luta, Jairnilson Paim, Carlos Homero Giacomini e Gastão Wagner S. Campos, por me deixarem compartilhar de suas ricas experiências,

À minha irmã e amiga Mônica pela “retaguarda afetiva”, em tantos momentos difíceis.

BIO-BIBLIOGRAFIA

ALUÍSIO GOMES DA SILVA JUNIOR nasceu no Rio de Janeiro e se formou em medicina pela Universidade Federal Fluminense em 1981. Fez residência em Medicina Preventiva e Social (UFF, 1982-83) e Especialização em Administração de Serviços de Saúde (UFF, 1983). É professor de Saúde Coletiva da UFF desde 1983.

Destacou-se na Extensão Universitária com o desenvolvimento de projetos de articulação com os Serviços de Saúde e os Movimentos Sociais de Niterói e de outros municípios do Estado do Rio de Janeiro. Apresentou mais de uma centena de trabalhos sobre essas experiências de Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária nos mais importantes Congressos Nacionais de Saúde Coletiva e Ensino em Saúde.

Participante do “Movimento Sanitário de Niterói”, ocupou vários cargos administrativos na UFF e na Secretaria Municipal de Saúde.

Destaca-se a direção do Distrito Sanitário Norte transformado em Distrito Docente-assistencial com experiências disseminadas por toda rede municipal de saúde. Seus artigos sobre Distritos Sanitários e experiência de articulação Universidade-Sociedade-Serviços foram publicados na Revista do CEBES.

Fez Doutorado em Saúde Pública na ENSP-FIOCRUZ defendendo sua tese “Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva”, em 1996.

Atualmente é chefe do Departamento de Planejamento e Gerência em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade-UFF.

Este livro é uma adaptação de sua Tese de Doutorado.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a formulação de Modelos Tecnoassistenciais em Saúde no âmbito do campo científico denominado de “Saúde Coletivo” no Brasil. O período de tempo escolhido é aquele marcado pelas diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, o processo de construção do Sistema Único de Saúde e da municipalização do setor.

Foram selecionadas três propostas, como exemplos do campo: SILOS-Bahia, “Saudicidade” – Curitiba e “Em Defesa da Vida” – LAPA/UNICAMP.

Recuperou-se, através de entrevistas com autores e bibliografia produzida, os aspectos de suas fundamentações teóricas, as estratégias de implantação como política e os resultados alcançados.

Comparou-se estas propostas com o Modelo Hegemônico de prestação de serviços de saúde, no Brasil, o de Medicina Científica de base hospitalar, o da clássica Saúde Pública e outras propostas conservadoras.

Utilizando a abordagem metodológica de Bourdieu (1976), na concepção de Campo Científico e a análise de discursos na sistematização de fontes orais e escritas, foram sistematizadas e analisadas as diversas propostas tendo como eixo o conceito de Modelos Tecnoassistenciais proposto por Emerson E. Mehry (1991) e Gastão W.S. Campos (1992).

Buscou-se aprofundar a discussão em torno das dimensões de análise: Concepção de Saúde e Doença, Regionalização, Hierarquização, Integralidade e Intersetorialidade.

Debate-se os avanços obtidos pelas propostas de Saúde Coletiva em relação ao Modelo Hegemônico e as propostas conservadoras. São questionadas também os rumos atuais na construção do Sistema Único de Saúde em seus aspectos políticos e na materialização de novos modelos de assistência à saúde.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	
APRESENTAÇÃO	08
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I: O Modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde e suas reformas	32
I.1- Antecedentes Históricos	32
I.2- A Gênese do Modelo hegemônico: a Medicina Científica	35
I.3- A Estruturação de Medicina Científica	36
I.4- A Crise da Medicina Científica	39
I.5- As Teorias de Explicação da Crise	41
CAPÍTULO II: Modelos Alternativos	44
II.1.1- A Medicina Comunitária	44
II.1.2- As Origens de Medicina Comunitária	44
II.1.3- A Medicina Comunitária e sua Estruturação	48
II.1.4- A Crítica à Medicina Comunitária	51
II.2- Os Sistemas Locais de Saúde	53
II.3- As Cidades Saudáveis	55
II.4- As Propostas Conservadoras de Mudança do Modelo Hegemônico	56
II.5- Os Modelos de Assistência no Brasil	60
CAPÍTULO III: As Propostas de Saúde Coletiva	62
III.1- A Proposta Baiana de SILOS	62
III.2- A Proposta de Curitiba - “Saudicidade”	82
III.3- A Proposta LAPA-UNICAMP - “Em Defesa da Vida”	93
CAPÍTULO IV - A Saúde Coletiva e o Modelo Hegemônico: uma discussão	105
CONCLUSÕES	122
BIBLIOGRAFIA	128

PREFÁCIO

O livro que tomas em tuas mãos, leitor, é uma versão da tese de doutoramento de Aluísio Gomes da Silva Junior, defendida e aprovada, em 1996, na Escola Nacional de Saúde Pública. Antes do presente formato, circulou entre estudantes no Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina ocorrido em Aracaju no mesmo ano e já foi citada no primeiro número da revista *Ciência & Saúde Coletiva* da ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. O seu percurso é, portanto, significativo de uma referência doravante obrigatória na área em que atua o autor, médico-sanitarista, professor universitário e planejador em saúde.

Esta é uma obra sobre uma das veredas que trilhamos, em âmbito nacional, para viabilizar um sistema de saúde pública, universal, gratuito e com serviços de qualidade. O ponto de partida da reflexão é a crise do modelo hegemônico de prestação de serviços, a Medicina Científica, cujas raízes procura identificar e compreender. Do investimento teórico realizado extrai o autor a idéia de uma matriz que engloba, por referência às reformas de Flexner nos EUA e de Dawson, na Inglaterra, a conjunção da medicina preventiva e curativa. A crise desse modelo nos anos 70 no contexto mais amplo da ofensiva neoliberal contra o Estado de Bem Estar Social, a partir do fim da década, é analisada particularmente em seus desdobramentos, isto é, as tentativas de reforma como a Medicina Comunitária e a proposta SILOS, por um lado, e a radical inflexão economicista nos anos 80, sob influência do Banco Mundial, por outro. A assistência à saúde passa a adquirir, então, um sentido fundamentalmente médico-curativo, cuja provisão deve ser paga por quem a recebe.

Mas a crise estimulou também a gênese de um campo científico e político novo – o da Saúde Coletiva. O autor fala “do interior” desse campo, apresentando e comparando três propostas, a saber, a SILOS-Bahia, a “Saudicidade” de Curitiba e a “Em defesa da vida” do LAPA-UNICAMP.

As considerações sobre a maior abrangência e resolutividade das propostas da Saúde Coletiva inventariadas nessa obra não estão isentas de inquietações e dúvidas que talvez partilhemos juntos, caro leitor. Questões como a medicalização e o “controlismo sanitário” que perpassam os modelos assistenciais alternativos, bem como o problema da estratégia política capaz de unificá-los sob um projeto de governabilidade são abordados. Tampouco se deixa

de tratar de temas conjunturais, como o Programa Nacional de Saúde da Família, quando o autor alerta para o risco de sua interpretação sob o prisma das simplificações e racionalizações típicas do receituário do Banco Mundial.

Por último mas não menos importante, o livro beneficia-se da aceitação de um valor de caráter universal: no debate em torno do enfrentamento da crise dos sistemas públicos de saúde. A **solidariedade** emerge como um princípio social que subordina a avaliação de custos e benefícios. Para o autor e todos nós, na saúde e demais áreas sociais a solidariedade é (deve ser) o princípio ordenador da vontade política que confere ao atendimento das necessidades sociais das pessoas, o caráter e a dimensão inegáveis de direito de cidadania.

Eduardo Navarro Stotz

Doutor em Saúde Pública, Professor da ENSP/FIOCRUZ

APRESENTAÇÃO

Em 1976, entrei na Faculdade de Medicina da UFF. Aos 18 anos, cheio de sonhos e projetos, queria ser médico anestesista! O contato com uma professora de Serviço Social (Eva Mila Miranda Sá), que substituíra um professor de Saúde Pública (Hugo Tomassini), me levou a conhecer o mundo da Saúde Pública, da Saúde Comunitária, das Comunidades Periféricas, e dos Projetos de Extensão da Universidade. Como num redemoinho, fui tragado, apaixonadamente, por esse mundo!

Contra muitas resistências e preconceitos, de colegas e familiares, que viam na Saúde Pública um trajeto de simplicidade e pobreza, fui entrando neste mundo de idéias, debates “acalorados” e política.

O desejo de ser “um técnico competente” me levou a procurar a orientação e a prática dos professores da Universidade e dos Serviços de Saúde de Niterói. O estímulo de professores como Maria Edna Silva, Alberto Gomes de Luz, Hugo Tomassini e Evaldo de Oliveira e tantos profissionais que conheci nas Unidades de Saúde que freqüentei, marcaram profundamente meu rumo profissional.

No movimento estudantil passei, junto com outros colegas a lutar por uma maior aproximação da Universidade com aqueles Serviços de Saúde e com as comunidades organizadas. Julgava que Democracia e uma Sociedade mais justa passavam também, por um maior compromisso da Universidade com os Movimentos Sociais. Desenvolvendo projetos de Extensão Universitária, buscamos materializar essa estratégia e aglutinar aqueles docentes, discentes, profissionais e cidadãos que viam neste caminho uma forma de redefinir relações sociais, democratizando-as e reconstruindo as instituições de saúde.

Procurei associar minha formação profissional à reflexão dos problemas vividos pela população e ao pensar das alternativas de solução destes problemas.

Ocupei vários cargos administrativos na Universidade Federal Fluminense e depois, em decorrência de minha participação no “Movimento Sanitário de Niterói”, na Secretaria Municipal de Saúde.

Ao lidar com projetos, desejos, interesses e demandas de vários segmentos da população, da administração e do corpo de trabalhadores daquelas instituições, tive muitas indagações que resolvi levar para o Doutorado da ENSP. Inicialmente, pensava em refletir sobre a articulação Universidade, Movimentos

Sociais e Instituições, tema sobre o qual eu já acumulava conhecimentos.

Mas, meu cotidiano de Diretor de Distrito Sanitário me levou dar prioridade a questões que me afligiam na construção do SUS em Niterói. Pretendia contribuir com uma reflexão no campo da Organização do Serviços e no papel que esses serviços teriam na reconstrução democrática da Sociedade Brasileira e na defesa a Vida como um Direito de Cidadania.

O campo da Saúde Coletiva vem me oferecendo horizontes em teorias, métodos e esperanças; reler seus conhecimentos acumulados e observar novas propostas que surgiam, passou a ser meu interesse de reflexão e produção intelectual.

Refletir sobre as bases e rumos da construção de um Nova Política de Saúde, estruturada no ideário da Reforma Sanitária Brasileira e sua materialização no Sistema Único de Saúde é o que tento concretizar neste livro.

Lembro de Ferreira Gullar em “Traduzir-se”.

*Uma parte de mim
é todo mundo;
outra parte é ninguém:
fundo sem fundo.*

*Uma parte de mim
é multidão;
outra parte estranheza
e solidão.*

*Uma parte de mim
pesa, pondera;
outra parte
delira.*

*Uma parte de mim
almoça e janta;
outra parte
se espanta.*

*Uma parte de mim
é permanente;
outra parte
se sabe de repente.*

*Uma parte de mim
é só vertigem;
outra parte,
linguagem.*

*Traduzir uma parte
na outra parte
-que é uma questão
de vida ou morte -
será arte?*

INTRODUÇÃO

A temática da organização dos serviços de saúde, e as práticas de atendimento à população se revestem, no Brasil, de uma importância estratégica. A luta pela Reforma Sanitária sai de sua dimensão jurídica passando ao esforço de construção de novos modelos de atenção à saúde e reorientação de práticas, visando maior impacto sanitário e legitimação pela sociedade.

Entendemos que a concepção de medicina determina um modo de organizar serviços e de prestar assistência, e que um substrato filosófico determina os saberes e as práticas da medicina. A análise da estruturação dos Modelos de Assistência de Saúde no Brasil, com base nestas concepções, permite contribuir para crítica destes modelos e a formulação de novas concepções capazes de superar as limitações anteriores.

Tomamos como referência teórica os estudos de extração marxista que apontam a necessidade de se estabelecer uma relação entre as práticas e saberes da medicina, e as instâncias da totalidade social, ou sejam:

- a) uma estrutura econômica, composta de forças produtivas e relações de produção;
- b) uma superestrutura, compreendendo instâncias jurídico-políticas e ideológicas.

Diferentes explicações sobre as relações sociais e abordagens metodológicas nascem da ênfase maior no desenvolvimento das forças produtivas, ou na articulação da medicina com as relações de produção. E estabelecem diálogo com outras explicações e abordagens, não consideradas marxistas, capazes de ampliar a explicação dos fenômenos deste campo.

Polack (1971) sustenta que a determinação da medicina pela totalidade social interfere na formulação de seu discurso e de sua prática, segundo a instância da totalidade, vista anteriormente, predominante em cada momento.

Garcia (1989-a) observa que esta articulação com a economia confere à medicina um espaço de autonomia relativa onde outros fatores (externos à economia) atuam, como as disputas políticas em torno das desigualdades sociais e o desenvolvimento de políticas de atenuação das tensões geradas por essas desigualdades.

A economia transforma a linguagem médica, atribuindo um preço à vida e um custo à sua manutenção, proporcionais à importância dos indivíduos no

conjunto da sociedade. A capacidade de trabalhar passa a dar normatividade na definição de doenças. Enfatiza-se a influência da estrutura social na produção e na distribuição das doenças; na estrutura interna da produção de serviços médicos e na formação do pessoal da saúde.

Segundo Navarro (1986), a medicina se articula à reprodução da ideologia do capitalismo (liberalismo e individualismo) de duas formas. Na primeira, ao considerar a doença um desequilíbrio entre os componentes de um corpo, corpo esse, por sua vez, comparado a uma máquina.

A outra forma de reproduzir a ideologia capitalista é atribuir a causa das enfermidades aos fatores individuais.

“Numa época em que a maior parte das enfermidades estava determinada socialmente devido às condições existentes no capitalismo nascente (como relatou Engels em “The condition of the working class in England”) uma ideologia que encarava o “defeito” constituído pela enfermidade como originário do indivíduo e que dava ênfase a uma resposta terapêutica individual, é óbvio que absolveria o meio ambiente econômico e político da responsabilidade na gênese da enfermidade e canalizaria a resposta potencial e a rebelião contra este ambiente para nível individual, que era menos ameaçador” (p. 125 e 126)

A medicina participa da reprodução da alienação das sociedades capitalistas, pois, na prática médica se estabelece uma divisão do trabalho. Supõe-se que os cidadãos são os receptores do cuidado, enquanto os especialistas que proporcionam e administram a terapêutica, de modo semelhante ao que ocorre no sistema político como um todo. O cidadão é expropriado do controle sobre sua natureza, e da definição de saúde. No entanto, atribui-se aos médicos a resolução de problemas que, por sua natureza econômica e política, se situam acima de suas possibilidades de atuação. Assim o sistema de atendimento médico fracassa na sua tarefa de conservar a saúde.

Para Navarro, porém, a maior eficácia da medicina está no terreno da legitimação do capitalismo.

“A medicina é socialmente útil na medida em que a maioria das pessoas acredita e aceita a proposição que uma situação causada na realidade por fatores políticos pode ser resolvida individualmente pela intervenção do médico” (p.128)

Foucault (1974:6), considera como fator relevante da crise da medicina e dos serviços de saúde o modelo de desenvolvimento destes, a partir do século

XVIII. Destaca **“a distorção entre a cientificidade da medicina e a positividade de seus efeitos, ou entre cientificidade e eficácia da medicina”**. Refere-se a evolução dos chamados resultados negativos, devidos ao desconhecimento médico sobre determinadas doenças, para os riscos e “efeitos adversos” decorrentes do próprio conhecimento médico e sua forma de produzir ciência. Exemplifica com o papel dos hospitais, até o século XVIII considerados como claustros para morrer e, a partir dos progressos técnicos como a assepsia, a anestesia e a bacteriologia transformados em centros de intervenções sobre os doentes (salvando alguns, mesmo com o custo de muitas mortes na experimentação de suas técnicas e terapêuticas). Com a evolução dessas técnicas, a capacidade de intervenção sobre os indivíduos doentes cresceu na direção das coletividades e suas gerações, levando o potencial iatrogênico da medicina para além dos indivíduos que procuravam a assistência médica.

Foucault também destaca o **“fenômeno da medicalização indefinida”**; a medicina e os serviços de saúde passariam a atuar como instituições normativas da sociedade, a intervir não apenas sobre os doentes e as doenças, mas também sobre questões comportamentais e do crescimento urbano e industrial. Ressalta o papel da medicina na economia, no controle de epidemias e na reprodução física da força de trabalho a partir do século XVIII, e, nas últimas décadas, para produção de riquezas, tomando-se a **“saúde como objeto de desejo para uns e de lucro para outros”** (p.18).

Foucault refere-se ao consumo da saúde no mercado de bens adquiríveis e à constituição da “indústria da saúde” pelas empresas farmacêuticas e de equipamentos. Entretanto, questiona a influência deste “mercado” em conseguir melhoras substantivas no nível de vida das populações. Utilizando autores como Auster e Levinson (1964) ele aponta a desproporção entre aumento do consumo de serviços médicos e descenso da mortalidade. E, ao comparar o efeito dos serviços de saúde com de outros fatores como renda, alimentação e a educação, conclui pela baixa eficácia, relativa, dos serviços de saúde.

Essas críticas ao desenvolvimento da medicina e dos serviços de saúde vieram a estimular a gênese de estudos nas áreas de Medicina Social, Planejamento em Saúde, Teoria Crítica da Saúde, Epidemiologia Social e outros, na América Latina, na década de 70.

Costa (1992) aponta um desenvolvimento desigual dos debates na América Latina. Refere-se à produção no Equador (Breilh, 1987), no México e Venezuela

(Castelhanos, 1985 e Bay, 1985), na Argentina (Bloch, 1986) e no Brasil (Nunes, 1985) como exemplares deste campo.

Para Costa, a experiência brasileira parece ser a única que apontou o caminho de constituição de um campo científico - A Saúde Coletiva - que articula áreas isoladas em outros países, com três dimensões, desiguais: a) campo de produção de conhecimentos; b) esforço de formulação de política pública; c) expressão de organização corporativa de um segmento profissional - os sanitaristas.

Várias propostas alternativas de modelos assistenciais emergiram do campo da Saúde Coletiva. Este estudo pretende retomá-las e analisá-las, procurando identificar as principais correntes que conformam o campo científico, no que tange à formulação dos Modelos Tecnoassistenciais. Procuramos evidenciar convergências, divergência e lacunas e; também, compará-las com a proposta hegemônica e suas reformas.

A SAÚDE COLETIVA

A conformação do campo da Saúde Coletiva no Brasil, segundo Donnangelo e Campos (1981), é definida

“...no esforço de superação do projeto da Medicina Preventiva em sua imediata subordinação ao objeto da clínica. Em conseqüência, numa reorientação possível do coletivo, não mais reduzido necessariamente ao conjunto de influências sociais que incidem sobre o indivíduo. O deslocamento da ênfase posta na questão saúde/doença para a questão da prática de saúde sob distintas perspectivas (da administração de serviços à análise das práticas sanitárias em suas articulações políticas e ideológicas)”.

O campo da Saúde Coletiva desenvolve-se em duas áreas: a Teórica e a Política. No Campo Teórico, segundo Fleury Teixeira (1985), as linhas mestras de investigação se organizaram a partir das seguintes questões:

a) Estado, políticas sociais, acumulação e legitimidade - são citados os exemplos: Santos (1979), Abranches (1982), Malloy (1976), Cohn (1980) e Oliveira & Teixeira (1985).

b) As Instituições de Saúde e a organização social de prática médica - são exemplos: Luz (1979) e (1982), Gentile de Mello (1977) e (1981), Braga e Paula (1981), Guimarães (1978);

c) Capitalismo, processo de trabalho e reprodução da força de trabalho - são exemplos: Possas (1981) e Kowarick (1981);

d) Da medicina comunitária aos movimentos sociais urbanos - são exemplos: Arouca (1975), Donnangelo & Pereira (1976), Stralen (1982) e Moisés (1982).

No Campo Político, através do chamado “Movimento Sanitário” (Escorel, 1987), articulou-se uma proposta de democratização da sociedade tendo como estratégia a Reforma Sanitária (Arouca, 1988). O marco desta estratégia foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), onde foram lançadas as bases para a formulação e construção de uma nova política de saúde, a saber :

- a) a utilização de conceito ampliado de saúde;
- b) o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, cabendo ao Estado sua promoção;
- c) a necessidade de controle, pela sociedade, das políticas sociais;
- d) a constituição e ampliação do orçamento social.

Paim (1993), considera que a Reforma Sanitária, assim concebida, possibilitaria intervenções específicas no âmbito do Sistema de Saúde (setorial) e exigiria medidas mais amplas de ordem política, econômica e sócio-cultural (extra-setorial).

Três caminhos foram buscados para tornar viável a Reforma Sanitária: o primeiro (legislativo-parlamentar), possibilitou a elaboração e a promulgação das bases jurídicas necessárias (a Constituição Brasileira de 1988, a Lei Orgânica de Saúde - 8080 de 1990, Leis Orgânicas Estaduais e Municipais).

O segundo caminho (sócio-político), procurou envolver a sociedade civil e suas organizações com as questões da saúde, com a necessidade de reorientação dos serviços e com o controle destas políticas, através de órgãos colegiados; a lei 8142, de 1990, tenta garantir esse processo.

O terceiro caminho (institucional), concentrou-se na organização, na implantação e no desenvolvimento de um Novo Sistema de Saúde, mais identificado com os ideais de universalidade, equidade, integralidade na atenção da saúde, e sob comando único. O SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - foi considerado “estratégia-ponte” para a construção do Sistema Único de Saúde - SUS. No período de 1987 a 1990, este processo enfrentou sérios obstáculos, como o agravamento da crise econômica e a turbulência política provocada pela elaboração da Constituição e pelas eleições municipais (1986),

presidenciais (1989) e estaduais (1990). O ápice da crise, em nosso entender, se deu no período entre 1991 e 1992, com o tumultuado processo de municipalização da saúde e os severos cortes orçamentários no setor social.

No âmbito da Saúde Coletiva, também ocorreram dissensos, entre os grupos que integravam o “Movimento Sanitário”, no que se refere às estratégias de desenvolvimento da Reforma Sanitária; o debate entre Fleury e Campos (1988) é um exemplo destes dissensos¹. Uma das questões que gerou polêmicas é a formulação e implementação de modelos de assistência à saúde em consonância com o ideário da Reforma Sanitária.

Por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Souza (1987), Mendes (1987), Santos (1987) e Possas (1987) defenderam a importância de se reorientar os modelos assistenciais, indo ao encontro do atendimento universal, de forma integral e eficiente socialmente.

Surgiram diversas propostas de organização de serviços de saúde, inspirados na discussão internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde. Essas propostas ganharam forma institucional nos documentos do MPAS-INAMPS (1987 e 1988), de Chorny (1987) e do MS/SESUS (1990). Algumas experiências relatadas por Almeida (1989) mostraram serem viáveis essas propostas.

O processo de municipalização da saúde, a partir de 1990, deu o impulso necessário para se reacender os debates; Mendes (1991), Misoczky (1991), Mehry et al (1991), Campos (1991) e Teixeira (1992), entre outros, criticaram as formas de reorganização da assistência à saúde implementadas em alguns municípios, reproduzindo as velhas estruturas inampsianas, e propuseram novas alternativas.

Paim (1992) indicava a necessidade de se superar os modelos de prestação de serviços de saúde, tornando-os compatíveis com os propósitos de universalidade, acessibilidade, equidade, integralidade e impacto epidemiológico.

Campos (1992) alertava que :

“...A separação, artificialmente idealizada, entre as reformas da estrutura administrativa e do desenho organizacional por um lado, e as do modo concreto de produzir atenção médico-sanitária por outro, tem conduzido inúmeros esforços mudancistas a impasses, a alcançarem pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços”

¹Revistas Saúde em Debate, nº 20,21 e 22 e no livro “Reforma Sanitária”: Brasil e Itália - Berlinguer et al, São Paulo, Hucitec, 1988.

(1992, p.145).

Teixeira (1992) constatava que:

“...Não ocorreu, pelo menos com a intensidade necessária, um processo de acumulação e expansão de experiências de reorganização das práticas sanitárias que incorporasse avanços conceituais, metodológicos e operativos tendo como base fundamental a heterogeneidade de situações sócio-epidemiológica e sanitária da população brasileira sem perder de vista a unicidade na condução da política de saúde...”
(p.146)

“...Não se tem, durante os anos 80, nem agora (1992) uma clara concepção acerca dos modelos assistenciais e organizacionais de prestação de serviço de saúde no SUS” (p.146).

Soma-se a isso o questionamento da eficácia dos serviços de saúde frente às mudanças provocadas pelo fenômeno da urbanização e o desenvolvimento econômico nos padrões de morbidade e mortalidade da população (Laurenti,1990).

No Brasil, onde as desigualdades sociais são exacerbadas e o processo de urbanização é caótico, a transição epidemiológica é paradoxal; crescem os índices de doenças crônicas degenerativas, sua incidência é maior na população economicamente menos privilegiada, ceifando vidas em idades não muito avançadas, como o assinala Prata (1992).

As causas externas explodem, em conseqüência do trânsito caótico e da violência urbana. Por sua vez, as causas infecciosas vem recrudescendo inclusive com o aparecimento de novas e complexas doenças, como a SIDA as causadas pelos chamados “germes emergentes”.

O reaparecimento de doenças “pestilenciais” do início do século, como dengue e cólera, se dá no contexto desumano em que vive a população nas periferias das cidades de grande dimensão, onde as “medidas profiláticas” se revelam “ineficazes”.

No processo de formulação das propostas de reorientação de serviços, as contribuições de Donnangelo (1975), quanto à organização social da prática da medicina; de Gonçalves (1986), sobre o processo de trabalho em saúde; e de Schraiber e outros (1990), na discussão da programação em saúde, conformavam uma base de reflexão. Vários grupos se formaram na tentativa de teorizar e propor novos modelos de atenção à saúde. Destacamos os grupos do município

de Santos e Bauru-SP, do NESCO-PR, do NESCON-MG, dos Departamentos de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, da USP, da UFBA, da UNICAMP, FUNDAP, do Projeto Niterói-RJ e outros.

Selecionamos propostas que têm as seguintes características:

a) Foram desenvolvidas em área metropolitana, onde observar-se a grande variedade de situações de saúde dos vários estratos da população brasileira e a complexidade das soluções cabíveis;

b) Foram desenvolvidas em diferentes regiões do Brasil, com diferentes contextos político-administrativo, representando, a grosso modo, as variedades encontradas nas composições políticas em disputa ao nível local, regional e nacional;

c) Foram conduzidas por grupos pertencentes ao “Movimento Sanitário” e compartilham as mesmas bases teóricas constituintes do Campo da Saúde Coletiva;

d) Apresentaram-se como alternativas ao modelo hegemônico, foram implantadas, verificadas como viáveis, manifestando a oposição a este modelo. São consideradas como formas de materializar o S.U.S em sua essência.

Devido ao volume de trabalhos escritos divulgados e disponíveis, a repercussão no nível nacional em termos de divulgação e as oportunidades de contato do autor com os membros das equipes de implantação, selecionamos três experiências:

a) a Proposta de SILOS-baiana;

b) a Proposta de “Saudicidade” de Curitiba-PR;

c) a Proposta “Em Defesa da Vida” do LAPA/UNICAMP.

A proposta baiana, foi desenvolvida no Estado da Bahia, em especial no município de Salvador, numa conjuntura político-administrativa de uma frente de oposição encabeçada pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro - PMDB. Foi coordenada por um grupo de professores de Medicina Preventiva da UFBA, militantes históricos do “Movimento Sanitário” e teve seus resultados divulgados nacionalmente, servindo de modelo para outras experiências.

A proposta de “Saudicidade”, desenvolvida em Curitiba-PR, por militantes históricos do “Movimento Sanitário”, numa conjuntura político-administrativa de uma coligação de centro-esquerda encabeçada pelo Partido Democrático Trabalhista - PDT. Seus resultados foram divulgados nacionalmente e projetaram a liderança do Dr. Armando Raggio na presidência do CONASEMS - Conselho

Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

A proposta “Em Defesa da Vida”, foi desenvolvida em Campinas-SP, numa administração do Partido dos Trabalhadores - PT, seus artífices são professores de Medicina Preventiva da UNICAMP, também militantes históricos do “Movimento Sanitário”. Suas proposições e resultados, divulgados em vários livros e artigos, serviram de referência a inúmeras experiências petistas e formam junto com o grupo de Santos e outros, o núcleo de pensamento sanitário do partido.

As três propostas representam as principais vertentes da Saúde Coletiva e suas formulações podem ser reproduzidas em outros municípios brasileiros.

Partimos do **pressuposto geral** de ser possível a formulação de Modelos Tecnoassistenciais em saúde, mais adequados à realidade brasileira, a partir da releitura crítica das propostas de Saúde Coletiva. Os elementos que estruturam essas propostas oferecem alternativas mais abrangentes à problemática sanitária brasileira que o modelo hegemônico e suas reformas. A forma com que se estruturou o campo da Saúde Coletiva, como campo político, propiciou, no entanto, divisões, enfraquecendo-se, assim, sua capacidade de enfrentar a proposta hegemônica.

A conformação de um campo científico se dá no confronto de formulações teóricas e nas estratégias assumidas por seus defensores para implantá-las, como políticas. Para analisar os discursos das várias tendências e as dificuldades no estabelecimento de consensos, cabe uma análise dos componentes científicos e políticos envolvidos. Nesta tarefa, a **abordagem metodológica** de Bourdieu (1976) nos pareceu apropriada; Bourdieu desenvolveu seus conceitos em diálogo com as proposições de Thomas S. Kuhn.

Para Kuhn, a comunidade científica é a produtora e legitimadora do conhecimento científico; essa concepção está intimamente vinculada ao conceito de paradigma, ponto central de seu trabalho.

Paradigmas são realizações científicas universalmente reconhecidas que, por um período de tempo, fornecem soluções modelares para uma comunidade científica. Caracteriza-se por atrair um grupo duradouro de partidários, afastando-os de outras formas de atividades científicas, e por possibilitar abertura de outros problemas, a serem resolvidos pelo grupo, redefinido, de praticantes das ciências (Kuhn, 1978:30).

A definição de paradigma é circular pois se relaciona à adesão, ou não, de grupos de praticantes de atividades científicas, como ressalta Kuhn: “**paradigma**

é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que partilham um paradigma (1978:220)”.

A comunidade científica kuhniana detém o monopólio da prática científica estabelecida, não restando, fora dela, opção àqueles que desejam se tornar cientistas. A comunidade é estável e compõe-se de cientistas que compartilham a capacidade de resolver problemas surgidos na atividade científica, dando continuidade a uma tradição de pesquisa e reproduzindo-se através da transformação do paradigma no treinamento, na socialização e no controle de seus membros.

Kuhn ressalta o isolamento da sociedade como uma das características fundamentais da comunidade científica, necessária para o progresso das ciências.

Porém, em determinadas épocas da história, a comunidade não encontra soluções para determinados problemas, amparados pelos paradigmas existentes, e se obriga a encontrar respostas não tradicionais

A busca dessas novas respostas gera uma crise na estabilidade paradigmática, desencadeando-se um processo de competição na comunidade.

A estabilidade é restabelecida com a introdução do novo paradigma, que, quanto mais eficiente para resolver a nova problemática, mais será reconhecido pela comunidade, que abandona o antigo; a este momento Kuhn chama de Revolução Científica.

Bourdieu introduziu a noção de Campo Científico, em oposição ao conceito de Comunidade Científica de Kuhn, por considerar que tal conceito esconde, mais que elucida, a dinâmica das práticas científicas na Sociedade Moderna .

Para Bourdieu a produção de conhecimentos passa pela concepção de que esta produção é um caso especial de produção e distribuição de mercadorias. Ou seja, fazendo analogia do Campo Científico com o Mercado Capitalista, ele o propõe como mais um mercado particular da ordem econômica capitalista. E define o Campo Científico:

“enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em batalhas anteriores), o campo científico é o locus de uma competição no qual está em jogo especificamente o monopólio da autoridade científica , definida , de modo inseparável, como a capacidade técnica e o poder social, ou, de outra maneira, o monopólio de competência científica, no sentido

de capacidades - conhecida socialmente - de um agente falar e agir legitimamente em assuntos científicos” (Bourdieu, 1976).

A compreensão da sociedade como mercado não constitui uma contribuição original de Bourdieu à Sociologia. A novidade é a referência a um mercado de bens simbólicos tão rico em relações quanto o de bens materiais, como o salienta Sampaio (1993).

Para Bourdieu, são fundamentais o reconhecimento e a análise do processo de autonomização do sistema de relações de produção, circulação e consumos de bens simbólicos. Ele tenta, com isso, ampliar as análises marxistas clássicas, a partir do binômio estrutura e superestrutura, estabelecendo um viés capaz de dar conta da multiplicidade de determinações a configurar e especificar as relações sociais (Sampaio, 1993).

Este mercado simbólico tem seu capital específico, sua forma de acumulação, objetos de disputas e “lucros” diferenciados, dando identidades aos diversos campos componentes da sociedade.

Bourdieu estrutura o campo de maneira bipolar, a partir da oposição entre dominados e dominantes.

As estratégias são dadas pelas diferentes posições e capitais específicos, que tentam manter seu capital acumulado através da “ortodoxia”. Por outro lado os dominados tentam “capitalizar-se” no descrédito dos dominantes, através de “práticas heterodoxas”.

Ortiz (1994) destaca que:

“o campo se particulariza, pois, como um espaço onde se manifestam relações de poder, o que implica afirmar que ele se estrutura a partir da distribuição desigual de um quantum social que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio” (p.21).

Observam-se três possibilidades estratégicas para esses agentes:

- a) a estratégia de conservação, por parte dos dominantes;
- b) a estratégia de sucessão - a ascensão “por dentro” do campo; em que os agentes buscariam ascender e acumular créditos nos limites autorizados do campo, tendo assim uma carreira previsível e os lucros prometidos, sucedendo, com o tempo, àqueles que estão na hierarquia superior; e
- c) a estratégia de subversão, “ascensão por fora”, em que os pretendentes

se recusam a aceitar o ciclo de troca de reconhecimento com os detentores da autoridade científica. Neste caso, a acumulação primitiva se fará mediante uma ruptura, uma revolução, tendo como conseqüência a obtenção de todo o crédito, sem nenhuma contrapartida para os até então dominantes (Hochman, 1994).

Nisto Bourdieu diverge de Kuhn introduzindo a noção de revolução permanente, ruptura contínua, em contraposição a noção de revolução científica e ciência normal (Kuhn, 1978:34).

Os limites da abordagem de Bourdieu são apontados por Knorr-Cetina (apud Hochman, 1994) que considera perderem as analogias com o mercado econômico a capacidade de perceber especificidades, pois ignoram características importantes, como a exploração (extração de mais valia) e estrutura de classes, e por darem pouca ênfase à determinação de estratégias e posições de agentes.

Canclini, citado por Sampaio (1993), chama atenção para a limitação na análise das lutas internas a cada campo, que perdem a capacidade de observar a relação entre os campos e a história.

A estrutura bipolar dos conflitos simplifica a análise, deixando de fora as manifestações de diferenças e pluralidade subsumindo-se à relação de poder. Superamos essas limitações no procedimento de análise.

As formulações do Campo da Saúde Coletiva e a luta interna entre seus segmentos são evidenciáveis pela **metodologia de análise de discurso**.

A análise de discurso permite realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão do significado de textos produzidos em diferentes campos teóricos. E visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido, como o ressalta Minayo (1992).

Pêcheux (1988), fundador desta proposta, articula três regiões do conhecimento, o Materialismo Histórico, a lingüística e a teoria de discurso. E resume os princípios básicos deste método em dois:

- “1) O sentido de uma palavra, de uma expressão onde uma proposição não existe em si mesmo, mas expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, as expressões e proposições são produzidas;***
- 2) Toda formação discursiva dissimula (pela transparência do sentido que se constitui) sua dependência das formações ideológicas”*** (citado em Minayo, 1992)

Utilizamos como fontes escritas a bibliografia específica produzida entre 1986 e 1995, buscando também as referências anteriores que as motivaram. Concentramos nossa análise nas correntes destacadas.

Utilizamos também entrevistas com atores institucionais encarregados do processo de implementação destas propostas. A análise dessas entrevistas, apesar de autoreferidas, portanto não sujeita à crítica de oposições, forneceu elementos para reconstituição das estratégias políticas assumidas. Esse procedimento favoreceu uma melhor evidenciação das diferenças existentes nas propostas estudadas e a superação dos limites encontrados na abordagem de Bourdieu.

Tomamos como **eixo de nossa análise** a formulação de Modelos Tecnoassistenciais, segundo Gastão W.S. Campos e Emerson E. Mehry.

“... Ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (...) Entendendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político”. (Mehry et ali, 1991, p. 84)²

“...É possível a identificação concreta de diferentes modos ou formas de produção, conforme o país e o período histórico estudado, um pouco em analogia com o conceito marxista de formação econômico-social. Portanto, forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma construção concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social” (Campos, 1992 p. 38).

Tal conceito surge como alternativa aos “estudos de extração funcionalista ou econométricos” (Campos, 1992 p.35) que limitam a compreensão das diversas dimensões que participam na formulação, execução e análise de políticas de

² O conceito de Modelo Tecnoassistencial em Saúde é apresentado e debatido por Mehry em seu livro “A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas”, editado pela Hucitec em 1993.

saúde, sejam elas ideológicas, tecnológicas e a disputa no campo científico.

Este conceito permite sistematizar concepções de um mundo frente à problemática de saúde e o debate em torno da superação desta, em especial na materialização de ações específicas e das formas de organização para isto.

Campos fez uma diferenciação com o uso de conceitos de Modelos e Modalidades Assistenciais usados como sinônimos na literatura, buscando evidenciar os significados e os limites dessas concepções e atribuindo ao conceito de Modelos Tecnoassistenciais uma abrangência maior, que incorpora as outras definições e amplia as dimensões de análise.

Buscamos aprofundá-lo nas seguintes dimensões:

- a) Saberes que interagem na concepção do objeto (Saúde e Doença);
- b) Integralidade na oferta de ações;
- c) Regionalização e Hierarquização de serviços;
- d) Articulação intersetorial.

CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA

Esta dimensão é apontada como a mais importante na estruturação dos Modelos Tecnoassistenciais e no que tange à capacidade resolutiva de problemas (eficácia), pois quanto maior sua capacidade explicativa de fenômenos que interferem no estado de saúde, maior sua capacidade de formular alternativas de solução.

Alguns autores, como Schraiber (1990), defendem que o modelo hegemônico se desenvolve sob predomínio do Saber Clínico e que sua reestruturação se deve dar pelo predomínio do Saber Epidemiológico.

Tal posição é contestada por Campos (1991, 1992a), Almeida F^o (1992) e Castiel (1994), que defendem a complementaridade de vários saberes necessária à compreensão dos fenômenos complexos do processo saúde-doença. Enfatiza-se, como exemplo, os saberes da Psicanálise, das Ciências Sociais e outros, sem definição prévia de predomínio.

Vaitsman (1992), questiona algumas abordagens das Ciências Sociais que reduzem a determinação das doenças à determinação das formas da organização social da produção (p:170).

“A existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irreduzíveis uma às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedade que, além da produção, possuem certas 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, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é também, não esqueçamos, biológico.

Uma concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo”. (Vaitsman, 1992, p. 171).

INTEGRALIDADE

Intimamente ligada à concepção de saúde e doença, a integralidade se define pela capacidade de oferecer ações que satisfaçam às várias demandas ligadas à promoção e recuperação da saúde.

Ao definir a integralidade da oferta de ações lançamos mão de Mendes (1994) que argumenta:

“...A aplicação deste princípio implica reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde/doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas interrelações com os ambientes natural e social. (p.149)

“...A integralidade exige, exatamente, uma intervenção integradora, no seu âmbito tecnológico, sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e o meio ambiente”. (p.150)

“...Contudo, do ponto de vista das práticas sanitárias, a integralidade manifesta-se em duas dimensões:

a) Numa integração, definida por um problema a enfrentar através de um conjunto de operações articuladas pela prática de vigilância à saúde;

b) Numa integração, dentro de cada unidade de saúde, entre as práticas sanitárias de atenção à demanda e da vigilância à saúde”. (p. 150)

Aponta-se para a necessidade de superação de falsas dicotomias no desenvolvimento das práticas sanitárias como ações preventivas/curativas e individuais/coletivas exigindo-se uma articulação entre a ação de um profissional e as especialidades desta profissão, entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde e entre os diversos níveis de hierarquização tecnológica da assistência, como o salientam Novaes (1990), e Mendes (1987).

A discussão da Integralidade também incorpora o debate sobre a forma de programar a oferta de serviços, no qual são relevantes as contribuições de Mendes (1987), Schraiber (1990), Campos (1991) e Machado (1991) e Donnangelo (1979).

São consideradas as dificuldades da incorporação destes princípios, em especial, pelos médicos, dada

“...a fragmentação do objeto individual de suas práticas, alvo das interferências parciais do especialista; fragmentação do processo de doença, consubstanciada no corte entre ações terapêuticas e preventivas pelo qual o processo saúde/doença aparece despojado de seu caráter de temporalidade e de seu campo (ecológico e social) de constituição” como o assinala Donnangelo (1979, p. 79-80)

Machado (1991) aponta as dificuldades geradas pela minimização das importantes diferenças entre os agentes historicamente envolvidos no processo de produção, em relação ao processo de trabalho, ao elemento desencadeador das ações, aos principais insumos utilizados e ao local de produção das ações, o que leva à ênfase na articulação entre diferentes equipes conforme o objeto e o processo de trabalho para conseguir a “Atenção Integral”.

E, por fim, cabe observar o debate iniciado por Mendes ao apontar a necessidade de superação da programação vertical pela programação horizontal de atividades.

Schraiber e outros autores (1990) defendem a conformação da demanda por saúde a programas, limitando-se, desse modo, a chamada demanda “espontânea” ou individual.

Campos (1991) argumenta com a necessidade de flexibilizar a programação, levando-se em conta a demanda individual; repensando a clínica e estimulando a autonomia das equipes de saúde na conformação de seus programas.

A partir do conceito de integralidade buscamos perceber como se dá a articulação das atividades nas diversas propostas de Modelos Tecnoassistenciais a fim de se atender à “totalidade” das necessidades da população.

REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

A noção de regionalização surge da necessidade de se dividir territórios de grande extensão, e/ou diversidades de situações sócio-econômicas, para estabelecer eixos político-administrativos.

No setor saúde, essa noção leva em conta o acúmulo de técnicas e tecnologias necessárias à manutenção de saúde que, dado seu custo crescente, precisam ser racionalizados para oferecer a “integralidade de opções” a populações circunscritas a territórios.

Para Bravo (1974), um marco desta concepção é o relatório Dawson (1920), que propunha a organização dos serviços de atendimento ao povo inglês. Esse relatório serviu de inspiração a diversos países em que a oferta de serviços de saúde é socializada.

A noção de regionalização está intimamente vinculada à noção de hierarquização, como o assinala Mendes (1987), pois pressupõe uma organização piramidal que ofereça serviços segundo a demanda por eles; na base da pirâmide são oferecidos os serviços que tendem a “resolver” a maioria dos problemas. Em um nível intermediário estão localizados os serviços de densidade tecnológica média, de acesso “filtrado” pelo primeiro nível. E no ápice da pirâmide se localizam os serviços de maior densidade tecnológica e especialização, capazes de atender a demanda que ultrapassou a capacidade articulada dos demais níveis.

Tais conceitos, aceitos amplamente na literatura sobre organização de serviços de saúde, nos últimos anos têm recebido críticas. Pois, dada a complexidade dos problemas da população, influenciada pelo processo de urbanização acelerada e caótica, são difíceis as demarcações “territoriais” da demanda e da densidade tecnológica necessárias à sua solução.

Machado (1991), Raggio (1992), Campos (1992) e Silva Jr. (1993), mostram a incapacidade dos chamados níveis primários, como concebidos classicamente, em dar conta dos fenômenos gerados pela transição epidemiológica, fazendo-se mister sua reformulação conceitual.

Atribui-se no nível primário uma complexidade de relações com a comunidade que requer aportes tecnológicos diferenciados e capacitação de recursos humanos com certo grau de especialização e diferenciação, orientados pelo quadro epidemiológico local.

Os demais níveis têm redimensionado seu papel de suporte ao nível primário aprofundando especificidades na atenção.

Esses recortes permitem estabelecer aportes diferenciados de serviços conforme as necessidades da população.

Mais recentemente nasceu a proposta de se recortar em territórios que permitam captar as diferenças existentes entre regiões de uma mesma região, conforme o nível sócio-econômico e as conseqüências dos determinantes sócioambientais sobre a saúde das populações (Unglert, 1994).

INTER-SETORIALIDADE

A complexidade dos problemas de saúde exige, no seu enfrentamento, uma abordagem diferenciada que permita reconstruir o conhecimento da causalidade e incorpore visões interdisciplinares.

Essa composição matricial, segundo Mendes (1987), ***“vai se refletir em operações articuladoras de ações setoriais e intersetoriais porque, freqüentemente, um problema de saúde vai exigir ações que estão situadas fora dos limites convencionais do setor”***.

Esse tipo de abordagem remete à necessidade de formulações de políticas governamentais que tratem a saúde como uma dimensão da “Praxis Urbana”, como o assinala Raggio (1992).

Parte-se do pressuposto de que a urbanização é um fenômeno irreversível no mundo inteiro. E que, em especial, nos países do Terceiro Mundo, se dá de forma caótica, agravando sobremaneira as condições de vida das populações envolvidas e determinando a transição epidemiológica verificada nas últimas décadas, como o afirmam Ferraz (1993) e Coelho (1992).

Esse pressuposto deslocou a organização dos serviços de saúde para além da circunscrição da atenção médica e da prática social estrita da saúde condicionada pelo modelo biomédico, tentando estabelecer um novo paradigma na promoção de saúde. Capra (1982) e Weil (1988) chamam esse paradigma de ecológico e holístico. Coelho (1992:30) afirma que:

“O desafio urbano está em repensar as políticas públicas segundo uma nova concepção de desenvolvimento. Uma política de reversão de prioridades - descentralizando o poder e democratizando a gestão, integrando ambiente construído e natural, potencializando os recursos locais, utilizando técnicas adequadas para a região, desenvolvendo projetos que gerem renda para população, ampliando a infraestrutura básica e melhorando a qualidade de serviços nos bairros mais carentes - que signifique a materialização de uma nova cultura de gestão baseada na construção de cidadania, na garantia do direito à vida, e não na cultura do favorecimento e do clientelismo”.

Ao incorporarmos a dimensão da inter-setorialidade na análise dos Modelos Tecnoassistenciais propostos, buscamos evidenciar a ênfase dada a esta dimensão e as formas propostas de articulação.

Consideramos ser essa dimensão importante para a eficácia das políticas de saúde, pois oferece uma perspectiva mais ampla das questões e das ações necessárias para enfrentá-las, para além do setor saúde "estrito senso".

A escolha dessas dimensões se deve à concentração do problema da universalização dos serviços de saúde em questões relativas à eficácia (resolutividade), frente aos desafios ocasionados pela transição demográfica e epidemiológica experimentada nos centros urbanos; e a eficiência, expressando a relação entre efetividade e custos suportáveis.

Essas dimensões incorporam as contribuições das teorias explicativas da crise da saúde (cultural, política e gerencial) e permitem a "amalgama" de uma nova matriz de reestruturação de Modelos Tecnoassistenciais em saúde, onde não se perca a criatividade e a inovação necessárias em cada contexto.

Podemos resumir a análise pretendida no Quadro nº 1 de matrizes discursivas a seguir:

Quadro nº 1: CONFORMAÇÃO DOS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL

MODELOS DIMENSÕES	LIBERAL-PRIVATISTA flexneriano (Inampiano) permanente	Saúde Pública campanhista vertical 	REFORMAS INTERNACIONAIS	SAÚDE COLETIVA		
				SILOS/P. Baiana	Saudicidade	Em Defesa da Vida
Concepção de saúde e doença						
Universalidade x Seletividade						
Regionalização Hierarquização						
Nível primário						
Níveis de referência						
Integralidade na oferta de serviços						
Articulação intersetorial						

Silva Junior, Aluísio G.- Modelos Tecnoassistenciais em Saúde : o debate no campo da Saúde Coletiva - Rio de Janeiro/1996

Nos primeiros capítulos apresentamos o modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde, sua crise e as propostas de sua reforma. O capítulo três é constituído pela sistematização das propostas selecionadas, oriundas da Saúde Coletiva. Os elementos constitutivos dessas propostas são analisados, esquematizados no quadro de análise e discutidos no quarto capítulo. Esses elementos também são comparados com a proposta hegemônica e suas reformas conservadoras. Conclusões e novas inquietações finalizam este estudo.

CAPÍTULO I - O MODELO HEGEMÔNICO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

I.1- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Na segunda metade do século XIX, na Europa, após as guerras napoleônicas e o incremento da industrialização e da urbanização, a emergência de epidemias, a pressão das massas operárias urbanas e o crescimento das correntes políticas socialistas passam a compor um cenário que exige intervenções do Estado.

A Inglaterra, com sua tradição política liberal, historicamente, relegou as questões de saúde pública ao âmbito da Lei dos Pobres, atribuindo aos poderes locais responsabilidades na assistência aos indigentes. As ações desenvolvidas, delegadas pelas autoridades locais às iniciativas privadas, de cunho associativo, visavam assegurar mínimas condições de sobrevivência para que os indivíduos pudessem, num período o mais curto possível de tempo, procurar seu sustento e a manutenção de sua saúde no mercado.

Os fluxos migratórios, do campo para as cidades, provocaram aglomerações humanas nos espaços urbanos e suburbanos com deterioração progressiva das condições de vida das populações pobres. Epidemias de cólera, tifo exantemático, tuberculose e outras doenças causaram mortes e sérios problemas na produção fabril.

Autoridades inglesas, como Chadwick, (citado por Rosen, 1994: 168) a partir de 1834, embora arraigados em preceitos liberais, do mercado como grande regulador, defenderam a necessidade de ações sociais preventivas sobre os problemas gerados pela pobreza e as doenças. Não era possível responsabilizar os indivíduos pela geração das doenças (Rosen, 1994: 169). Investigações sobre as condições de saúde nas cidades e ações de saneamento do meio, controle das epidemias e assistência médica aos pobres passaram à responsabilidade do Estado, no âmbito local.

Os clamores das populações mais atingidas e o surgimento de movimentos como das comissões de saúde das cidades, de médicos sanitaristas e outros pressionaram por uma maior coordenação por parte do poder central sobre as ações desenvolvidas pelos poderes locais. O ato da Saúde Pública, em 1875, iniciou a organização, em escala nacional da administração sanitária inglesa.

Nos Estados Unidos da América, as epidemias nos ambientes urbanos,

desde o final do século XVIII já mobilizavam as autoridades locais e as sociedades médicas na criação de mecanismos administrativos da saúde pública. No século XIX, ocorreu um formidável crescimento das cidades americanas sem, contudo, explodirem os problemas ligados a pobreza. Isso, de certa forma, induziu à uma organização tímida da saúde pública, como a instalação de Conselhos de Saúde, ou similares, em algumas cidades, preocupados com ações de saneamento ambiental, controle de epidemias e no levantamento de dados relativos aos fatos vitais.

No final do século XIX e nas primeiras três décadas do século XX, as turbulências políticas na Europa, promoveram um intenso fluxo migratório para os EUA criando problemas urbanos sentidos, principalmente, nas cidades portuárias como Nova Iorque e Boston. O fenômeno dos “cortiços” se alastraram por essas cidades contribuindo para o aparecimento de surtos epidêmicos que trouxeram grandes prejuízos à economia americana. (Rosen, 1994: 189). Essas tragédias mobilizaram a opinião pública e os governos na organização de estruturas de Saúde Pública no âmbito local e estadual. O governo federal, baseado na soberania do Estado federativo, não se sentia responsável pela coordenação de uma política nacional de saúde.

Alguns estados e municípios desenvolveram propostas no âmbito público, como na cidade de Nova Iorque. Entretanto, prevaleceram, como na Inglaterra as iniciativas privadas, de cunho associativo para o desenvolvimento de ações de saneamento urbano e assistência médica, coordenadas pelas autoridades locais ou estaduais.

Alguns Estados consideraram as questões sanitárias como estratégicas nos processos de industrialização e consolidação nacional, como a França e a Alemanha.

Na França, as necessidades de incremento populacional para aumentar a massa de trabalhadores disponíveis, aumentar a produtividade na indústria e controlar as populações que se urbanizavam na busca de trabalho nas fábricas, geraram uma política de assistência, baseada no poder local. A atenção médica aos trabalhadores enfermos, às gestantes e crianças, e o saneamento das cidades eram as ações principais.

O questionamento do poeta francês Baudelaire, citado por Rosen (1994, 198), dá uma idéia da situação de saúde da população pobre francesa daquela época:

“Como pode alguém, seja de que partido for, e sejam quais forem os preconceitos sobre os quais se criou, não se sensibilizar diante da visão dessa multidão doentia que respira poeira das fábricas, engole a penugem do algodão, tem seus organismos saturados com chumbo branco, mercúrio e todos os venenos necessários à criação de obras de arte, e virtudes humanas se alojar ao lado dos vícios mais empedernidos e do vômito do penitenciário”.

Na Alemanha, as idéias liberais francesas e os estudos ingleses e franceses sobre a relação entre a industrialização e condições de vida e saúde das populações, vieram a influenciar uma corrente de médicos alemães, liderados por Vichow, Neumann e Leubuscher. Esta corrente médico-política defendia a Saúde Pública como promotora do desenvolvimento sadio do cidadão, a prevenção dos perigos à saúde e o controle das doenças. O direito a saúde, como direito de cidadania e o dever do Estado em promover os meios de mantê-la e promovê-la, intervindo inclusive nas liberdades individuais, eram suas principais bandeiras políticas.

O período revolucionário de 1848 que sacudiu a Europa, colocou em evidência tais bandeiras. Esses movimentos revolucionários foram politicamente derrotados, mas algumas de suas proposições foram incorporadas ao debate político. O processo de unificação política da Alemanha, impetrado por Bismark incorporou parte das consignas do movimentos médico-social alemão, instituindo uma Polícia Médica com capacidade de intervenção nas condições de trabalho, na proteção de mulheres e crianças e no saneamento das cidades (Rosen, 1994).

Nas primeira décadas do século XX aceleraram-se importantes mudanças na economia industrializada. A indústria de bens de consumo se agigantou, oferecendo toda a sorte de produtos industrializados para uma sociedade de massas. Os meios e as vias de transporte, multiplicados, levaram multidões para as cidades acelerando o processo de urbanização e suburbanização.

Após a 1ª Guerra Mundial, assistiu-se à ruína dos antigos impérios coloniais e a redefinição das regiões de influência econômica e política das grandes potências. A revolução de 1917, na Rússia, surgiu como uma grande ameaça ao sistema econômico e político ocidental. A crise do capitalismo dos anos 30 reforça a posição de segmentos políticos que defendem a intervenção do Estado na economia, de forma a sustentá-la nos períodos de crise e alavancar as iniciativas privadas de capitais.

As pressões dos partidos e das massas de trabalhadores urbanas, através de sindicatos, colocaram na agenda política a necessidade do desenvolvimento de ações no campo do bem estar social. A organização dos Sistemas Nacionais de Saúde foi gestada nesta conjuntura. Põe-se em evidência as formas de organizar e prestar serviços de saúde às populações.

I.2- A GÊNESE DO MODELO HEGEMÔNICO: a Medicina Científica

O modelo hegemônico, de prestação de serviços em saúde, no mundo ocidental, tem sua gênese nos séculos XVIII e XIX, com as contribuições de Pasteur, Koch e outros no campo da biologia e da microbiologia. A descoberta de microorganismos e sua associação a doenças veio contrapor-se à teoria miasmática e, à corrente da determinação social das doenças, liderada por Virchow e Neuman, na Alemanha no início do século XIX.

Os laboratórios passaram, então, a ter um caráter estratégico no conhecimento da etiologia das doenças e nas propostas de intervenção. E os hospitais, até o século XVIII considerados morredouros, se tornaram locais de trabalho da chamada Medicina Científica.

Em finais do século XIX, e início do XX, os avanços na Medicina Científica proporcionaram o aumento da indústria de equipamentos médicos, de medicamentos e, do ensino e da pesquisa médicos.

Tomamos como marco da Medicina Científica o Relatório Flexner, de 1910. Abraham Flexner, da Universidade John Hopkins, foi convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos da América a proceder a uma avaliação da Educação Médica em seu país e no Canadá. Esse relatório, que teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas americanas, propunha, em síntese:

- “a) definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos;***
- b) introdução do ensino laboratorial;***
- c) estímulo à docência em tempo integral;***
- d) expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;***
- e) vinculação das escolas médicas à Universidades;***
- f) ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;***
- g) vinculação da pesquisa ao ensino;***
- h) estímulo à especialização médica;***
- i) controle do exercício profissional pela profissão organizada”.***

(Mendes, 1980)

A realização das recomendações desse relatório foi articulada pela Associação Médica Americana e pela indústria, através de fundações de amparo à pesquisa que destinaram para isso, de 1910 a 1928, cerca de US\$ 600 milhões (Fox, 1980; Brown, 1980).

I.3- A Estruturação da Medicina Científica

A concepção da Medicina Científica determinou uma mudança na prática médica; um conjunto de elementos estruturais complementares, sinérgicos entre si, passam a redirecionar essa prática, como o ressaltam Mendes (1980), Polanco (1985) e Novaes (1990). Esses elementos estruturais são:

a) O MECANICISMO: o corpo humano é visto como uma máquina, elemento essencial do modo de produção dominante. Mackeown (1971) assim descreve essa concepção:

“Um organismo vivo poderá ser visto como uma máquina que pode ser montada e reorientada se sua estrutura e funções forem completamente entendidos. Em medicina o mesmo conceito conduziu à profunda crença de que a compreensão dos processos de doenças e das respostas do corpo a elas, tornaria possível intervir terapêuticamente, principalmente, por métodos físicos, químicos e elétricos”.

Essa metáfora originada no Renascimento expande-se nos séculos XVII e XVIII com o desenvolvimento científico de base cartesiana, como o assinala Luz (1988).

b) BIOLOGISMO: originado nos avanços da microbiologia, a partir do século XIX, pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências; os determinantes econômicos e sociais são excluídos da causação. Cria-se uma concepção de história “natural” da doença, excluindo-se sua história social. Tal concepção influenciou a teoria epidemiológica, reduzindo-se a causalidade das doenças à ação de agentes etiológicos, de natureza biológica, agentes a-históricos e a-sociais, como assinala Mendes (1980). Essa concepção se impõe à epidemiologia social virchowiana, que acreditava nos desajustes sociais e culturais como determinantes das epidemias.

c) INDIVIDUALISMO: a Medicina Científica elegeu o indivíduo como seu objeto, alienando-o de sua vida e dos aspectos sociais, foi possível assim, responsabilizá-lo por sua doença, vista como um fenômeno restrito a suas práticas individuais.

d) ESPECIALIZAÇÃO: o mecanicismo induziu o aprofundamento do conhecimento científico na direção de partes específicas. A especialização já existia na medicina anterior à científica; as necessidades de acumulação do capital, no entanto, exigiram a fragmentação do processo de produção e do produtor pela divisão do trabalho, incrementando-se o processo de especialização.

e) EXCLUSÃO DAS PRÁTICAS ALTERNATIVAS: a Medicina Científica se impôs sobre as outras práticas médicas, acadêmicas e populares, construindo-se um mito da eficácia, “cientificamente comprovada”, de suas práticas, anulando-se ou se restringindo as outras alternativas, tidas como “ineficazes”.

f) TECNIFICAÇÃO DO ATO MÉDICO: o advento da concepção flexneriana, na medicina, estruturou uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças, a tecnificação do ato médico. A necessidade de técnicas e equipamentos para a investigação diagnóstica e para a terapêutica desenvolveu a engenharia biomédica, e gerou muitas expectativas, da população, quanto à possibilidade da medicina produzir melhorias na qualidade de vida. Coadunada com a visão geral de que ciência e tecnologia trariam progresso para a humanidade, a medicina é mais um campo onde ciência e tecnologia podem contribuir para resolução dos problemas de saúde. Esses “milagres tecnológicos” vieram a legitimar a Medicina Científica na sociedade.

Definem-se, por razões ideológicas e econômicas, parâmetros de qualidade baseados no grau de incorporação tecnológica da prática médica, sem correlação com a capacidade de promover ou restaurar a saúde e prevenir doenças. Quanto mais equipamentos sofisticados utilizados e opções medicamentosas, melhor o ato médico resultante, acredita-se.

Barros (1995), citando estudos anteriores, e de outros autores, mostra, por exemplo, como a indústria farmacêutica lança produtos guiada, principalmente, por razões mercadológicas. Muitos produtos são similares em efeito e poucos constituem inovações terapêuticas. Comenta também, a grande quantidade de medicamentos, sem efeito terapêutico real, mas amplamente consumidos.

Cordeiro (1980) e Landmann (1982) também denunciavam essas questões

em relação às indústrias de equipamentos médicos.

A difusão da tecnologia médica é feita, de forma agressiva, pela articulação das corporações industriais multinacionais ao ensino e à pesquisa médicas, dos países centrais do capitalismo para os periféricos; essa estratégia inibe a capacidade de inovações e desenvolvimento dos países receptores desta tecnologia.

g) ÊNFASE NA MEDICINA CURATIVA: ao prestigiar o processo fisiopatológico como base do conhecimento para o diagnóstico e a terapêutica, objetivou-se as doenças em “lesões” e o critério de cura na “remissão de lesões” dando à prática médica um caráter eminentemente curativo, nestes termos. Essa abordagem é mais suscetível à incorporação de tecnologias.

h) CONCENTRAÇÃO DE RECURSOS: a necessidade de um aparato tecnológico e o suporte de especialistas passou a concentrar a Medicina Científica em determinados espaços físicos. A instituição dos hospitais, como centros de diagnóstico e tratamento, abrigou essas práticas.

A complexidade de estruturação dos hospitais levou a uma concentração dessas instituições nos espaços urbanos, de maior densidade populacional, obrigando as populações de área rural e peri-urbana ao deslocamento na busca de atenção médica até os centros urbanos.

Essa concepção de medicina, gerada nos países centrais do capitalismo, serviu de modelo para o desenvolvimento nos países de economia periférica com alto grau de dependência tecnológica em relação aos primeiros. Mesmo em países socialistas há uma prevalência da Medicina Científica, como o alertava Navarro (1977), referindo-se à União Soviética. Essa medicina se incorporou ao desenvolvimento do sistema capitalista monopolista, exercendo um papel importante na reprodução de força de trabalho, no aumento da produtividade e na reprodução da ideologia capitalista, legitimando-a. Incrementou seu papel “normatizador” da sociedade, “medicalizando” seus problemas sociais e políticos. Também abriu um “novo mercado” o de consumo de “práticas médicas” e de “saúde”.

I.4- A Crise da Medicina Científica

Na década de 70 o modelo de Medicina Científica entrou em crise devido a problemas relativos à ineficiência, à ineficácia e à desigualdade na distribuição de seus progressos (Mendes, 1980).

A ineficiência da Medicina Científica se faz sentir nos crescentes investimentos necessários ao seu desenvolvimento, com uma contrapartida decrescente de resultados.

McNerney (1971) estima que enquanto os investimentos em saúde se elevam em 100%, os índices de mortalidade e morbidade nos países desenvolvidos diminuem em apenas 5%. A esse fenômeno universal Muresan (apud Mendes, 1980) denominou de “inflação Médica”.

Medici (1991) demonstra no Quadro nº 2 como os gastos públicos com saúde dobraram entre 1960 e 1980, mantendo a curva ascendente até 1983.

Quadro nº 2 - Gastos Públicos em saúde como porcentagem do PIB em alguns países da OECD 1960 - 1983.

PAÍSES	ANOS DE REFERÊNCIA					
	1960	1965	1970	1975	1980	1983
Alemanha	3,2	3,6	4,2	6,6	6,5	6,6
Áustria	2,9	3,0	3,4	4,1	4,5	4,6
Bélgica	2,1	2,9	3,5	4,5	5,5	6,0
Canadá	2,4	3,1	5,1	5,7	5,4	6,2
Dinamarca	3,2	4,2	5,2	5,9	5,8	5,6
Espanha	-	1,4	2,3	3,6	4,3	4,4
E.U.A	1,3	1,6	2,8	3,7	4,1	4,5
Finlândia	2,3	3,2	4,1	4,9	5,0	5,2
França	2,5	3,6	4,3	5,5	6,1	6,6
Itália	3,2	4,1	4,8	5,8	6,0	6,2
Japão	1,8	2,7	3,0	4,0	4,6	5,0
Noruega	2,6	3,2	4,6	6,4	6,7	6,2
Holanda	1,3	3,0	5,1	5,9	6,5	6,9
Suécia	3,4	4,5	6,2	7,2	8,8	8,8
Média OECD	2,5	3,1	4,0	5,2	5,3	5,8

Fonte: OECD, “Measuring Health Care: 1960-1982 - Expenditure Costs and Performance”, (citado por Medici, 1991). Ed. OECD, Paris, 1985.

Considera-se a incorporação de tecnologia a principal causa deste aumento de custo. Mendes (1980) argumenta que a inovação tecnológica em medicina não é substitutiva. Novas técnicas são introduzidas sem se deslocarem as anteriores, sofisticando-as ou lhes acrescentando novos atributos. As indústrias de equipamentos e fármacos induzem o consumo acrítico dessas novas tecnologias, tornando obsoletos equipamentos e medicamentos, em grande velocidade, substituindo-os por outros com poucas vantagens para o paciente e com custo multiplicado.

A especialização profissional também é apontada como indutora do aumento de custos, em virtude da necessidade de absorção de variados tipos de mão de obra para operar as diversas especialidades de serviços. Na Inglaterra,

entre 1950 e 1970, os trabalhadores em hospitais aumentaram em 70%. enquanto em outros setores o aumento médio de força de trabalho foi de 10%.

Quanto à eficácia da Medicina Científica, criou-se um mito: o nível de saúde atingido pelas populações dever-se-ia aos avanços científicos.

Vários estudos têm contrariado esse mito, demonstrando os limites da medicina em diminuir a mortalidade e morbidade em vários países, ou em aumentar a expectativa de vida de suas populações (Mackeown, 1971; Renaud, 1975; Navarro, 1986; Powles, 1973; Dubos, 1972 ; Cochrane, 1972).

Na tarefa de recuperar a mão de obra doente, diminuindo o absenteísmo no trabalho, os resultados também são desalentadores. Cochrane (1972), na Grã-Bretanha, verificou que as perdas de dias de trabalho por greves, comparadas com as faltas por doenças, são na proporção de 1 para 100.

Além disso, a Medicina Científica tem contribuído para o aparecimento de doenças iatrogênicas. Ivan Illich (1975) apresenta vasta documentação sobre o fenômeno da iatrogenia.

Sem negar os avanços produzidos no campo das doenças infecciosas, com as vacinas e antibióticos, observa-se, também, que muitas das doenças transmissíveis já haviam diminuído sua letalidade antes do advento daqueles produtos. Algumas doenças (como a tuberculose) têm indicadores muito sensíveis às condições sócio-econômicas, a despeito dos quimioterápicos e tecnologias utilizadas em seu tratamento.

Nas doenças crônicas e degenerativas os avanços são ainda lentos e os resultados, pequenos, proporcionalmente.

O modelo de industrialização das sociedades modernas, a partir dos anos 40 deste século é patogênico, como o dizem Berlinguer (1987), Navarro (1977) e Capra (1988). Tomem-se, como exemplos, problemas importantes gerados nas sociedades industrializadas:

- a) as doenças psicossomáticas, em grande parte ocasionadas pela alienação dos indivíduos na sociedade, pela perda do controle sobre seu trabalho e sobre as instituições da sociedade. O trabalho é visto como um meio de obter satisfação no mundo do consumo, e são muitas as possibilidades de frustração, fonte de inquietações e enfermidades;
- b) as doenças ocupacionais, atribuídas, em sua grande parte, ao processo e às condições de trabalho;
- c) as neoplasias, determinadas, mormente, por problemas ambientais.

No entanto, são enfatizados os fatores individuais na determinação das enfermidades e as intervenções se voltam para os indivíduos, tanto na terapêutica como na prevenção.

“ Uma das políticas estatais mais ativas hoje em dia, ao nível dos Governos Centrais, na maioria dos países capitalistas ocidentais, é estimular programas de saúde (tais como educação sanitária) que se proponham a produzir mudanças nos indivíduos, mas não no ambiente econômico e político” (Navarro, 1986, p.127).

A Medicina Científica se articula no processo de industrialização da sociedade e passa a ser conduzida para os interesses de um mercado lucrativo nem sempre voltado para os interesses da maioria da população em termos de proteção de suas vidas, promoção e recuperação de suas saúdes.

Seus custos progressivos e nem sempre racionais constituem importante barreira ao oferecimento universal dos benefícios produzidos pela tecnologia médica gerando uma iniquidade com conseqüências terríveis pois quem mais precisa dos serviços de saúde é a parcela da população que menos recursos econômicos tem.

I.5- As Teorias Explicativas da Crise

Para Mendes (1980) há três teorias principais que tentam explicar e propor soluções para a crise da Medicina Científica:

- a) teoria gerencialista;
- b) teoria cultural;
- c) teoria política.

A Teoria Gerencialista é fundamentada na crença geral de que os problemas do subdesenvolvimento são decorrentes de uma baixa capacidade gerencial, reduzindo a crise aos problemas internos, exclusivamente; nesta visão, os sistemas de saúde são irracionais e geram ineficácia, ineficiência e desigualdade.

A solução seria por em prática políticas racionalizadoras como o uso do planejamento, da pesquisa médica aplicada, ênfase na medicina preventiva, coordenação interinstitucional, a regionalização dos serviços e a hierarquização dos recursos de saúde. Esta concepção remete a instâncias técnicas, revestidas de “neutralidade” e com “conhecimento das necessidades da população”. Os técnicos são capazes de decidir rumos que acabam reforçando interesses de

coalizões dominantes, afastando do debate político os outros interesses. Navarro (1977) salienta que isso ocorre também em países socialistas, como a antiga URSS.

A Teoria Culturalista se fundamenta na crença de que a ideologia do industrialismo, e sua natureza, moldam a organização da sociedade. Acreditam, seus teóricos, que o controle da sociedade passou do proprietário do capital para a tecnoestrutura que manipula o consumidor de bens e serviços, anulando sua capacidade de se auto-governar. O modelo industrial acaba fazendo convergir todos os sistemas sociais, sejam capitalistas ou socialistas.

Na medicina, a industrialização levou a um processo de profissionalização e burocratização que, dada sua relação conflitiva com os consumidores, gera certa iatrogênese.

A solução culturalista é a reversão do processo de industrialização e a construção de uma proposta de antimedicina, articulada na desprofissionalização, na desburocratização e no incremento da autonomia pessoal para o cuidado da saúde. A desprofissionalização da medicina significa que os recursos públicos destinados aos serviços curativos devam ser controlados por membros externos à corporação médica.

A proposta culturalista ganha reforço no movimento de “saúde totalizante” que pretende resgatar a unidade dos indivíduos, integrando corpo, mente e espírito, através de práticas que superem a dualidade corpo-mente e reintroduzam elementos de espiritualidade na medicina.

Esta teoria é defendida por Illich (1975) e, mais recentemente, por Capra (1982). Navarro (1986) e Foucault (1974) criticam a interpretação de Illich, considerando que induz à constituição de outros saberes médicos sem, contudo, mudar as relações de poder entre médicos e pacientes. As novas práticas constituem-se em novas “mercadorias” de consumo no “mercado da saúde”.

A Teoria Política pretende explicar a crise da Medicina Científica de uma perspectiva estrutural, na medida em que ela é determinada e reflete uma crise mais ampla, a crise de legitimação e de acumulação de capital do sistema capitalista que; a partir da década de 60, essa crise ocorre nos países centrais afetando as economias periféricas. A crise decorre da crescente monopolização dos capitais, que exige a expansão das atividades do Estado na garantia de infraestrutura econômica e de legitimação de ordem social. Essa relação, cheia de contradições, desencadeia cíclicas crises de financiamento. Essas crises

repercutem no campo médico e acirram suas contradições internas, determinadas pelos elementos estruturais da Medicina Científica. As pressões dos segmentos da sociedade também reforçam a necessidade de expansão da participação estatal nas despesas de legitimação, assim agindo, sinergicamente, sobre a crise da medicina.

Na Teoria Política, a crise da medicina se manifesta no seu caráter centralizador e na sua tecnologização, concentrando poder político e administrativo.

A solução proposta é a democratização da medicina, desprofissionalização conseqüente. Em outras palavras,

“...a medicalização societal só poderá ser respondida pela politização da saúde... a democratização da saúde transcende a estatização dos serviços de saúde e a universalização da atenção médica erigindo, como questão fundamental, a participação efetiva da população enquanto sujeito de sua própria saúde”
(Mendes, 1980, p.33).

A luta contra as doenças não é uma luta contra os serviços ineficazes para combatê-las, mas uma luta, no meio de outras, pelos direitos sociais da população.

CAPÍTULO II - MODELOS ALTERNATIVOS

A seletividade da Medicina Científica, determinada por suas características estruturais, se constitui em óbice para estendê-la a amplos segmentos da população, dificultando o cumprimento de sua função legitimadora.

A partir da década de 40, a compreensão da saúde como um direito humano fundamental e a pressão das classes trabalhadoras por políticas de Bem Estar Social, a serem implantadas pelo Estado, impôs a redefinição de modelos de assistência à saúde. Surgiram propostas alternativas ao modelo hegemônico.

A proposta principal, em virtude de seu patrocínio por entidades internacionais, como a OMS e a OPAS, e de seu desenvolvimento em muitos países, foi a de Medicina Comunitária.

II.1.1- A Medicina Comunitária

Também chamada de Cuidados Primários de Saúde, Medicina Simplificada, Programas de Extensão de Cobertura Urbana e Rural e outros, a Medicina Comunitária teve seu marco teórico consagrado na Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, que assim a definiu:

“Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de auto-confiança e auto-determinação”. (OMS, 1979)

Essa proposta corresponde à solução oferecida pela Teoria Gerencialista de um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e mais abrangente em termos de cobertura; esse modelo tem ainda um discurso de incorporação das massas desassistidas e a participação popular.

II.1.2- As Origens da Medicina Comunitária

O modelo flexneriano foi criticado, em 1920, por Bertrand Dawson, médico inglês que elaborou um relatório propondo a reestruturação dos serviços de saúde ingleses. Esse relatório se baseava no princípio do Estado como o provedor e controlador de políticas de saúde; os serviços de saúde seriam responsáveis por

ações preventivas e terapêuticas em regiões específicas (regionalização de serviços de saúde).

“...A disponibilidade geral dos serviços de médicos só pode ser assegurada por intermédio de uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custo, como também para o benefício do público e da profissão médica. Com a ampliação do saber, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e doenças ficam mais complexas, reduzindo assim o âmbito da ação individual e exigindo em troca esforços combinados. À medida que aumentam a complexidade e o custo do tratamento, diminui o número de pessoas que podem pagar toda a gama de serviços...” (Dawson, 1920).

A separação entre Medicina Preventiva e a Curativa era criticada por Dawson; ele propunha uma atuação coordenada através de Médicos Generalistas, capazes de atuar sobre os indivíduos e sobre as comunidades.

“...Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços de medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou áreas rurais. O pessoal consiste, na sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários, de saúde deve, por sua vez, ter um centro secundário de saúde como base...”

“...Os centros de saúde secundários, por sua vez, devem formar um vínculo com o hospital. Isto é conveniente, primeiramente, para benefício do paciente, que nos casos difíceis, desfruta das vantagens, das melhores técnicas disponíveis, e, em segundo lugar, para benefício do pessoal médico designado aos centros secundários, que desta maneira pode acompanhar até as últimas etapas de uma doença na qual intervieram desde o começo, familiarizam-se com o tratamento adotado e apreciam as necessidades do paciente após o seu regresso ao lar...!”

“...Algumas vezes seria recomendável um relacionamento entre os centros secundários de saúde e os hospitais docentes...”

Contrariando Bravo (1974), que atribui a Dawson a proposta de regionalização, as primeiras experiências de constituição de um Sistema Nacional de Saúde regionalizado foram desenvolvidas na Rússia Tzarista à partir de 1860,

o projeto Zemstvo (Rosen, 1994), Esta experiência aperfeiçoada, foi levada a cabo pelos bolcheviques após a Revolução de 1917. Na Inglaterra, a Associação de Serviços Médicos Estatais (precursora da Associação Médica Socialista), cujos os princípios eram apoiados pela maioria do movimento operário britânico, apresentou propostas mais radicais de regionalização, democratizando o acesso da assistência à saúde. Para Navarro (1974: 53) o Relatório Dawson representou uma resposta conservadora às ameaças socialistas.

Propostas semelhantes à de Dawson também eram desenvolvidas em outros países, e nos Estados Unidos, desde 1910, como o assinalam Rosen (1980) e Roemer (1972).

Destaca-se a proposta de Hermann Biggs, comissário de saúde pública do Estado de Nova Iorque, que articulava serviços comunitários de saúde com os demais recursos da comunidade, integrando-se serviços preventivos, curativos e sociais. A preocupação geral era com o crescimento das periferias pobres urbanas, às custas de imigrantes. O desenvolvimento precário das atividades preventivas e o crescimento da medicina flexneriana, no âmbito privado (atraindo a demanda daqueles usuários que ascendiam economicamente na sociedade) levaram a um esvaziamento da proposta dos centros de saúde no EUA.

Uma outra proposta, originada na Universidade John Hopkins, e tendo como base os avanços científicos da Higiene e da Medicina Científica, foi desenvolvida em vários estados americanos e posteriormente exportada, através da Fundação Rockefeller, para África, Ásia e América Latina. (Labra, 1985)

Os centros de saúde, nesta concepção, tinham um papel de prestar serviços permanentes de saúde pública em regiões delimitadas geograficamente. Os serviços prestados eram os exames preventivos de saúde, a puericultura, as imunizações, o pré-natal, a assistência médica à tuberculose, lepra, doenças mentais e doenças venéreas. A assistência médica, em geral, ficava a cargo dos médicos privados e dos hospitais da proposta flexneriana. A proposta dos centros de saúde articulava-se com o modelo de saúde pública que se ocupava da higiene das cidades e do controle das epidemias através de obras de saneamento, reformas urbanas, campanhas de combate a vetores e imunizações (modelo campanhista).

É preciso salientar, que essa aparente polaridade entre a Medicina flexneriana e a proposta de Dawson expressa, na verdade, os dois lados da mesma moeda.

A conjuntura política e econômica da Inglaterra, na primeira metade do século XIX, levou ao desenvolvimento de estratégias de “engenharia política” que incorporem demandas das classes trabalhadoras sem, contudo, alterar a estrutura de dominação de classe e de hierarquia de poder, como o afirma Navarro (1984) em sua análise da construção do Sistema Nacional de Saúde inglês. O Estado inglês intervém de forma decisiva na política de saúde, incorporando em sua constituição institucional, as organizações corporativas médicas e as estruturas de poder pré-existentes. O segmento da assistência hospitalar, por exemplo, manteve as maiores fatias do financiamento que eram gerenciados pelos médicos especialistas.

A atenção às periferias urbanas e as classes trabalhadoras ficou a cargo da corporação dos médicos generalistas, considerados como médicos menos prestigiados. Esses médicos generalistas além de serem cooptados na estruturação do Sistema de Saúde, com a ampliação de postos de trabalho para aquele segmento, serviriam de “filtro de triagem” à medicina hospitalar e especializada.

Toda essa “engenharia política” contou com o esforço de articulação das lideranças do Partido Trabalhista inglês, no comando do Estado, na década de 40, atenuando as bandeiras socialistas daquele Partido em nome de uma maior “estabilidade política”, como denuncia, de forma bem documentada, Navarro (1984).

A proposta de Dawson foi implantada na Inglaterra, a partir da década de 40, com plano Beveridge. Os países africanos e asiáticos de influência inglesa também adotaram esse modelo. Nos países socialistas, propostas semelhantes, porém com lógica política diferente, viabilizaram a estratégia de se levar assistência médica a toda população como atribuição do Estado.

Nos países capitalistas a Medicina Comunitária surge como uma prática complementar à medicina flexneriana, em prática oferecida aos contingentes excluídos do acesso a essa medicina; essa proposta é mais uma opção de acumulação de capitais, oriundos do Estado pela indústria da saúde.

Mesmo em países como a Inglaterra, onde o Estado possui 90% das opções de consumo das “mercadorias da saúde”, a indústria impõe o poder de seu monopólio e influencia, fortemente, a tendência dos gastos em saúde, ao estabelecer os preços de produtos farmacêuticos a serem comprados pelo sistema de saúde inglês. (Sargent, 1985)

Nos Estados Unidos da América, os programas de Medicina Comunitária foram implantadas a partir da década de 60, como parte da chamada “guerra à pobreza”, por agências governamentais e universidades. Esses programas baseavam-se na necessidade de “integração” dos marginalizados da sociedade americana, na visão funcionalista da época.

Na América Latina e outros países da África e Ásia, a Medicina Comunitária é difundida através de programas financiados por fundações filantrópicas americanas e, desenvolvidos por universidades como projetos-piloto. **“A ligação orgânica entre o capital monopolista, a universidade e os pesquisadores que se estabelecera no limiar da Medicina Científica refaz-se na busca de alternativas para sua crise”**, (Mendes 1980).

Em 1970, nos EUA, o relatório Carnegie declarou a crise da medicina flexneriana e propôs mudanças no ensino de Medicina: integração docente-assistencial, expansão e aceleração da formação de pessoal auxiliar e técnico; integração de matérias básicas e profissionalizantes, aumento de matrículas, com prioridade para estudantes oriundos de famílias de baixa renda, e estruturação de planos nacionais de saúde.

A Organização Mundial de Saúde passa a ser a maior difusora da filosofia de Atenção Primária à Saúde e o Banco Mundial, o principal financiador dessas políticas de saúde.

II.1.3- A Medicina Comunitária e sua Estruturação

Este modelo teórico e operacional se confirma graças à interação de um conjunto de elementos estruturais:

a) COLETIVISMO RESTRITO: a Medicina Comunitária resgata a característica coletiva do objeto de práticas médicas, individualizado pela medicina flexneriana. Inclui-se em suas preocupações a saúde de grupos populacionais, seja comunidade ou nação; esse coletivismo se restringe aos limites da comunidade local, vista como o espaço onde se estabelecem fortes ligações integrativas e consensos de interesses. Entretanto, a comunidade é, de certa forma, isolada dos contextos sociais mais amplos, diluindo-se as determinações macro sociais de saúde e doença.

b) INTEGRAÇÃO DE ATIVIDADES PROMOCIONAIS, PREVENTIVAS E CURATIVAS: a Medicina Comunitária procura reintegrar o ato médico, para torná-lo mais eficaz e eficiente; a recomposição do processo da doença faz-se, porém,

reconhecendo-se apenas seu caráter natural, a-histórico, desarticulando-se a prática médica da sociedade em que ela se insere. Exclui-se, assim, o ambiente mediato do processo saúde-doença, locus de sua determinação social, e se incorpora o ambiente imediato, procurando-se atuar nele com ações simplificadas de saneamento. As ações preventivas e curativas, vistas como serviços básicos, são oferecidas universalmente, principalmente a grupos vulneráveis e de alto risco.

c) DESCONCENTRAÇÃO DE RECURSOS: a universalização da oferta de serviços se dá através de uma organização hierarquizada. Constitui-se um nível primário, abrangente, localizado o mais próximo possível do local de moradia e de trabalho das populações, de uma determinada região. Essa hierarquização tem suas raízes no perfil de necessidades observados em determinado tempo e lugar. Este conceito incorpora a complexidade das tarefas requeridas para solucionar os tipos de necessidades que passam ser referidas como menores e maiores. Estudos internacionais evidenciaram serem cerca de 90% das necessidades de saúde das populações de natureza simples, requerendo recursos e técnicas simples, disponíveis ao nível primário da assistência. Grande parte dessas tarefas é delegada, pelos médicos, aos auxiliares. Os 10% restantes exigiriam serviços de maior complexidade tecnológica e de especialistas; apenas 2% necessitariam dos serviços de alta especialização (Macedo, 1980). A hierarquização pressupõe um sistema de referência a partir da “porta de entrada” do nível primário, os pacientes, necessitados de atendimento de maior complexidade, podem ser encaminhados. Uma distribuição espacial dos serviços, articulada, centraliza as unidades mais complexas e descentraliza as mais simples, numa composição funilar, conjugando-se os conceitos de hierarquização e regionalização e assim aumentando a utilização e a produtividade dos serviços.

d) TECNOLOGIA ADEQUADA: pretendendo dar conta da “inflação médica”, induzida pelo padrão de incorporação tecnológica da medicina flexneriana, se propõe uma revisão nos critérios de seleção e utilização de tecnologias.

“para todos os níveis do Sistema de Saúde é chegada a hora de proceder a uma análise crítica de seus métodos, técnicas, equipamentos e drogas, visando a exclusiva utilização de tecnologias comprovadamente úteis e financeiramente acessíveis.

Essa revisão é fundamental para os cuidados primários de saúde, dada a tendência histórica de concentração em torno de

tecnologias médicas mais apropriadas ao uso hospitalar do que aos serviços de vanguarda. O âmbito e o propósito dos cuidados primário à saúde e a capacidade técnica dos responsáveis por sua prestação tornam a disponibilidade de tecnologia apropriada mais importante do que nunca” (OMS, 1979).

e) INCLUSÃO DE PRÁTICAS MÉDICAS ALTERNATIVAS: busca-se reincorporar formas alternativas, acadêmicas e populares, de medicina ,visando aumentar a eficácia da atuação da medicina e a aceitação da população atendida.

f) UTILIZAÇÃO DE EQUIPE DE SAÚDE: reestrutura-se o trabalho médico e delegam-se funções do pessoal de nível universitário e auxiliares de escolaridade menor; mantêm-se, porém, o controle por parte dos primeiros.

A integração entre as Instituições de Ensino e os Serviços de Saúde passa a ser estimulada, reproduzindo-se a dualidade do sistema. Há um ambiente onde se aprende “medicina para quem pode pagar”, o Hospital Universitário e outro ambiente onde se aprende “Medicina para pobres”, os serviços públicos de saúde. Há um sistema de formação hegemônico (flexneriano) e um “apêndice” (os programas docentes-assistenciais).

g) PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA: esta proposição mereceu destaque na Conferência de Alma-Ata (1978):

“recomenda-se que os governos incentivem e assegurem a plena participação da comunidade por meio da efetiva divulgação de informação pertinente, de crescente alfabetização e do desenvolvimento dos necessários instrumentos institucionais que possibilitem aos indivíduos, às famílias e às comunidades assumir a responsabilidade para sua saúde e bem estar”.

A participação comunitária é encarada como uma forma de envolver a comunidade na solução de seus problemas, canalizando mais recursos, dela própria, para este fim.

II.1.4- A Crítica à Medicina Comunitária

Autores como Donnangelo (1975), Mendes (1980), Paim (1976) Tambelini Arouca (1976) e Loureiro (1976) evidenciaram o caráter contraditório e reformista de proposta da Medicina Comunitária.

Na reprodução da força de trabalho, sua atuação aumenta a capacidade e a produtividade da mão de obra rural e periurbana. Utilizando a racionalização

econômica das práticas médicas, permite ao Estado destinar recursos, assim poupados, a outros setores da economia.

O “Planejamento Participativo” otimiza o emprego de recursos da própria comunidade, diminuindo os investimentos estatais para fins sociais.

Como estratégia de distribuição de rendas, a Medicina Comunitária utiliza muito mais os recursos da própria classe a que se destina, efetuando poucas transferências de recursos dos segmentos mais abastados da sociedade ou da produção social. A Medicina Comunitária também favorece a acumulação de capital na indústria de saúde, pois de forma racionalizada expande os núcleos de consumo de “produtos médicos”.

O papel mais relevante da Medicina Comunitária está na intervenção social sobre grupos marginalizados.

Essa intervenção social manifesta-se através de sua função “integradora” à sociedade e na reprodução da ideologia dominante.

A medicalização dos “desvios” perpetrada pela medicina flexneriana tem seus horizontes ampliados pela Medicina Comunitária, servindo de base para programas coercitivos, como o de planejamento familiar, interessantes à estrutura econômica pois controlam o crescimento das populações mais pobres.

Quanto às suas práticas, observa-se que a integração preventivo-curativa continua centrada no ato médico e em suas tecnologias.

Apesar da incorporação dos conhecimentos das ciências sociais, a observação dos determinantes sociais de saúde e doença se dá de forma restrita e ao nível local, separadas de conjunturas sociais mais amplas.

A opção pela desconcentração dos recursos não significa uma estratégia democratizante rumo à população, em suas decisões. Embora os discursos oficiais falem de universalização do acesso, mantém-se a dualidade do sistema, oferecendo-se “cuidados primários” para alguns segmentos menos favorecidos da sociedade, e a medicina flexneriana para os segmentos mais abastados.

A hierarquização proposta, dada as dificuldades de deslocamento e acesso das populações periféricas, acaba por dificultar a utilização de maiores opções tecnológicas por parte destas populações; mantém-se, assim, a oferta das unidades mais complexas para as populações localizadas nos centros urbanos mais importantes.

Quanto à utilização de tecnologia adequada, esta estratégia tem-se concentrado mais no desenvolvimento de técnicas gerenciais e na capacitação de

recursos humanos, deixando atrofiadas as práticas sanitárias propriamente ditas. A Medicina Comunitária é um projeto medicalizador de grande interesse para a indústria da saúde pois confere capacidade de consumo, subsidiados pelo Estado, as populações, anteriormente, fora do mercado.

As práticas médicas alternativas são incorporadas numa visão cooptativa, desfigurando-as de seus componentes culturais e “adaptando-as” aos interesses da medicalização, sem, contudo, oferecer parcerias “científicas” no seu desenvolvimento.

A utilização de equipe de saúde também não é uma proposta democratizante, pois defende-se a delegação controlada de conhecimentos e técnicas conforme o nível de atuação e o agente envolvido, mantendo-se a tutela do conhecimento médico-científico.

É na participação comunitária, porém, que o caráter ideológico e legitimador de Medicina Comunitária se manifesta mais vigorosamente. Trabalhando com a noção restrita de comunidade, ela reforça as explicações “locais” para os fenômenos de saúde e doença e a busca de soluções ao nível também local, cresce, assim, a utilização de recursos da comunidade na lógica de estruturação econômica global e se induz a ilusão de que a “comunidade decide seu destino”.

Cabe ressaltar, no entanto, que a despeito de algumas de suas características estruturais, a Medicina Comunitária em seu processo de recriação permanente, frente aos choques de interesses diversos e à maior exposição aos setores marginalizados da população, favorece maiores pressões por políticas de saúde mais abrangentes e reforça as críticas à desigualdade de oferta do modelo médico hegemônico.

O debate e a busca de ajustes ao modelo da Medicina Comunitária ganham fórum internacional na discussão sobre Sistemas Locais de Saúde -SILOS difundida pela OPAS/OMS (1990).

II.2- Os Sistemas Locais de Saúde

A proposta de SILOS tem seu marco conceitual apresentado na XXII Conferência Sanitária Panamericana em 1986, sendo ratificado no documento OPAS-CD 33/14, resolução XV-XXXIII do Comitê Diretor, de 1988 que recomenda:

“...um Sistema Local de Saúde deve contemplar a estrutura político-administrativa de um país, definir-se a um espaço populacional determinado, ter em conta todos os recursos para a saúde e desenvolvimento social existentes neste espaço, responder aos processos de descentralização do Estado e do setor de saúde, às necessidades da população e à estrutura da rede de Serviços de Saúde, e organizar-se para facilitar a condução integral de ações”. (OPS, 1990)

A organização dos SILOS não é vista isolada dos processos de democratização e descentralização do Estado. Representa uma resposta interna do Setor Saúde, para lograr maiores equidade, eficácia e eficiência de suas ações (OPS, 1990). Seu desenvolvimento se baseia nos seguintes aspectos fundamentais:

a) A REORGANIZAÇÃO DO NÍVEL CENTRAL: para assegurar a apropriada condução do setor e o desenvolvimento dos SILOS; retoma o Estado o papel central na condução da política de saúde, mesmo quando não assume todas as atividades necessárias;

b) A DESCENTRALIZAÇÃO E DESCONCENTRAÇÃO: a descentralização é um processo essencialmente político que tem expressões jurídico-administrativas e é resultado de processos econômicos, culturais, históricos e geográficos; é uma proposta de mudança no uso do poder e na distribuição deste poder no setor e na sociedade. (OPS, 1990, p-14). Este processo pressupõe transferência de poder político, administrativo e de recursos para o nível local. O poder local ganha um papel estratégico importante na condução do processo de mudança;

c) A PARTICIPAÇÃO SOCIAL: os SILOS devem estar inseridos no processo de democratização das decisões políticas de cada sociedade e seu processo de planejamento, execução e avaliação deve ser perpassado por mecanismos capazes de permitir a participação da sociedade organizada;

d) A INTER-SETORIALIDADE: todo o esforço de desenvolvimento da saúde, com um enfoque mais amplo, exige a conjunção de todas as forças sociais e econômicas com o propósito do bem-estar coletivo. A inter-setorialidade se materializa em termos de atividades no nível local, porém sua articulação se deve dar em todos os níveis de governo;

e) A READEQUAÇÃO DOS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO: o financiamento da saúde deve sofrer mudanças, quantitativas e qualitativas, que assegurem ações concretas. As decisões sobre o uso de fontes alternativas de custeio

devem ser descentralizadas. Os mecanismos de dotação de recursos devem ser orientados para garantir a atenção integral de saúde, incluindo-se o saneamento básico.

f) O DESENVOLVIMENTO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO: os SILOS devem constituir um processo de mudança fundamental nos procedimentos técnicos das prestações de serviços, no uso de tecnologias disponíveis; na integração dos conhecimentos, na forma de utilização dos recursos e na forma de concretizar-se a participação social.

Deve-se aumentar da capacidade de análise da situação de saúde de populações, definidas territorialmente, até o nível de micro-regiões, permitindo reorientar os serviços de saúde para o enfrentamento do conjunto de problemas vivenciados por aquelas populações.

Busca-se maior articulação da rede de serviços e a garantia de equidade na distribuição dos bens e serviços;

g) A INTEGRAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE: a capacidade básica de resposta dos recursos que compõem a rede de serviços deve incluir o conjunto de programas e atividades que se definem para a solução dos problemas prioritários de saúde, convergindo, para isso, os conhecimentos clínicos, epidemiológicos e administrativos;

h) O REFORÇO DA CAPACIDADE ADMINISTRATIVA: a meta de oferecer cobertura total de saúde a todos, com equidade e eficiência, depende da elevação da capacidade operativa dos serviços de saúde, racionalizando-se os gastos e esforços. A capacidade administrativa deve ser definida por uma unidade de condução técnico-administrativa, com recursos humanos adequadamente capacitados; um sistema de informações que permita análise epidemiológica e administrativa dessas informações; uma dotação básica de recursos físicos e insumos críticos para execução das atividades previstas, capacidade de executar e coordenar recursos financeiros ao nível local; capacidade de articular as atividades de saúde com o processo de organização da população, para a promoção da saúde;

i) A CAPACITAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO: os SILOS requerem um pessoal suficientemente qualificado para assumir tarefas e responsabilidades impostas pela reorganização. Exige também um pessoal intimamente ligado ao processo de participação social, cuja dinâmica transcenda os esquemas da “institucionalidade”, tão enraizados no setor saúde, ou seja, equipes que atuem

em contextos a que estejam vinculadas;

Os programas de educação continuada, integração docente-assistencial em todos os graus de formação e mecanismos de difusão de conhecimentos sobre os problemas da população, são estratégias para capacitação da força de trabalho.

Esta proposta vem sendo difundida, em todo o mundo, pela OMS, e em especial, na América Latina, pela OPAS.

II.3- As Cidades Saudáveis

Em 1984 em Toronto, Canadá, surgiu a proposta de Cidades-Saudáveis. Esse movimento ganhou adesão de cidades européias e, sob a articulação das Seções de Promoção da Saúde e Saúde Ambiental da Organização Mundial de Saúde - OMS, se difundiu a partir do simpósio de Lisboa, Portugal, em 1986.

O projeto da OMS visa construir uma rede (network) de cidades determinadas a procurar, em conjunto, novas maneiras capazes de promover a saúde e melhorar o ambiente. (Galobart e Revuelta, 1989 e OMS, 1987).

Seu desenvolvimento tem as seguintes diretrizes:

a) A SAÚDE COMO QUALIDADE DE VIDA: visa superar a visão polarizada da medicina sobre a saúde, contemplando as condições de vida e as relações sociais no espaço urbano. A saúde é vista como respeito à vida e defesa do ecossistema.

b) POLÍTICAS PÚBLICAS QUE PROMOAM A SAÚDE: a promoção da saúde será realizada por políticas públicas articuladas, e favoráveis à saúde, enquanto instauração de um meio ambiente propício. Segue as orientações da Carta de Ottawa (1986).

c) REFORÇO A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE: entendida como capacidade da sociedade de organizar e influir nas decisões das políticas públicas nos âmbitos local, regional e nacional.

d) DESENVOLVIMENTO DA AUTO-RESPONSABILIDADE: cada cidadão tem um papel importante na promoção de saúde; seja individualmente, cuidando do seu bem-estar, seja coletivamente, participando das discussões políticas.

e) REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: são seguidas as recomendações dos SILOS.

f) INTER-SETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA PRINCIPAL: a proposta de

Cidades-Saudáveis enfatiza a inter-setorialidade como principal estratégia de articulação política e operacional na promoção de saúde.

II.4- As Propostas Conservadoras De Mudança Do Modelo Hegemônico

A implantação dos SILOS sofre forte influência da Crise Econômica Mundial, iniciada na década de 70, e que se arrasta pelas décadas de 80 e 90.

Fiori (1992) aponta como fatores influentes neste quadro o abalo da hegemonia militar dos EUA, caracterizada pela derrota no Vietnã; a deterioração do padrão dólar como referência econômica mundial e o impacto da crise do petróleo, golpe sério nas bases de sustentação da expansão econômica verificada, principalmente, nos anos 50 e 60.

Intenso debate se sucedeu para “explicar” a crise. As propostas que vieram a ganhar força atacavam o papel do Estado na economia, partindo de pressupostos liberais como:

- a) mercado como grande regulador da economia;
- b) o lugar central do indivíduo;
- c) liberdade de escolha e diferenciação dos indivíduos;
- d) cada indivíduo é responsável pela destinação de seus recursos.

Procurou-se, como estratégia geral de saída da crise, “as políticas de ajuste” visando a redução do déficit fiscal e dos gastos sociais, a privatização da iniciativa, a racionalização dos gastos do Estado e a regulação do Estado sobre a economia.

Um dos principais focos de críticas dos neoliberais foram as políticas de Bem Estar Social.

A partir dos anos 80 o Banco Mundial vem sendo o principal financiador de projetos de políticas de saúde nos países periféricos. Em seu documento, publicado no Boletim de Oficina Panamericana de Saúde (1987), há o pressuposto de que a assistência à saúde, fundamentalmente curativa, seja provida por organismos governamentais ou não governamentais e deva ser paga por quem a receber. E atribui os problemas gerados pela crise no setor saúde a:

- a) destinação de recursos: gastos insuficiente em atividades mais eficientes em função dos custos;
- b) ineficiência interna dos programas públicos;
- c) desigualdade na distribuição dos benefícios derivados dos serviços de

saúde.

Propôs como estratégia de superação da crise:

- a) cobrança de taxas adicionais para assistência;
- b) provisão de seguros;
- c) emprego eficiente dos recursos por organizações não governamentais;
- d) descentralização dos serviços de saúde governamentais.

Na visão de Spinelli (1991), o Banco Mundial assume, com essa proposta, um papel de “atenuador” dos custos sociais provocados pelo receituário neoliberal do Fundo Monetário Internacional nas políticas de ajuste.

No Relatório sobre Desenvolvimento Mundial (Banco Mundial, 1993) as diretrizes de financiamento são recolocadas, concentrando-se em determinadas estratégias, apresentadas por seu Presidente, Lewis T. Preston:

“Para que a saúde melhore nos países em desenvolvimento, este Relatório propõe que as políticas governamentais adotem uma abordagem tríplice. Primeiro, os governos precisam criar uma ambiência econômica propícia a que as famílias melhorem suas condições de saúde. É fundamental que as políticas de crescimento (inclusive, quando necessário, as políticas de ajuste econômico) assegurem mais renda ao pobres. O mesmo se aplica à expansão dos investimentos na escolarização, particularmente de meninas.

Segundo, os gastos governamentais com saúde deveriam ser redirecionados para programas mais eficazes em função dos custos e que atendam melhor aos pobres. Nos países em desenvolvimento, metade dos US\$168 bilhões gastos anualmente com saúde sai dos cofres públicos. Grande parte dessa soma destina-se a atendimento especializado em serviços terciários que pouco proporcionam em relação ao dinheiro gasto. Muito pouco destina-se a programas de grande eficácia e baixo custo, como o controle e o tratamento de doenças infecciosas e da desnutrição. Os países em desenvolvimento em conjunto poderiam reduzir seu impacto da doença em 25% - o que equivale a evitar mais de 9 milhões de óbitos infantis -, se canalizassem, em média, para programas de saúde pública e de serviços clínicos essenciais cerca de metade do que os governos gastam hoje com serviços de pouca eficácia em função do custos.

Terceiro, os governos precisam propiciar mais diversificação e concorrência no financiamento e na prestação de serviços de saúde. Se os governos financiassem os serviços clínicos essenciais e de saúde pública, a cobertura dos demais serviços clínicos poderia ficar a cargo da iniciativa privada, geralmente mediante seguro, ou da previdência social. A regulamentação governamental pode fortalecer os mercados de seguro privado se incentivar mais a cobertura ampla e a contenção de custos. Mesmo no caso de serviços clínicos financiados com recursos

públicos, se os governos gerarem e disseminarem as informações necessárias, podem promover a concorrência e o envolvimento do setor privado na oferta de serviços e contribuir para que este seja mais eficiente. Combinando-se essas três medidas temos não só melhores resultados na área da saúde e contenção de custos, como usuários mais satisfeitos". (Banco Mundial, 1993)

Essas estratégias são reforçadas pelas recomendações da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) no documento nº 41 - Salud, equidad y transformación productivas en América Latina y el Caribe (1994), propõe a concentração de recursos na solução dos problemas prioritários de saúde da população mais pobre. Racionalizando-se as intervenções através de uma "cesta básica" de atendimento aos problemas de resposta mais rápida e com uma relação custo-benefício bastante eficiente, em detrimento de procedimentos de maior custo operacional.

As camadas da população de renda média são estimuladas a buscar sua assistência à saúde na iniciativa privada, através de seguros ou planos de previdência. Essa tendência tem sido criticada por diversos autores como Medici (1991), Spinelli (1991), Belmartino (1989), Campos (1989), Labra (1993), Navarro (1989), Favaret F^o & Oliveira (1989), Grodos & Béthune (1988) e Terris (1992).

As chamadas "intervenções sanitárias seletivas" tendenciam a discussão de universalidade de saúde, destinando políticas públicas de saúde "simplificadas" apenas ao segmento com rendas insuficientes para adquirir saúde no "mercado".

Reforça-se assim o caráter "mercantil" da assistência à saúde, onde o Estado se responsabiliza em "comprar" a parte de quem não pode pagar.

Para os setores que podem pagar, reserva-se a velha medicina flexneriana ainda mais sofisticada em tecnologias. Os custos operacionais, no entanto, são controlados pela iniciativa privada, que repassa as relações custo-benefício desfavoráveis ao preço pago pelo consumidor; estabelecendo-se uma estratificação social no acesso à tecnologia de saúde. São enfatizadas, ainda, as características individuais do adoecer e da coletividade restrita.

Os procedimentos sugeridos no âmbito coletivo são capazes de interferir nos índices epidemiológicos clássicos, como a taxa de mortalidade infantil, sem, contudo, alterar as condições de vida das populações.

Em países com severas desigualdades sociais, como o Brasil, a população sem renda suficiente para “comprar” os serviços de saúde é grande, enfatizando-se o papel do Estado na distribuição desses serviços.

Qual a abrangência e qualidade dos serviços a serem oferecidos ? A população de baixa renda (majoritária) só terá acesso à “cesta básica”, limitada, de serviços ? Quais os componentes desta “cesta básica”?

Retoma-se, portanto, o debate sobre a viabilidade da universalidade na cobertura das políticas de saúde, patrocinada pelo Estado e como um direito de cidadania.

II.5- Os Modelos de Assistência no Brasil

No Brasil, foram constituídos os seguintes modelos:

a) O MODELO DE SAÚDE PÚBLICA: surgido no início do século XX, em duas vertentes: Campanhista e Vertical permanente (Mehry,1992). A Campanhista, articulada aos interesses econômicos agro-exportadores, desenvolveu-se combatendo epidemias e endemias através de campanhas sanitárias.

Institucionalizou-se no Departamento Geral de Saúde Pública, embrião do Ministério da Saúde. Atualmente é representado por segmentos da Fundação Nacional de Saúde - FNS-MS (Ex-SUCAM e Ex-FSESP).

A vertente Vertical permanente baseava-se na proposta de Centro de Saúde, difundida pela Fundação Rockefeller; incumbia-se da prestação sistemática de serviços de controle de doenças endêmicas, de vacinações, puericultura, pré-natal e outras atividades de prevenção. A institucionalização desta vertente se deu nas redes estaduais e da FSESP, a partir da década de 30.

As duas vertentes da Saúde Pública, articuladas, tiveram seu apogeu nas décadas de 40 e 50. A partir da década de 60, essas atividades foram descontinuadas e não priorizadas pelo financiamento.

b)O MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIO: surgido na década de 20, sob influência da Medicina Liberal, ligava-se as necessidades de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Expandiu-se a partir da década de 40, através da construção da rede de hospitais ligados aos Institutos de Assistência e Previdência, incorporando a concepção flexneriana da assistência médica.

Foi também instituído nas redes hospitalares estaduais, em alguns municípios e nos hospitais ligados às Universidades Públicas.

Os hospitais oriundos dos Institutos Previdenciários foram incorporados ao Instituto Nacional de Previdência Social (1966), depois reestruturado no Ministério da Previdência e Assistência Social, ficando os hospitais e ambulatórios sob a responsabilidade do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - 1974). A rede privada contratada pela Previdência expandiu-se, mais notadamente após 1964, segundo a proposta flexneriana. Esta rede contribui, na década de 90, com 76% da oferta de leitos no Brasil.

Esses modelos, complementares na visão de Campos (1992), constituíram o modo neoliberal ou liberal-privatista de organizar serviços de saúde, hegemônico no Brasil.

c) A MEDICINA COMUNITÁRIA: difundida nas universidades a partir da década de 60, quando se constituíram núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência, financiados pela OPAS e instituições filantrópicas americanas (W.F.K. Kellog Foundation, e outras). Esses núcleos abrigaram intelectuais discordantes do modelo político brasileiro, depois do golpe militar, e utilizaram o espaço da Medicina Comunitária como espaço de politização de saúde, reflexão de problemas e laboratórios de alternativas de solução. Algumas dessas experiências se materializaram sob forma de projetos-piloto de universidades, como o de Paulínea, desenvolvido pela USP, ou de projetos de estruturação de serviços municipais com integração docente-assistencial, como em Montes Claros - MG, Londrina - PR, Niterói - RJ e Campinas-SP, no final da década de 70.

Os frutos dessas experiências vieram a constituir um movimento por mudanças na política de saúde nacional, no bojo da luta pela redemocratização da sociedade brasileira: a Reforma Sanitária (Escorel, 1987; Rosas, 1981).

As propostas SILOS e Cidades-Saudáveis vêm sendo introduzidas no Brasil desde o final da década de 80 (Ferraz, 1993; Ewbank e Bortoletto, 1994 e NESCO, 1995).

CAPÍTULO III - AS PROPOSTAS DA SAÚDE COLETIVA

Essas propostas, como já dissemos, surgem no contexto da crise do governo militar, nos movimentos de redemocratização da sociedade brasileira.

São, normalmente, oriundas de grupos, espalhadas no território nacional, fortalecidas por articulações universidade-serviço, visto que essas articulações abrigavam intelectuais opositores do Regime.

Escolhemos três propostas, de considerável produção intelectual e postas em prática, em projetos de governo. Seus resultados foram divulgados e influenciaram outras experiências importantes, no plano nacional.

Reconstituímos as experiências à partir de entrevistas gravadas com membros importantes na formulação e implementação das propostas. A saber:

a) Prof. Jairnilson Silva Paim, médico, professor da UFBA, assessor do Secretário Estadual de Saúde da Bahia, no período de 1987 a 1990.

b) Dr. Carlos Homero Giacomini, médico, membro do NESCO, Gerente Regional de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e, atualmente assessor de Planejamento da Secretaria de Saúde do Paraná.

c) Prof. Gastão Wagner Souza Campos, médico, membro do LAPA/UNICAMP, Secretário Municipal de Saúde de Campinas no período de 1989 a 1991.

Essas pessoas foram entrevistadas conforme um roteiro em que se explorou: suas histórias de vida, sua inserção nos grupos e na formulação de propostas, as estratégias de desenvolvimento, as realizações, as críticas e dificuldades; e a observação das outras propostas.

Esse material foi cotejado e acrescido com informações constantes da bibliografia relativa a essas experiências.

III.1- A Proposta Baiana de Silos

A proposta baiana de SILOS tem suas origens no final da década de 70 quando intelectuais ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, participavam de movimentos que se articularam ao Movimento Nacional pela Reforma Sanitária no Brasil.

Em 1986, com a mudança da correlação de forças na política estadual, que permitiu a eleição de Waldir Pires como governador, vários desses intelectuais

foram convidados a ocupar cargos diretivos na Secretaria Estadual de Saúde - SESAB. Esses intelectuais participaram da elaboração do programa de governo do candidato eleito, contribuindo com a experiência crítica dos movimentos a que pertenciam, que propunham um Sistema Único de Saúde, descentralizado e democrático em sua gestão, universal, eqüitativo e integralizado na oferta de serviços à população. (Teixeira et al, 1993)

Em 1987, com o advento dos Sistemas Descentralizados Unificados de Saúde - SUDS, considerados na 8ª Conferência Nacional de Saúde como estratégia-ponte para o SUS, o estado da Bahia, de forma pioneira, teve a oportunidade de por em prática, no nível estadual, suas propostas de reorganização do Sistema de Saúde.

Inicialmente, segundo Paim (1995), a proposta tinha como eixo diretor as recomendações da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986), que indicavam um processo de regionalização das ações de saúde através de Distritos Sanitários como uma forma de descentralizar as decisões, compreender melhor os problemas locais e permitir um maior acesso da população aos serviços de saúde.

Essas diretrizes encontraram sustentação político-administrativa, no projeto de instalação do SUDS-BA (1987), no “Plano dos 100 dias” de governo (1988), na Programação Orçamentária Integrada (1988) e nos Planos Estadual de Saúde e Estratégico de Ações do Governo, (Teixeira et al, 1993).

A distritalização era entendida como

“processo político institucional, organizativo e operacional, voltado para a construção da base do Sistema Único de Saúde...”.

É “...o espaço onde se pode efetivamente materializar a luta pela transformação das relações entre a população o sistema e os serviços de saúde”. (Cardoso, 1991:68)

O distrito sanitário era encarado como uma unidade operacional administrativa do Sistema de Saúde, caracterizado pela existência de recursos públicos e privados, articulados por mecanismos institucionais, para desenvolver ações integradas de saúde com vistas a resolver os problemas majoritários de sua área de abrangência, com a participação da população envolvida.

Cardoso (1991) ressalta três momentos na implantação desta proposta.

No primeiro, em 1987, a proposta de distritalização se desenvolveu de

forma isolada, à margem do processo mais global em andamento na Secretaria de Saúde, embora essa proposta tenha sido escolhida como unidade operacional mínima do Sistema de Saúde.

Os mecanismos de interrelação e articulação para o fortalecimento da proposta de distritalização pelos diversos setores da Secretaria eram precários.

Procedeu-se a delimitação geográfica dos distritos sanitários, utilizando-se critérios que incluíam a caracterização da população, o fluxo aos serviços e a infraestrutura existente em cada território, abrangendo entre 50 mil a 200 mil habitantes.

Desta maneira caracterizaram-se distritos que coincidiriam com a área geográfica de um município; distritos que corresponderiam a uma parte de um município e os que abrangeriam vários municípios.

Foram concebidos 104 distritos para todo o Estado da Bahia. Durante o primeiro semestre de 1987, foram implantados 8 distritos sanitários, o laboratório de experiências do novo modelo de atenção à saúde. (Flores, 1991)

Os primeiros DS localizaram-se nos municípios de Salvador (Itapagipe, Subúrbio Ferroviário, Liberdade), Camaçari, Jequié, Vitória da Conquista, Itabuna e Mundo Novo (consórcio).

Essa configuração visava marcar o compromisso com o projeto da Reforma Sanitária e apresentar uma proposta inovadora que desse algum salto de qualidade na Assistência à Saúde (Paim, citado em Flores, 1991:126).

Paim (1995) argumenta haver a necessidade de se mostrar as mudanças na “ponta da linha” como forma de buscar a legitimação do processo junto aos profissionais de saúde e à população.

Neste momento a ação se concentrou: a) na realização de reuniões e seminários para a discussão de proposta com profissionais de saúde, lideranças e políticos; b) na articulação de locais e mecanismos de referência; c) na normatização das ações básicas de saúde a serem desenvolvidas pelas unidades do distrito, incluindo-se ações de vigilância epidemiológica, ambiental, ocupacional e ações de saneamento básico; d) no estabelecimento dos mecanismos de informação, avaliação, planejamento e gerência; e) na municipalização dos serviços de saúde de Camaçari.

As primeiras experiências mostraram-se viáveis, indicando sua expansão como estratégia de organização de todo o Sistema de Saúde, de forma gradual (Flores, 1991). Em julho de 1987, Carlos Matus foi convidado para discutir sua

teoria de planejamento estratégico-situacional com a equipe, visando incorporar os conceitos e técnicas desta vertente de planejamento à distritalização. (Paim, 1995).

O segundo momento, em 1988, foi caracterizado como de expansão de estratégia, envolvendo, de maneira mais intensa, as instâncias regionais (diretorias regionais). Este momento coincidiu com a reforma administrativa da SESAB, incorporando estruturas e funções do INAMPS. (Cardoso, 1991:69)

Foi constituída a Gerência de Organização de Serviços, subordinada à Diretoria de Serviços de Saúde, que passou a ser a instância de articulação dos DS. O objetivo inicial era a expansão da experiência.

Um convênio entre a SESAB e a Universidade Federal da Bahia, instituiu um curso de capacitação de gerentes de distrito, executado pelo Departamento de Medicina Preventiva, envolvendo 40 representantes dos 20 distritos já implantados.

Buscava-se capacitar recursos humanos estratégicos e difundir a proposta de distritalização. Investiu-se também no aprofundamento da formulação teórica do processo e em avaliações sistemáticas da experiência.

Foram implantados os distritos de Barra/Rio Vermelho, Pau da Lima, Centro Histórico e Cabula, no município de Salvador, e os de Jaguaquara, Irecê, Ipiaú, Itabuna, Itapetinga, Jussari, Feira de Santana e Valença, no interior.

A Gerência de Organização dos Serviços articulou a superação das “experiências piloto” provocando uma ampla discussão no seio da SESAB, instando os outros setores da Secretaria a um posicionamento mais efetivo em relação à distritalização e procurando evidenciar as oposições ao processo e melhor trabalhá-las. (Cardoso, citada por Flores, 1991:129)

Na produção teórico-normativa sobre a distritalização destaca-se o documento “Distritos Sanitários - Conceituações/Princípios Básicos”, caracteriza-se o DS como uma Unidade mínima do Sistema de Saúde, com uma base territorial-populacional e um conjunto de equipamentos de saúde (que, através de suas práticas, corporificam sua resolutividade). Atribui-se a esses equipamentos ações básicas de promoção, prevenção e recuperação, garantindo-se referência e contra referência aos níveis hierárquicos mais complexos. (Flores, 1991:130)

Destacam-se os DS como o espaço social onde a Reforma Sanitária se materializará, e se demonstra ser o SUDS melhor que o sistema assistencial

privatista, pois sua oferta de serviço é mais igualitária, efetiva e tem um custo menor.

São explicitados 18 princípios orientadores para a distritalização:

- a) impacto na redução dos níveis de morbidade e mortalidade;
- b) organização por problemas, estabelecendo-se prioridades e medidas de ação;
- c) descentralização, como forma de exercício de autonomia nos planos político-administrativo e técnico;
- d) planejamento local;
- e) base territorial, definindo-se a responsabilidade da equipe sobre uma determinada população;
- f) setorização, definindo-se a organização interna dos equipamentos em relação à população;
- g) dispensarização, supondo-se a busca ativa da população sob responsabilidade das unidades;
- h) adscrição de clientela, definindo-se a vinculação do paciente ao DS, à unidade ou ao profissional;
- i) co-responsabilidade, entre serviços e população;
- j) participação popular, através de mecanismos de participação criados pela própria população;
- l) hierarquização, organizando as unidades em níveis de complexidade;
- m) referência e contra referência;
- n) mando único;
- o) integralidade de atenção, adequação tecnológica;
- p) política de recursos humanos;
- q) heterogeneidade na homogeneidade;
- r) princípio da realidade.

Esses princípios deveriam ser divulgados e discutidos com os trabalhadores de saúde e representantes dos usuários, aprofundando-se um processo de mudanças nos níveis técnico, administrativo, político-ideológico e cultural. (Flores, 1991:131 e 132)

Em 1988 foi assinado um convênio com a OPAS (Organização Panamericana de Saúde), para se instituir a proposta dos DS. Através deste convênio vários profissionais envolvidos no processo de distritalização tiveram contato com a formulação dos SILOS e com experiências internacionais de sua execução.

O representante da OPAS, Dr. Eugênio Vilaça Mendes, pretendia uma reelaboração da proposta SILOS com uma marca brasileira, **“houve mais uma refuncionalização da noção de SILOS (na visão de Barbara Freitag) do que uma reprodução da proposta da OPAS”**, (Paim, 1995).

O distrito de Itapagipe foi o primeiro a ser pensado, nesta experiência.

A articulação com a cooperação italiana em saúde, em 1989, através da Associazione Italiana dei Solidarietà fra i Popoli - AISPO, carreou recursos para o desenvolvimento do DS de Pau da Lima, no município de Salvador, construindo a experiência-referência de materialização das novas formulações para o sistema de saúde, defendidas pelo grupo baiano em associações com a OPAS e AISPO.

A partir de 1990, essa experiência foi bastante documentada e divulgada, e influenciou o desenvolvimento de outras experiências, em outros Estados, patrocinadas pela representação da OPAS no Brasil, como a distritalização do município de São Paulo-SP (financiada pela AISPO) e as assessorias aos municípios de Natal-RN, Fortaleza-CE, Belo Horizonte e Ipatinga -MG e Curitiba-PR. (Mendes, 1993; Cardoso, 1991; Kadt & Tasca, 1993; Teixeira & Melo, 1995)

No terceiro momento, ao final de 1989, a conjuntura político-administrativa do Estado da Bahia sofreu sérias alterações, com o afastamento do governador Waldir Pires do governo para se candidatar a vice-presidente na chapa de Ulisses Guimarães (PMDB) na disputa pela Presidência da República.

O novo governador, Nilo Coelho, formou um outro arco de alianças de sustentação ao seu governo em que o apoio à Reforma Sanitária não era prioridade. Restabeleceram-se práticas clientelísticas que provocaram a saída, do governo, da maioria das pessoas envolvidas com o Movimento Nacional da Reforma Sanitária, esvaziando-se o processo de descentralização do Estado da Bahia, (Paim, 1990 e 1995). O processo de municipalização da saúde e a articulação com instituições internacionais como a OPAS e Cooperação Italiana asseguraram a manutenção das propostas apenas nas áreas de referência, como o Distrito de Pau da Lima.

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA

A proposta baiana de SILOS tem como marco de referência inicial a epidemiologia social latino-americana (Paim, 1995); onde enfatiza-se o vínculo Saúde - Condições de Vida na construção de uma teoria explicativa que

correlacione as dimensões biológicas, ecológicas, da consciência e conduta e dos processos econômicos, a partir do conceito de reprodução social. (Castellanos, 1990)

Paim (1995) acrescenta a associação da Epidemiologia Social às reflexões de Mario Testa na formulação do Pensamento Estratégico em Saúde.

Testa, a partir das categorias Poder e Ideologia, propõe, para um melhor conhecimento dos problemas de saúde, três tipos de diagnósticos: administrativo, estratégico e ideológico.

O diagnóstico administrativo, clássico em planejamento, calcula e enumera a população, os eventos mórbidos, as mortes, os recursos disponíveis e atividades desenvolvidas em saúde. As cadeias epidemiológicas e os nós técnicos críticos são identificados. Os recursos e atividades necessários são planejados segundo critério técnicos que levam em conta eficácia e eficiência.

O diagnóstico estratégico analisa as relações de poder no setor saúde. Essas relações são identificadas e analisadas. As diversas desigualdades na situação de saúde e na atenção à saúde, entre segmentos da sociedade marcados pelas diferenças de classe social, são evidenciados.

As relações de poder internas aos serviços de saúde também são analisadas e classificadas em três tipos de poder: o técnico, o administrativo e o político.

O diagnóstico ideológico analisa a ideologia dos grupos sociais com interesses em saúde. Revela a compreensão destes grupos sobre a saúde e a sociedade (consciência sanitária e social) e as práticas relacionadas com esta compreensão.

Um momento integrador reconstrói a realidade de saúde analisada, buscando-se evidenciar o espaço social setorial a partir de sua estrutura de poder. Atores sociais e interesses são analisados em sua capacidade de relacionar-se com outros atores e influir no debate de saúde. A síntese diagnóstica propicia a formulação de propostas programático-estratégicas. (Uribe Rivera, 1989; Giovanella, 1990 e 1991; Testa, 1992)

Mais tarde, de acordo com Mendes, foram incorporadas as concepções de Herzlich, reatualizadas pelas contribuições da Genética, da Imunologia e da Neurofisiologia; e as da Carta de Otawa.

Para Herzlich, citada por Mendes, ***“a saúde constitui um modo de relação, de tipo equilíbrio-desequilíbrio do homem com seu meio, onde***

intervêm fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais”.

A Carta de Otawa, documento extraído na I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada no Canadá, em 1986 - diz que são requisitos fundamentais à saúde: a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a eqüidade. (Mendes, 1993:11)

A proposta baiana de SILOS tem como elementos estruturantes do seu desenvolvimento os seguintes conceitos chave:

a) Território: a base territorial é inerente à concepção de distrito sanitário. O território é concebido como território-processo, conceito inspirado na obra de Milton Santos, que é um espaço em permanente construção, fruto da disputa entre sujeitos sociais numa determinada arena política. (Donato et al, 1989)

“O território - processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflito de interesses, de projetos e de sonhos. Esse território, então, além de um território-solo é, também, território econômico, político, cultural e sanitário”. (Mendes, 1993)

O território-processo também retrata as desigualdades de condições de vida dos grupos sociais que o compõem. Por isso há necessidade de se redividir o território para melhor evidenciar estas desigualdades. O planejamento urbano, a geografia humana, a economia, a sociologia, a antropologia e a epidemiologia instrumentalizam um esquadramento do território-processo e uma sistematização de problemas através de mapas inteligentes.

b) Problema: o enfoque por problemas é o elemento articulador das formas de intervenção materializada em práticas sanitárias.

“Por problema de saúde deve entender-se a representação social de necessidades de saúde, derivada de condições de vida e formuladas por um determinado ator social, a partir de uma percepção de uma discrepância entre a realidade constatada ou simulada e uma norma aceita ou criada como referência”. (Mendes, 1993, citando Matus)

“Parte do reconhecimento de um território para, sem posições apriorísticas, identificar, descrever e explicar os macro-problemas de saúde ali contidos, referidos por atores

portadores de um dado projeto de saúde, para depois, articular, através de práticas sanitárias, as diferentes disciplinas e setores, num conjunto de operações interdisciplinares, destinadas a solucioná-los, tendo presente a disponibilidade real de recursos existentes naquele território". (Mendes, 1993:14)

O enfoque por problemas baseia-se na técnica de Pareto. Segundo Pareto, pequeno número de causas é o responsável pela maior parte de um problema.

Através da discussão entre técnicos e a população podem-se definir problemas, o modo de enfrentamento destes problemas; as práticas sanitárias correspondentes e a micro-localização destes problemas no território-processo.

O enfoque por problemas pressupõe a interdisciplinariedade, 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.³

c) Práticas Sanitárias: partindo das reflexões de Donnangelo (1976) e Gonçalves (1979, 1986), as ações de saúde a serem desenvolvidas pela organização da assistência em D.S. são concebidas como práticas de saúde, ou seja, uma prática social articulada com a totalidade social em suas dimensões econômicas, políticas e ideológicas.

Essas práticas podem ser redefinidas na reconcepção de seu objeto, o processo saúde-doença, e na análise de seus elementos constitutivos (sujeitos, meios de trabalho, processo de trabalho, organização das relações técnicas e sociais), ao mesmo tempo contribuindo, na interação com as outras práticas sociais, para a modificação mais ampla das relações sociais.

“Se o D.S privilegia as necessidades sociais de saúde, traduzidas em problemas pelos agentes dessas práticas, haveria de recorrer mais à epidemiologia que à clínica como meio da apreensão do objeto, menos ao médico individualmente no seu “colóquio singular” e mais ao trabalhador coletivo em outras formas de exercício.

Portanto, os modelos de organização de assistência em D.S. requereriam mais um trabalho epidemiologicamente orientado na perspectiva de uma atenção à saúde, na sua dimensão coletiva do que um trabalho clinicamente dirigido para o cuidado médico individual”. (Paim, 1994:206)

³Para aprofundamento desta questão ler Mendes et al, 1994 e Japiassu, 1976.

O planejamento local das ações se baseia 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 a demanda, epidemiologicamente identificada e, ao mesmo tempo, captar os usuários provenientes de demanda espontânea.

As “ações programáticas”, conforme concepção de Schraiber et al (1990) são a forma de organizar a atenção à demanda. As contribuições de Uribe Rivera (1989) e Teixeira (1994) sistematizando formas de planejar no nível local, inspiradas no planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus, ajudam na definição dos problemas de enfrentamento contínuo pelas equipes de saúde, e na programação de ações a serem desenvolvidas para tentar resolvê-los.

Há uma ênfase na prática da “Vigilância à Saúde”, conceituada como:

“...uma prática sanitária que organiza os processos de trabalho em saúde, sob a forma de operações, para comportar problemas de enfrentamento contínuo, num território determinado. Fá-lo através de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde/enfermidade, quais sejam, sobre produtos, os processos e os insumos dos problemas.

Por conseqüência, não incide, apenas, sobre os produtos finais deste processo como mortes, seqüelas, doenças e agravos mas, também, indícios de danos (assintomáticos), indícios de exposição (suspeitos), situação de exposição (expostos), grupos de risco e necessidades sociais de saúde”. (Mendes et al, 1992:16)

A INTEGRALIDADE

A integralidade na oferta das ações de saúde era encarada, inicialmente, na perspectiva de Leavell & Clark (1976), ou seja, na atuação nos vários níveis de prevenção possíveis na “história natural do agravo”. (Paim, 1995)

A dificuldade de compreensão dos médicos, acostumados aos meios de trabalho da clínica, em relação aos meios de trabalho de Saúde Coletiva constituíram, no entender de Paim (1995) o “núcleo duro” da dificuldade de implantação de proposta visando a integralidade das ações.

O contato com a tese de doutorado de Ricardo B.M. Gonçalves (1986) que analisava o processo de trabalho nas Unidades de Saúde trouxe luzes à esta problemática.

Outra questão importante, indicada por Paim (1995) foi a dos programas

verticais de saúde pública. Criticados como fragmentadores da realidade, verticalizados em suas decisões, forma de atuação e em seu controle, os clássicos programas de saúde pública contrariam a lógica da distritalização e da integralidade. Porém, esses programas acumularam conhecimentos, formas de controle e avaliação que poderiam ser úteis na programação, horizontalizada, no nível local. Buscou-se a diluição dos programas verticais na atenção básica prestada pelas unidades, mantendo-se, porém, suas normas e os critérios de avaliação aplicados à nova forma de atuação. (Teixeira & Paim, 1990)

Quanto à prática sanitária, a integralidade, na visão de Mendes (1994), se manifesta em duas dimensões: na integração, definida por um problema a ser enfrentado por um conjunto de operações articulado pela prática de Vigilância à Saúde, e, dentro de cada Unidade de Saúde, pelas práticas sanitárias de atenção à demanda e de vigilância à saúde.

Um exemplo disto podemos observar na atuação do DS de Pau da Lima.

Ao enfrentar as doenças diarreicas e o cólera como problema de enfrentamento contínuo, iniciou-se a abordagem pelas ações preventivas e curativas tradicionais, previstas no programa de doenças diarreicas. Com o desenvolver das operações, ampliou-se a explicação do problema e a vigilância à saúde e envolveu-se outras operações, como educação para a saúde, fornecimento de água, alimentação, esgotamento sanitário, melhorias habitacionais e sanitárias, lixo, drenagem urbana, comunicação social e até geração de empregos para grupos de risco. (Mendes, 1993:18)

HIERARQUIZAÇÃO

Na organização da rede de serviços de forma hierarquizada, optou-se por uma concepção funilar de níveis de assistência, onde o acesso de usuários dar-se-ia através de uma “porta de entrada única” representada pelas unidades primárias, (excetuados os casos de emergência e as urgências clínicas, cirúrgicas e obstétricas).

No nível primário, seriam oferecidos os serviços de atendimento clínico, tocoginecológico e pediátrico, além das ações de vigilância à saúde (inicialmente representada pelas vigilâncias epidemiológica e sanitária).

O nível secundário seria constituído por consultórios especializados e pequenos hospitais de tecnologia intermediária.

O nível terciário abrangeria os grandes hospitais gerais e especializados que têm a tecnologia necessária ao desenvolvimento de subespecialidades; os níveis secundário e terciário servem de referência ao nível primário.

Essa rede é articulada regionalmente pelo Distrito Sanitário.

A UNIDADE PRIMÁRIA

Na concepção de Teixeira & Paim (1990), as unidades primárias possuem um Serviço de Arquivo Médico - SAME organizado, uma triagem normatizada e um serviço de pronto-atendimento capaz de atender às demandas individuais, ou encaminhá-las aos serviços de referência.

O atendimento na unidade seria organizado por grupos populacionais (criança, mulher em idade fértil, adulto em geral, idoso).

Esses serviços seriam rotinizados para melhor identificação e controle de agravos reconhecidos como problemas prioritários, definidos pela epidemiologia.

Nesta “oferta organizada de ações” seriam incluídos os usuários provenientes da demanda espontânea e aqueles, buscados, ativamente, através de ações no âmbito comunitário (dispensarização).

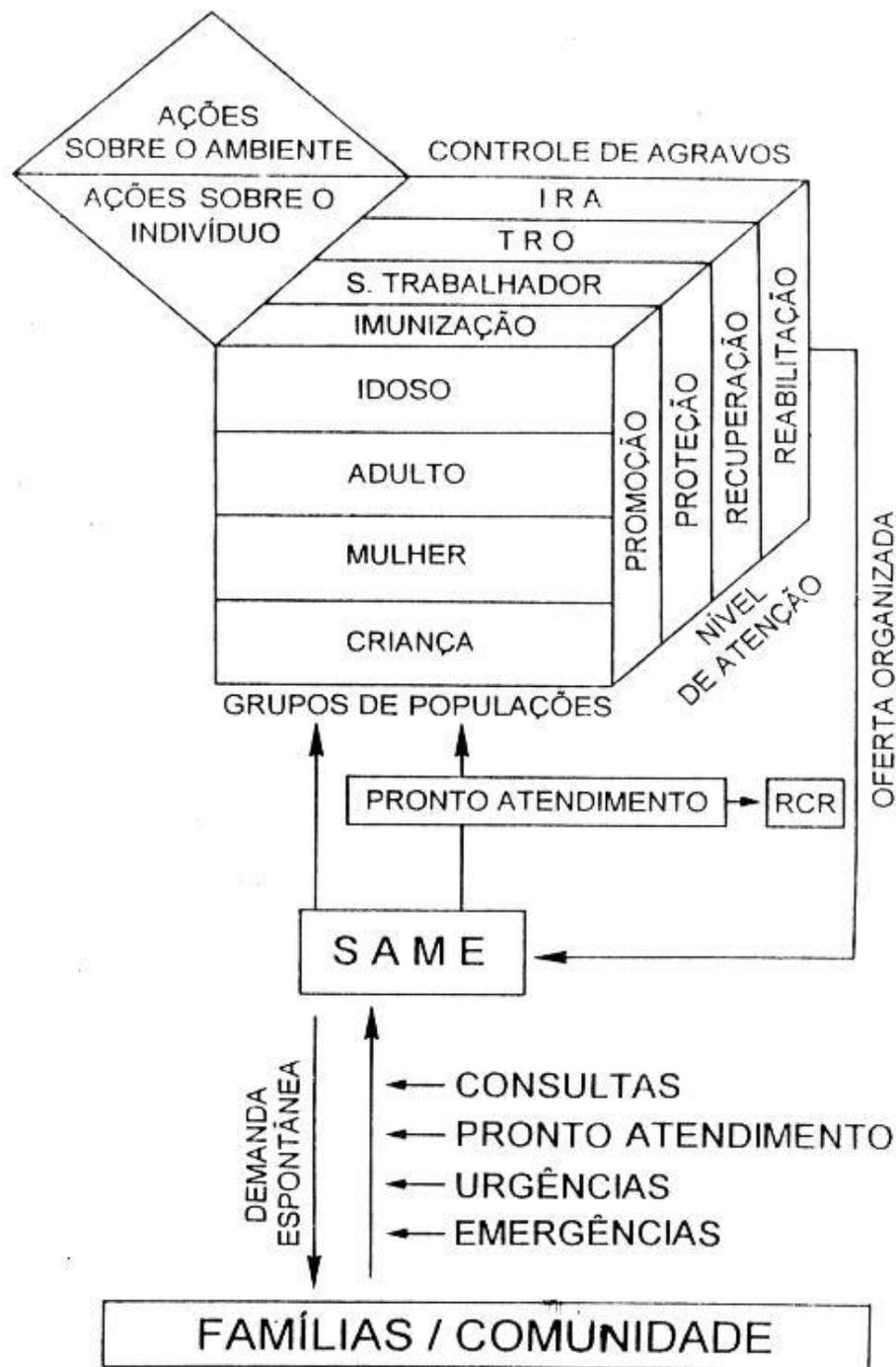
As ações de proteção, promoção e recuperação da saúde serão oferecidas a todos usuários e seus familiares, a partir da demandas espontânea ou através de visitas domiciliares e de ações articuladas com as entidades e equipamentos sociais da comunidade (associações de moradores, igreja, escolas, creches, etc).

“A organização interna das unidades, bem como as normas e rotinas elaboradas, deverá dar conta não só da atenção médica individual, mas também das ações coletivas a serem adotadas para cada situação diagnosticada”. (Teixeira & Paim, 1990)

A capacitação dos profissionais de saúde visando o conhecimento da atuação ampliada da unidade, e o desenvolvimento de mecanismos coletivos de avaliação da unidade, dos profissionais e da evolução do perfil epidemiológico local, são necessários.

A representação esquemática da proposta de Teixeira e Paim está na figura 1.

FIG. 1 - ARTICULAÇÃO DA "DEMANDA ESPONTÂNEA COM A "OFERTA ORGANIZADA" NO ÂMBITO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



FONTE: TEIXEIRA & PAIM, 1990

O DS de Pau da Lima possuía 9 Centros de Saúde, organizados para atender a demanda espontânea, e tinha como característica o exposto na tabela nº 1.

TABELA 1
PERFIL QUANTITATIVO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS CENTROS DE SAÚDE
DO DISTRITO SANITÁRIO DE PAU DA LIMA EM 1988

CENTRO DE SAÚDE	HORÁRIO	GENERALISTA	PEDIATRAS	GINECOLOGISTAS
Nova Brasília	8-12	1	1	-
Dom Avelar	fechado	-	-	-
Novo Marotinho	8-12	1	1	-
Canabrava	8-12	1	1	-
CSU C. Branco	8-12	1	1	-
Pau da Lima	24 h*	1	1	1
7 de abril	24 h*	1	1	1
Castelo Branco	24 h*	1	1	1
Total	-	7	6	3

Fonte: Kadt & Tasca, 1993

* Estes Centro de Saúde nunca ofereceram 24 horas de cobertura para as três especialidades, devido a ausências freqüentes, e injustificadas, dos médicos.

A área de abrangência dessas unidades de saúde era definida sem se levar em conta o acesso da população. As atividades se concentravam no interior das unidades e beneficiavam as populações que se deslocassem espontaneamente para procurá-las.

O trabalho de distritalização mapeou as várias comunidades daquele território e redefiniu as áreas de abrangência da Unidade de Saúde considerando acesso físico, barreiras naturais e sistema de transporte.

Foram estudadas as várias regiões do distrito em suas condições sócioeconômicas e sanitárias.

A heterogeneidade encontrada entre regiões e, principalmente, dentro de uma mesma região, se evidenciou e serviu de base para a reorientação de ações de promoção de saúde.

As equipes das Unidades de Saúde elaboraram, junto com a equipe distrital e a comunidade, planos de atuação locais, utilizando métodos inspirados no planejamento estratégico.

Deu-se prioridade a problemas de enfrentamento contínuo na reorganização dos serviços, buscando-se “ações programáticas”.

Ampliou-se o horário de atendimento das unidades, com o fim de atender a população que não conseguia ir aos serviços nos horários anteriores.

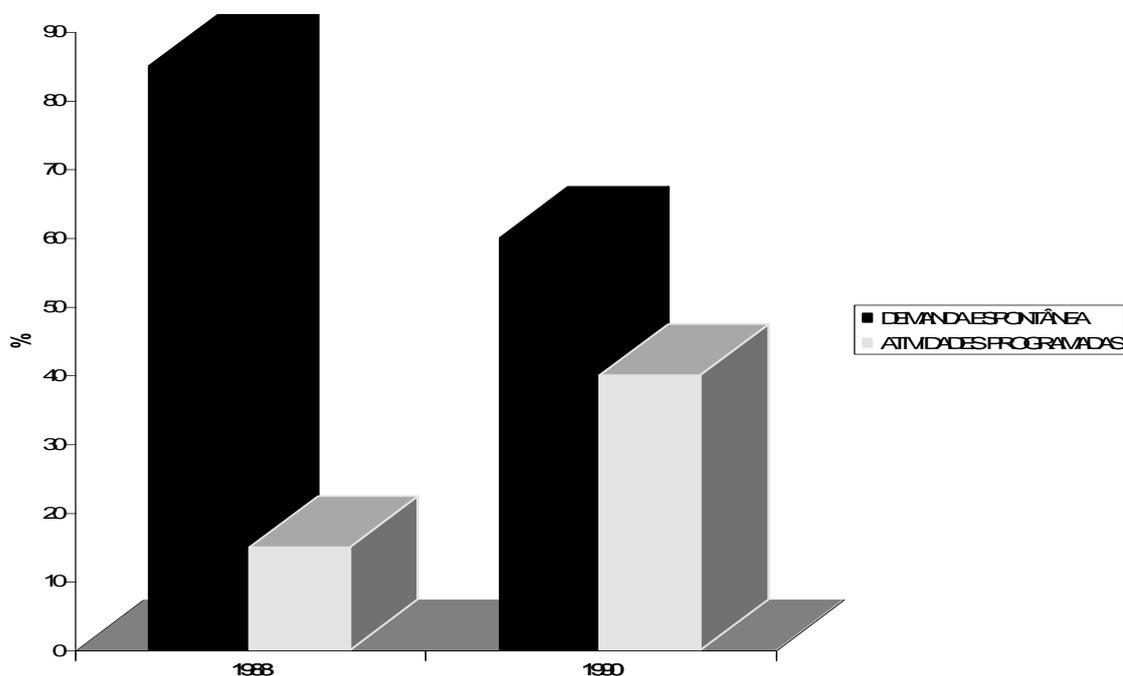
A tabela nº 2 e o gráfico nº 1 ilustram as modificações obtidas na reorientação das Unidades de Saúde.

TABELA 2
PERFIL QUANTITATIVO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA DOS CENTROS DE
SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO DE PAU DA LIMA EM 1990

CENTRO DE SAÚDE	HORÁRIO	GENERALISTA	PEDIATRAS	GINECOLOGISTAS
Nova Brasília	7-19	2	2	-
Dom Avelar	7-19	2	2	-
Novo Marotinho	7-19	2	2	-
Canabrava	7-19	2	2	-
CSU C. Branco	7-19	2	4	2
Pau da Lima	7-19	2	2	2
7 de abril	24 h	3	3	3
Castelo Branco	7-19	2	4	2
Total	-	17	21	9

Fonte: Kadt & Tasca, 1993

GRÁFICO 1
PRODUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO DE
PAU DA LIMA (%)
1988-1990



FONTE: Kadt & Tasca, 1993

As equipes das Unidades de Saúde foram modificadas e ampliadas para dar conta das novas atividades. Agentes de Saúde da Comunidade foram recrutados e treinados para atividades simples de promoção à saúde, pesquisa e

atualização de informações sobre a saúde das populações.

O trabalho desses agentes, supervisionados por profissionais das unidades, possibilitou concentrar atividades em áreas com indicadores de risco à saúde elevados.

Como exemplo deste tipo de prioridade citam-se as campanhas de vacinação casa a casa, em micro áreas cujo acesso às Unidades de Saúde, para essa atividade, era difícil.

Para facilitar o processo de gerência do distrito e a sistematização dos dados demográficos, sócioeconômicos, sanitários e outros, foi desenvolvido pela Cooperação Italiana um Sistema de Informações Geográficas - SIG, denominado de Blader Runner.

Esse SIG permitiu tornar mais ágil o processamento das informações e a construção de mapas inteligentes sobre a problemática local, utilizados pela equipe distrital, pelas equipes das unidades, pela população e por outras instituições da localidade; esses mapas também serviram para ampliar o conhecimento, da população, sobre seus problemas e sobre perspectivas de solução.

AS UNIDADES DE REFERÊNCIA

Não encontramos uma sistematização da discussão do papel de hospitais ou ambulatórios especializados na proposta baiana de SILOS.

Paim (1994), em um texto didático sobre “Organização da atenção à saúde para urgência/emergência” (elaborado em 1989 e revisado em 1992), abordou, as questões referentes aos hospitais de urgência e emergência, caracterizando as situações comuns àquelas unidades, a densidade tecnológica necessária e; as qualidade e humanização requeridas na prestação de serviços.

São propostas as seguintes medidas para reorganização da atenção à urgência/emergência:

- a) a adoção de serviços de pronto atendimento, integrados às demais atividades de oferta organizada de assistência, em todas as unidades primárias;
- b) a realização de estudos de demandas às unidades, para melhor se conhecer os problemas;
- c) a capacitação técnica das equipes atuantes nas unidades de referência para esta demanda;

- d) normatização do atendimento;
- e) definição de padrões de resolutividade;
- f) criação de central única de internações;
- g) implantação de mecanismos de avaliação de desempenho e controle da utilização dos hospitais;
- h) avaliação da referência e contra referência;
- i) garantia de transporte, para os pacientes, aos locais de referência para o atendimento.
- j) medidas de profilaxia de agravos, veiculadas através de Informação, Educação e Comunicação em Saúde.

INTER-SETORIALIDADE

Para Paim (1995), a necessidade de articulação inter setorial já existia no Plano Decenal de Saúde para as Américas (1972) e foi assumida pelo movimento de Reforma Sanitária na 8ª Conferência Nacional de Saúde, (1986). A proposta baiana de SILOS, ao adotar o planejamento estratégico-situacional, valoriza implicitamente a articulação inter setorial.

Em virtude da complexidade e da má definição dos problemas de saúde, argumenta Mendes (1994), há a necessidade de uma abordagem matricial no enfrentamento deste problema, envolvendo setores fora do setor saúde. Considera-se que essa articulação se deva dar nos níveis superiores de governo para melhor integração de atividades que, por sua vez, podem ser coordenadas, no nível distrital, pela autoridade sanitária local.

No D.S Pau da Lima, a utilização do SIG-Blade Runner possibilitou a sistematização de dados referentes a vários setores que interagem no território trabalhado, facilitando a percepção dos fatores extra setoriais que determinavam saúde ou doença. Essas informações permitiram a discussão com as demais autoridades locais e a realização de algumas ações conjuntas. Também serviram para se ampliar o conhecimento por parte da população sobre seus problemas e perspectivas de solução.

Um exemplo citado é o da equipe do Centro de Saúde Nova Brasília ao priorizar atividades na microárea de Jaguaribe II.

Essa microárea correspondia a um conjunto habitacional construído pelo governo estadual que, por falta de recursos, foi entregue aos moradores inacabado. Não foram feitas as obras de infraestrutura sanitária e isso acarretou

mortes infantis, no ano de 1990. O D.S de Pau da Lima, a comunidade local e órgão responsável pela construção do conjunto residencial, uniram-se na elaboração de um programa local de esgotamento sanitário de baixo custo.

Realizadas as obras, o impacto esperado não foi satisfatório; vários problemas técnicos e políticos prejudicaram os resultados.

A análise de “microtendência” feita no Blade Runner possibilitou a constatação do impacto no nível de microárea e mostrou as causas do insucesso, contribuindo para o replanejamento de atividades.

Pelos meios tradicionais de avaliação de indicadores gerais, não seria possível a evidenciação dos problemas em microáreas. (Kadt & Tasca, 1993:82-85)

DIFICULDADES E OBSTÁCULOS

Paim (1995) apontou alguns obstáculos ao desenvolvimento da proposta baiana de SILOS. Em primeiro lugar, a saída de Waldir Pires do governo da Bahia, pois a descontinuidade político-administrativa prejudicou a consolidação da proposta. A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia esteve “cercada” pela Imprensa que veiculava uma torrente de críticas feitas pelos adversários políticos (também proprietários dos principais meios de comunicação). Os avanços produzidos pela proposta não ganhavam a “grande imprensa” dificultando-se o estabelecimento de alianças com setores da população para a defesa da proposta.

Também da Assembléia Legislativa da Bahia não vinha apoio, pois havia dificuldades no estabelecimento de relações clientelísticas com esse tipo de proposição. A rapidez do “tempo político” em contraposição à lentidão do “tempo técnico”, na realização das mudanças, dificulta a articulação de alianças políticas de sustentação.

O nível local, os médicos e seus poderes estabelecidos, tornavam lento o processo de incorporação de novas práticas sanitárias nas Unidades de Saúde. Os técnicos pertencentes às tradicionais instituições de Saúde Pública (FSESP, SUCAM e Secretaria Estadual de Saúde) também constituíram barreiras à “diluição” de suas funções na atenção integralizada.

O setor privado da prestação de serviços, apesar de contrário à proposta, tinha seu poder de oposição, explícito, diminuído pela revelação de fraudes e

irregularidades em suas práticas.

Entretanto, a experiência continuou no processo de municipalização da saúde em Salvador e em vários municípios do Brasil.

III.2- A Proposta De Curitiba - “SAUDICIDADE”

Esta proposta tem origem no final da década de 70, quando o prefeito Jaime Lerner nomeou Armando Raggio, médico patologista, para a então Diretoria de Saúde da Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Curitiba (Leitão, 1992 e Giacomini, 1995).

Com base na discussão de Atenção Primária à Saúde e de Medicina Comunitária, foram propostas modificações na atuação das Unidades Municipais de Saúde, assim como planejada e executada a expansão de rede municipal de saúde. A saúde era entendida em termos de determinação social e seus determinantes deveriam ser discutidos.

As Unidades de Saúde foram organizadas segundo áreas de abrangência e seus serviços tomaram a forma de Programas (da Mulher, da Criança, de Diabéticos, de Hipertensos e outros). Utilizava-se o trabalho de agentes de saúde, oriundos das comunidades, da área de abrangência. Em 1979, deram-se os primeiros passos para um processo de reformulação na saúde de Curitiba.

A discussão daquela proposição e o empenho do grupo dirigente da saúde alimentaram o Movimento pela Reforma Sanitária no plano nacional. (Giacomini, 1995)

Em 1983, Luís Cordoní foi nomeado Secretário Estadual de Saúde do Paraná e levou o grupo que discutia a Reforma Sanitária, em Curitiba, para a administração da Secretaria Estadual. Viviam-se o contexto das Ações Integradas de Saúde e se tinham como diretrizes de trabalho a melhoria da qualidade da assistência, o maior acesso aos serviços de saúde e a participação da população nas decisões políticas.

O fim da gestão Cordoní, em 1986, e a perda de espaços políticos, levou os membros do grupo dirigente a se abrigarem nas universidades e no NESCO (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva). Criado em 1987, e vinculado às Universidades Estaduais de Londrina, Maringá e Ponta Grossa, o NESCO tinha o propósito de atuar no Ensino e Pesquisa em Saúde Coletiva, e de assessorar as instituições de saúde, em especial os serviços de saúde.

Isto permitiu a articulação com outros grupos e instituições nacionais e a

produção teórica sobre a política de saúde no Brasil, divulgada através de revistas especializadas (Saúde em Debate, Espaço para Saúde e outras).

A volta ao espaço político-institucional se dá em 1989, com a eleição de Jaime Lerner para prefeitura de Curitiba, agora em seu terceiro mandato.

Mário Leitão foi indicado como Secretário de Saúde (1989 a 1992), sendo sucedido por Armando Raggio. Os dois se empenharam na implantação da proposta. A eleição de Rafael Greca como prefeito, apoiado por Lerner, garantiu a continuidade da proposta, indicando-se Armando Raggio como Secretário de Saúde (1993-1994).

Em 1991, estimulados pela efervescência gerada em decorrência da implantação do SUS, da legislação sanitária, da 1ª Conferência Municipal de Saúde e da criação do Conselho Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - SMS resolve reavaliar a forma de atuação de sua rede. Sabia-se que a rede, apesar de ter crescido, vinha acumulando uma certa ociosidade e reprimindo certas demandas populacionais de assistência. (Baracho & De Laat, citado por Giacomini, 1994)

O modelo de atenção a ser instituído era o preconizado pelo SUS e o distrito sanitário, como concebido pelo movimento da Reforma Sanitária, a estratégia de mudança. (MS/SESUS, 1990)

Essa diretriz encontrou amparo na reforma administrativa promovida na Prefeitura ao final de 1991. A oportunidade de descentralizar a administração da Prefeitura, regionalizando-se instâncias de atuação, parecia favorável à distritalização de saúde, embora, os técnicos da SMSC tivessem certas discordâncias sobre a reforma administrativa proposta.

Foram criadas Regionais de Saúde e a figura do Gerente Regional, encarregado da articulação dos serviços de saúde, e de outros serviços, no nível regional.

O contato de Curitiba com a proposta SILOS se deu em 1992, através do Dr. Eugênio V. Mendes, da OPAS.

Várias oficinas de trabalho realizadas discutiram o “novo paradigma” de saúde, proposto por Mendes. As experiências de Pau da Lima (BA) e Vale do Aço Mineiro foram apresentadas como exemplos de atenção.

A administração da SMSC decidiu adotar o núcleo central de metodologia SILOS, adaptando-o às condições locais e implantando-o em toda a rede municipal de saúde. Para Giacomini (1995), ganhou-se em generalização e

perdeu-se em profundidade da discussão. Coube ao Gerente Regional a coordenação do processo de implantação da proposta, constituindo, ao mesmo tempo, sua própria instância de trabalho.

Os chefes de Unidades de Saúde foram chamados de Autoridade Sanitária Local, pois se configurava sua responsabilidade sobre todos os eventos e condições que interferissem na Saúde ou Doença de uma determinada área de abrangência. Ainda não se discutia a adscrição de clientela.

Giacomini (1995), também ressalta o questionamento do Prefeito Lerner sobre a atuação do Secretário de Saúde. Para o Prefeito, a Secretaria atuava sobre a Doença e não sobre a Saúde, em antítese a proposta de urbanização e qualidade de vida defendida, e praticada, por sua administração.

Raggio, criticando os “modelos sanitários” e sua capacidade limitada de atuar na problemática gerada no processo de urbanização acelerado, das regiões metropolitanas, propõe o conceito de “Saudicidade” para repensar o papel do setor saúde. **“Saudicidade: Saúde para a cidade, saúde para os cidadãos que nela possam potencializar a plenitude da vida, isto é o oposto da patogenicidade”.** (Raggio, 1992a:45)

A materialização da proposta se dá em um planejamento municipal integrado, solidário, onde as políticas e técnicas dos vários setores se articulam no atendimento das necessidades da população.

No setor saúde, o processo de construção dos Sistemas Locais de Saúde delegaria ao nível local uma maior capacidade resolutiva de problemas.

Por outro lado;

“paralelamente a este movimento de territorialização e enfrentamento dos problemas, deve avançar a consciência coletiva de que a desmedicalização e desospitalização são caminhos para a maior autonomia dos grupos e indivíduos”.
(Raggio, 1992a:45)

Os fundamentos que orientam a ação (inter)setorial em saúde, na visão de Raggio, precisam ser resolvidos na busca por formas criativas de emancipação da sociedade e da autonomização dos sujeitos.

Os debates que ocorreram nas Regionais de Saúde culminaram na 2ª Conferência Municipal de Saúde (1994) que, em consonância com o Conselho Municipal de Saúde, aprovou sete diretrizes gerais de atuação da SMSC:

- a) gestão plena dos serviços e ações de saúde do SUS/Curitiba;

- b) descentralização e regionalização;
- c) vigilância à saúde da população;
- d) controle social;
- e) busca permanente de qualidade;
- f) política de informação e comunicação;
- g) política de recursos humanos.

As estratégias principais de desenvolvimento da proposta eram:

- a) atuação inter-setorial;
- b) educação em saúde;
- c) regulação dos serviços de saúde que compõem o SUS/Curitiba;
- d) incentivo à constituição dos Conselhos Locais de Saúde e à atuação do Conselho Municipal e dos Conselhos Locais de Saúde já existentes;
- e) desenvolvimento gerencial em todos os níveis;
- f) informação e comunicação intrainstitucional e com população;
- g) atuação política dentro do Movimento Sanitário e nas propostas para o setor saúde;
- h) descentralização gerencial e das ações em saúde;
- i) elaboração de projetos para captação de recursos;
- j) desenvolvimento de indicadores de saúde, monitoramento e avaliação;
- l) enfoque voltado à saúde de família. (NESCO, 1995:27)

Na articulação política, foram também privilegiados o fórum de Secretários Municipais do Paraná e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, do qual Armando Raggio ocupou a presidência.

A equipe de Curitiba manteve diálogo com a equipe da Bahia, do LAPA de Campinas, e do FUNDAP de São Paulo, para aprofundamento das metodologias de distritalização, planejamento estratégico e gerência.

Um Grupo Gerencial de Apoio participava dos eventos de discussão com os diversos grupos nacionais, adaptava os conteúdos às questões locais e os reproduzia na capacitação das equipes regionais e locais. Anualmente eram realizados os Encontros de Saúde Coletiva, para a apresentação dos trabalhos gerados na Unidades de Saúde do município e veiculação de novos conhecimentos.

No final de 1994 se realizou um Fórum Saudicidade, com a presença de

profissionais de Toronto (Canadá), Rosário (Argentina) e representantes do Banco Interamericano de Desenvolvimento.

Este fórum, além de apresentar a discussão das Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde e algumas experiências internacionais, também serviu para uma tentativa de articulação da rede de administradores municipais favoráveis àquela estratégia, no Cone Sul.

A OPAS e Ministério da Saúde proporcionaram, também em 1994, a realização do curso para Gerentes de Unidades Básicas de Saúde - GERUS. Neste curso foram inscritos todos os gerentes municipais de saúde, na tentativa de se desenvolver uma “massa crítica” para continuidade do processo de construção do SUS.

O lema de Saudicidade foi mantido na administração de Curitiba após a saída de Armando Raggio para a Secretaria Estadual de Saúde, no governo Jaime Lerner, eleito em 1994.

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA

A proposta de Curitiba inicialmente concebe saúde e doença na tradição de epidemiologia social latino americana; porém, a adesão à proposta de Vigilância à Saúde e ao SILOS, da OPAS, amplia sua matriz explicativa dos problemas de saúde.

Na discussão da “Saudicidade” há uma ênfase na compreensão do processo de urbanização e seus determinantes sobre a saúde e a doença, nas palavras de Raggio (1992a:44): **“a vida (individual e coletiva) será possível, nos espaços onde se manifesta, pela superação dos “gargalos” produzidos pela vertiginosa transição da modernidade”**.

Essa posição aproxima o grupo de Curitiba mais dos ditames da Carta de Otawa e do Movimento de Cidades Saudáveis da OMS, onde há ênfase da saúde como política central de governo e a articulação inter-setorial como estratégia principal de atuação.

Cabe destacar, no entanto, a ênfase atribuída à autonomização dos sujeitos em relação a saúde, suas instituições e práticas:

“a grande questão para a saúde coletiva, hoje, tem esta tradução: estender institucionalmente redes de dominação/dependência, medicalizando a sociedade e alienando a compreensão sobre os

determinantes de saúde-doença? Ou buscar formas criativas de emancipação da sociedade, de autonomização de sujeitos e, por consequência, resolver os fundamentos que orientam a ação (inter)setorial em saúde”. (Raggio, 1992a:44)

A INTEGRALIDADE

Inicialmente buscou-se a conceituação da integralidade das ações de saúde no receituário da 8ª Conferência Nacional de Saúde; como os problemas de saúde definem-se na totalidade biopsico-social de cada cidadão e de cada grupo social, seu enfrentamento se deve dar na totalidade, superando-se as dicotomias preventivo-curativo, clínico-epidemiológico e individual-coletivo. (Raggio, 1992 a:55)

Raggio insinuara sua interpretação da integralidade na oferta de serviços como:

“uma atitude inteligente com a diversidade, o tratamento diferente das diferenças, preservando a unidade, é a base para um planejamento orgânico e “colado” à realidade.

O uso inovado do instrumental epidemiológico, como condição mesma para a superação de suas limitações frente ao individual e à subjetividade.

A compatibilização da clínica e do pronto atendimento (agora também em unidades físicas diferenciadas como as “24 horas” e “12horas”) em sua eficácia resolutiva da dor e do sofrimento humano, com a epidemiologia e a atenção programada como formas de organização da Vigilância à Saúde sobre o território e como instrumentos de racionalização da atenção coletiva sobre problemas contínuos”. (1992 a:58)

Percebe-se já uma influência da discussão da “Vigilância à Saúde” e do SILOS supondo um trabalho articulado de equipes multiprofissionais com coordenação intra e inter-setorial.

Um exemplo de abordagem integral na assistência a saúde observamos no Projeto “Nascer em Curitiba vale a vida”, organizado para enfrentar a morbidade e a mortalidade infantil (Silva et al, 1995).

O Projeto oferece acompanhamento sistemático e prioritário a todas as crianças que apresentam maior risco de adoecer e morrer. A partir de critérios enumerados abaixo, (Quadro nº 3) crianças são classificadas por risco, através da Declaração de Nascidos Vivos (DN). Essas DN são encaminhadas às Regionais de Saúde e distribuídas às Unidades de Referência, conforme sua procedência.

Ocorre então uma busca ativa das crianças consideradas de risco, para inscrevê-las em um sistema de acompanhamento sistemático, através da Carteira de Saúde da Criança. Essas crianças são avaliadas quanto ao desenvolvimento em peso e altura e psicomotor, assim como as intercorrências mórbidas;. a Carteira possibilita “levar” a história da criança a qualquer unidade de atendimento.

A análise das DN permite um trabalho de qualificação do atendimento em Maternidades e Unidades de Saúde. Por exemplo: a vacinação contra rubéola para mulheres em idade fértil e um esquema combinado anti-rubéola, caxumba e sarampo para crianças foi uma das medidas para se evitar o aparecimento de casos de rubéola congênita.

Os óbitos neonatais são investigados, e levam a algumas ações específicas para aumentar a cobertura, como a ativação de um serviço de ambulância equipada para transportar recém-nascidos de risco até serviços complexos de referência.

Quadro nº 3 - Critérios de Risco do projeto “Nascer em Curitiba vale a Vida”

<u>Risco Biológico:</u>	
Fator Isolado	RN de baixo peso $\leq 2.500g$ Idade gestacional ≤ 36 semanas APGAR no 5º minuto ≤ 7 Idade materna < 20 anos
<u>Risco Social</u>	
Fatores Associados	Escolaridade materna: nenhuma /1º grau incompleto Nº de filhos vivos ≥ 3 Nº de filhos mortos ≥ 2 Ausência do nome do pai
(Silva et al, 1995)	

A HIERARQUIZAÇÃO

Raggio critica a hierarquização funilar proposta pela Atenção Primária à Saúde e pelo SILOS.

“Pior: ao reproduzir a rigidez estéril dos “modelos hierarquizados”, aplicados acriticamente à realidades urbanas altamente dinâmicas, processadoras da transitoriedade das sociedades contemporâneas, criam-se “paróquias” sanitárias - como se fosse possível constituir serviços de saúde pela superposição de camadas - com um nível primário (periférico), um nível secundário, um nível terciário, e assim sucessivamente,

com suas instâncias de competência”. (1992 a:44)

É proposto um sistema que convive com o pluralismo e faz dele um esforço concentrado no sentido de se obter equidade (Baracho, 1992:65). Coexistem Centros de Saúde com atendimento programado, Pronto-Atendimento, Unidades 24 horas com leitos de curta permanência e Odontoclínicas e o Laboratório Municipal.

A assistência hospitalar é fornecida por hospitais contratados ou conveniados ao SUS. A oferta de internações é gerida por uma central de leitos.

Às Gerências Regionais de Saúde cabe a articulação descentralizada deste sistema.

AS UNIDADES PRIMÁRIAS

Não há uma caracterização formal de Unidades Primárias (porta de entrada única) na proposta de Curitiba. A unidade local de saúde passou a desempenhar o papel de centro de referência para as questões de saúde de sua “área de responsabilidade”. (Ribeiro, 1995:34).

As Unidades de Saúde Municipais de Curitiba, seguiam o modelo de Saúde Pública (oferta de atendimento em programas clássicos, com pouca acolhida à demanda espontânea). Funcionavam cinco dias da semana (menos sábado e domingo) no horário de 7:30h às 21:30h, gerando grande sub-utilização da capacidade instalada. A demanda não atendida por essa organização se dirigia aos serviços privados.

Inicialmente, foi proposto para alteração deste quadro a adaptação da estrutura física e de recursos humanos pelas unidades no sentido de:

- a) abrir um terceiro consultório em unidades com grande demanda, para realização de Pronto Atendimento;
- b) abrir unidades 24 horas, em regiões estratégicas da cidade, como as próximas aos terminais de ônibus;
- c) introduzir unidades - 12x7, com funcionamento diário de 8 às 20h ou com fechamento em um dia (sábado ou domingo).

Essas mudanças permitiram estabelecer uma concepção modular que foi

utilizada no processo de regionalização de saúde.

São oferecidos atendimentos por programas, pronto atendimento e assistência odontológica. Criou-se a figura do médico generalista, inspirada no “general practitioner” da Inglaterra. Esse médico generalista trabalha na maioria das unidades e também se articula com profissionais especialistas (Pediatras, Tocoginecologistas, Clínicos Gerais e outros). Mais recentemente, propõe-se uma atuação do médico generalista no programa de saúde das famílias, onde a adscrição da população é ao profissional ou equipe de saúde. Cerca de 1000 famílias ficam sob a responsabilidade de uma equipe coordenada por um médico generalista.

Há também um processo de transformação das práticas das Unidades de Saúde na perspectiva da Vigilância à Saúde, sob inspiração da OPAS.

UNIDADES DE REFERÊNCIA

Há uma certa ênfase no papel das unidades de 24 horas como referência regional para urgência, suporte laboratorial e internações de curta permanência.

Piamowski e Voss (1995), relatam o esforço de se construir uma unidade que concentrasse a realização de exames laboratoriais, radiológicos, endoscópicos e cardiológicos. Essa unidade recebe, diretamente, ou através de postos de coleta em outras unidades, material de análise e pacientes que necessitem de recursos diagnósticos.

Quanto à assistência hospitalar, optou-se por uma política de regulação dos leitos privados conveniados e contratados ao SUS.

Esta regulação, segundo Thomas e Vaz (1995), se deu através de uma equipe multiprofissional que percorreu os seguintes passos para estruturação do setor:

- a) Conhecimento da oferta real de leitos hospitalares para o SUS, dada a discrepância entre leitos contratados e leitos efetivos;
- b) Estabelecimento de parâmetros de necessidade de leitos, por especialidade, utilizando-se, inicialmente, a Portaria MS - 3046/82;
- c) Conhecimento da proporção de internamentos hospitalares por procedência e clínicas;
- d) Estruturação do funcionamento da área hospitalar;
- e) Implantação de um sistema informatizado para gerenciamento;

- f) Formação e treinamento de equipe multidisciplinar para atuar no setor;
- g) Estabelecimento do controle e avaliação das autorizações de internações hospitalares;
- h) Sensibilização dos prestadores de serviços quanto ao processo de municipalização;
- i) Implantação da Central de Leitos, visando articular a demanda das Unidades de Saúde com a oferta de leitos.

Não encontramos na proposta de Curitiba, além do exposto acima, uma sistematização sobre a oferta de assistência hospitalar.

INTER-SETORIALIDADE

Este é o conceito mais enfatizado na proposta de Curitiba.

Segundo Giacomini (1995), o processo de regionalização (ou de distritalização) e identificação de problemas de saúde identificou várias situações de risco cuja solução se encontrava fora do âmbito do setor de assistência à saúde. A postura de Autoridade Sanitária Local, tanto no âmbito regional como local, levou a equipe de saúde a “provocar” uma ação conjunta com os outros setores da administração municipal. A Regional de Boavista, por exemplo, durante o ano de 1993 fez reuniões regulares de sistematização de problemas e soluções com as demais órgãos atuantes na região (Giacomini, 1995).

As mortes por afogamento nas “cavas” do Rio Iguaçu são um exemplo de problema fora de controle do setor saúde. Kalinowski (1995), relata o trabalho das Regiões de Saúde Boqueirão e Cajuru, junto com a Secretaria do Meio Ambiente, a Guarda Municipal, as Secretarias Municipais de Saúde e Meio Ambiente de São José dos Pinhais e o Corpo de Bombeiros no projeto “Lazer com Segurança” . Através de ações de informação e restrições de áreas de risco conseguiu-se diminuir de 21 mortos em 1991, para 12 em 1994, 10 em 1993 e nenhum em 1994. Investe-se agora em análises de balneabilidade da água usada para lazer e propostas para controle de qualidade destas águas.

Vários exemplos deste tipo de atuação são relatados (Moisés (1995) e outros autores). Pinçamos a atuação da unidade de saúde “Pró-morar Barigüi” no assentamento de populações em áreas de risco ambiental de contaminação de água por esgotos, relatado por Alves (1995). A articulação da Fundação de Ação Social, da Unidade de Saúde, da Cooperativa de Habitação e da Secretaria de

Obras permitiu o reassentamento da população em áreas mais salubres, assim como obras sanitárias e atividades de promoção de saúde.

Os exemplos não se restringem a articulações locais e regionais promovidas pelo setor saúde, mas se estendem a programas amplos de abrangência municipal, como os relatados por Castro (1995) e Okabe et al (1995).

DIFICULDADES E OBSTÁCULOS

Giacomini (1995), diz que, dada a característica “negociadora” do Secretário Armando Raggio, foram poucos os obstáculos a implantação de proposta.

Destaca a oposição política dos membros do Partido dos Trabalhadores e de setores do PMDB à Administração Municipal. Porém, essas oposições não teriam sido suficientes para atrapalhar as articulações políticas no Conselho Municipal de Saúde.

Forças isoladas dentro do partido do prefeito (PDT) tentaram ganhar a administração da Secretaria, sem resultados práticos.

Os prestadores privados e as organizações médicas agiram com “desdém” em relação às propostas, sem, contudo, conseguir estabelecer sérios obstáculos. Giacomini (1995) atribui esse desenvolvimento “sem grandes obstáculos” à conjuntura Política Estadual e Municipal altamente favorável e à capacidade de articulação dentro do município, intermunicipal e nacional, através do CONASEMS.

III.3- A Proposta LAPA - UNICAMP: “Em Defesa da Vida”

Esta proposta tem origem na sistematização de idéias e trabalhos de um grupo de profissionais de saúde que fundou o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde - LAPA, no final da década de 80.

Esses profissionais estavam engajados no Movimento Sanitário Nacional desde suas atuações na criação do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, no Sindicato dos Médicos de São Paulo, na renovação da Secretaria de Saúde Estadual e na Fundação do Partido dos Trabalhadores - PT.

O LAPA foi criado junto ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP e pretendia ser um espaço plural de articulação entre a Academia e Serviço, congregando profissionais de variadas formações e com experiência em Serviços de Saúde. A crença na Universidade como um espaço de produção e construção do SUS unia os integrantes do LAPA que, através de atuação direta, ou em assessorias, se têm esforçado em teorizar e concretizar experiências inovadoras.

Constatava-se que não havia, na prática, uma alternativa ao modelo

neoliberal (Campos, 1991 e 1992a), e a resposta do Planejamento Estratégico Situacional era insuficiente. Os modelos de atenção sugeridos não continham propostas para o trabalho médico (redefinição da clínica) e o atendimento ao indivíduo doente.

Essas inquietações levaram o grupo LAPA a tentar sistematizar uma proposta de Modelo Tecnoassistencial “Em Defesa da Vida”, cujo o manifesto foi publicado por Mehry e colaboradores (1991) na Revista Saúde em Debate nº 33 e divulgado na 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992).

Os princípios que norteiam a definição do Modelo Tecnoassistencial “Em Defesa da Vida” são:

- a) Gestão democrática;
- b) Saúde como direito de cidadania;
- c) Serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

A forma considerada para o desenvolvimento destes princípios é a organização das Instituições de Saúde em função dos direitos do cidadão aos serviços e a uma vida mais qualificada. (Mehry , 1992b:49)

A relação instituição/usuário deve permitir o controle social, uma gestão democrática de serviços; a humanização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde, e ampliar a consciência sanitária da população em geral.

O processo de trabalho em saúde deve incorporar as amplas dimensões apresentadas pelos problemas em saúde, incluindo os usuários a partir da forma que sentem suas necessidades em saúde e de serviços. A partir desta matéria-prima, é possível oferecer outras alternativas de serviços, acordadas com os usuários. (Mehry, 1992b:50).

A organização dos sistema de saúde deve dar conta das relações entre diversos tipos de prestadores de serviços (públicos e privados) e possuir gerentes locais e regionais como base fundamental de articulação.

Qualquer prestador de serviço deve estar submetido ao controle público e não somente aos mecanismos do Sistema Único de Saúde.

A humanização é vista como a garantia de acesso ao serviço e a todos recursos tecnológicos necessários para defesa da vida, de forma imediata; à informação individual e coletiva; e à equidade no atendimento a todos os cidadãos.

O Controle Social e a Gestão são viabilizados pela garantia de espaços de

participação dos usuários organizados socialmente; pelo acesso à informações do processo político-institucional dos serviços; e pela criação de organismos de gestão que permitam a atuação real dos setores sociais na definição dos rumos da política de saúde.

Quanto à consciência sanitária, o profissional de saúde deve contribuir para a “elevação” da mesma nos indivíduos e grupos, como direito e defesa da Vida. Há de se estabelecer uma relação pedagógica crítica não se ignorando o conhecimento da população quanto aos problemas de saúde e suas determinações sociais. Ou seja, estabelecer...**“um compromisso com uma maneira de gerir e agir no campo das ações de saúde, que coloca a atuação democrática dos sujeitos sociais no centro do processo de produção de serviços e no campo de formulação de políticas”**. (Mehry, 1992b:50)

A tentativa de implantação desta proposta se deu, inicialmente, na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (1989-1991), e se desenvolveu na assessoria à municipalização de Piracicaba - SP, Ipatinga e Betim - MG, Volta Redonda - RJ e em experiências de reorganização de instituições como o Hospital da Santa Casa de Belém-PA.

Na construção da proposta de modelo de gerência, a aproximação com Carlos Matus, através de consultoria e cursos, forneceu as primeiras “ferramentas”. Embora com algumas posições críticas em relação à teoria matusiana (Mehry, 1995), o pessoal do LAPA se serviu desse referencial.

As contribuições que Mário Testa também trouxe, através de supervisões, à equipe de Campinas, deixaram clara a relação dialética entre o objeto e o método e portanto, que o método nunca está “pronto” (Campos, 1996).

Adotou-se a noção de “caixa-de-ferramentas”, que dá à metodologia um caráter flexível e permite uma melhor adequação de métodos à problemática a ser enfrentada. As contribuições de Foucault, Guattari e Deleuze enriqueceram a abordagem metodológica. Porém, “isto não é ser eclético” e sim, tendo em vista o objeto e o processo de trabalho, ter certa liberdade de não se prender a nenhum método específico - “uma crítica dialética com incorporações” (Campos, 1996).

Trabalhou-se na adaptação da “ferramenta” do planejamento para o cotidiano da equipe de saúde e na construção de um novo desenho organizacional para as Unidades de Saúde e para a Gestão como um todo.

A teoria da ação comunicativa de Habermas e a Análise Institucional (Baremlitt) contribuíram para a compreensão dos problemas institucionais e os

interesses em jogo, articulando projetos que incluem vários atores; também são “ferramentas” úteis neste processo.

Na discussão do processo de trabalho em saúde aproveitou-se as contribuições de Gonçalves (1979 e 1986) porém, são apontadas limitações àquela abordagem no que diz respeito a mudanças na micro política do trabalho, visto que determinações da macro política paralisam a criatividade do processo de trabalho. (Mehry, 1995:22-24)

Mehry propõe o uso do trabalho de Castoriadis sobre a psicanálise como possibilidade analítica do “trabalho vivo em ato”, abrindo alternativas teóricas para se lidar com a dimensão mais processual e transformadora (mais uma “ferramenta” da “caixa”) (1995:23).

Uma questão a ser enfrentada era a da Autonomia dos Médicos. Discutida como grande dificuldade nas mudanças do setor saúde na tese de mestrado de Campos (1988), esta questão foi revista como fundamental para imprimir um processo que forjasse sujeitos sociais. **“Não é viável, no Brasil, uma estratégia reformista que aposte principalmente no controle, no enquadramento dos profissionais de saúde e não em sua incorporação ao processo como sujeitos da reforma”**. (Campos, 1992b:89)

Campos observa ainda que o Movimento Sanitário e o Planejamento Estratégico Situacional falam em atores porém, privilegiam o governo como principal ator. Para modificar o modelo de gestão e de assistência seria necessário envolver os trabalhadores de saúde e os usuários.

As contribuições de Castoriadis, Guattari e Gramsci, segundo Campos, ajudam a perceber a importância da constituição de sujeitos que operem uma “Revolução Molecular”, a Revolução do Cotidiano, uma luta por uma nova civilização.

A vinculação com o Partido dos Trabalhadores e o desejo de construção de governos mais democráticos facilitou a implantação da proposta em Campinas e em outras cidades governadas pelo PT.

Em 1991, Gastão W.S. Campos deixa a Secretaria Municipal de Saúde devido a uma crise entre o Governo e o Partido dos Trabalhadores. A continuidade do desenvolvimento da proposta “Em Defesa da Vida” foi prejudicada e restou aos membros do LAPA continuar tentando materializar sua proposta, de forma fragmentada, em várias experiências. (Cecílio, 1994)

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA

A proposta LAPA é tributária da epidemiologia social latino americana porém a questionando em dois pontos: um, com relação à subjetividade, e à individualidade, na medida em que estas não são valorizadas na percepção dos problemas de saúde. Refere-se a limitação da epidemiologia em perceber os aspectos individuais do adoecer, os desejos e interesses articulados na composição da demanda aos serviços. Assim propõe a incorporação de elementos da psicanálise e da análise institucional (Baremblytt, 1991) na atuação da equipe de saúde, para ampliar a capacidade de perceber a demanda e oferecer serviços mais adequados.

O outro ponto, já referido acima, diz respeito aos usuários e a incorporação de novos sujeitos sociais na luta em Defesa da Vida.

A INTEGRALIDADE

Esta é uma das principais polêmicas do grupo LAPA com as outras propostas de Modelos Tecnoassistenciais.

A integração sanitária, nas palavras de Campos (1991) não passa apenas pela hegemonia da epidemiologia na organização dos serviços nem na redução da assistência médica individual à “Ação Programada” como propõe Schraiber et al (1990). Propõe o repensar da clínica como um saber complementar a epidemiologia, como argumenta Almeida Filho (1992), necessário para o enfrentamento dos problemas de saúde, na sua dimensão individual, uma clínica reconceituada em seu compromisso com a preservação da vida e com a autonomia do paciente e não reduzida ao “Pronto Atendimento”.

É reconhecida a dificuldade da inserção dos médicos em programas de atenção integral à saúde, em virtude das características da Medicina Científica (Campos, 1992b:124). Essa dificuldade poderia ser contornada pela divisão de trabalho entre diferentes categorias profissionais e suas especialidades, para que o somatório dessas práticas garantisse a integralidade. Assim, alguns profissionais trabalhariam a demanda clínica, outros atuariam na promoção e prevenção com maior ênfase, e outros arranjos seriam possíveis conforme a natureza dos problemas apresentados à responsabilidade das Unidades de Saúde; a articulação interna ficaria à cargo da Gerência.

A HIERARQUIZAÇÃO

A proposta LAPA também defende uma flexibilização dos critérios clássicos de hierarquização.

A rede é formada, fundamentalmente, por Unidades Básicas de Saúde, heterogêneas em sua concepção, pois seu perfil e sua incorporação tecnológica são definidos pela configuração de demanda apresentada pela população. É proposta uma desospitalização, ou seja, a desconcentração “de algumas ações para Unidades Básicas. As unidades de maior complexidade tecnológica são organizadas para dar apoio e aumentar a resolutividade das Unidades Básicas, em analogia com a pirâmide de hierarquização, proposta classicamente, Campos (1994) propõe “um redemoinho de ponta-cabeça”: **“Um tufão invertido e em movimento, tendo como fonte de energia as necessidades e interesses dos usuários e como leme o diálogo do saber técnico com este torvelinho de desejos. E tudo isso mediado pela política”**. (p. 61-62)

Considera essa opção mais propiciadora da construção de sujeitos autônomos e mais aberta à produção negociada do viver em sociedade: **“uma alternativa à arquitetura grandiloquente da pirâmide de um duvidoso tom de realismo socialista e também à suposta livre interação de micro-partículas do modelo de mercado”**. (p.62)

A UNIDADE PRIMÁRIA

A noção de Unidade Básica de Saúde é complexa, em termos de atribuições.

A equipe local mínima é multiprofissional (médicos, odontólogos, enfermeiros, psicólogos e outros), dispõe de especialistas médicos básicos e incorpora equipamentos e tecnologia que aumentem a resolutividade, conforme as necessidades. O atendimento é organizado num setor de triagem, que gerencia o fluxo para consultas agendadas, ou de intercorrências.

A adscrição de clientela é parcial e em relação a equipe como um todo. Há abertura para usuários migrantes.

Algumas noções emprestadas da área de Saúde Mental estruturam a relação da unidade com a população:

- a) Vínculo e Responsabilidade: o vínculo entre usuário e equipe é

personalizado, responsabilizando cada membro da equipe, conforme sua atribuição no atendimento ou seguimento do problema. A autonomia da equipe é estimulada para “inventar” o projeto terapêutico mais adequado, acordado com o usuário. Investe-se em processos que promovam a autonomia dos usuários frente a suas questões de saúde.

b) Acolhimento: significa desenvolver na equipe a capacidade de solidarizar-se com as demandas do usuário, criando uma relação humanizada. Cria-se, assim, uma referência para os pacientes que necessitam de cuidados individuais ou coletivos.

c) Resolutividade: as unidades básicas devem resolver todos os problemas de seus usuários, só encaminhando aquilo que ultrapasse suas possibilidades tecnológicas.

As possibilidades tecnológicas do serviço teriam seus limites em critérios que não os princípios, tecnocráticos, de definição de níveis de competência, influenciados por razões de rentabilidade e de produtividade.

“Um sistema público organizado tendo em conta as diretrizes do vínculo e de uma acolhida integral aos problemas de saúde, será sempre um modelo tendente à instituição de um processo radical de descentralização, de produção de modos heterogêneos de cuidado, que exigiria a presença de serviços e de equipes de trabalhadores com um razoável grau de autonomia e de responsabilidade tecno-profissional-gerencial”. (Campos, 1994:64)

Preconiza-se a gestão coletiva e a construção de mecanismos de monitoramento que permitam a avaliação das operações propostas e seu impacto sobre os problemas definidos. A equipe se submete a um processo de supervisão e análise institucional onde são discutidos casos (clínicos e epidemiológicos) e ações produzidas, desenvolvendo-se uma proposta de Educação Continuada em Serviço.

Uma planilha de indicadores é negociada com a equipe, definindo-se, assim, metas de cobertura em cada território, uma espécie de “contrato de gestão”. Mehry (1994) dá exemplos, detalhados, da construção desses indicadores.

Atribui-se uma remuneração diferenciada (gratificação) para “trabalhos penosos” (por exemplo: unidades de difícil acesso, trabalhos fatigantes, como CTI, etc). Essas experiências, inspiradas no modelo francês de gestão hospitalar

e na gestão de qualidade, revelaram um potencial de introduzir mudanças nos serviços de saúde.

Na avaliação de Campos (1996), essa proposta de operacionalização da rede básica, implantada em Campinas, na sua gestão como Secretário de Saúde, permitiu a observação de grandes impactos. Cita como exemplo, a área da saúde da criança, onde a produção de ações nas unidades dobrou de número. Os problemas atendidos se tornaram mais complexos, diminuiu o fluxo para a assistência hospitalar. Os mesmos resultados foram observados na atenção a AIDS e a Saúde Mental. Segundo Campos (1996), pesquisas de opinião, realizadas na época, demonstraram a ampla satisfação dos usuários.

Cecilio (1994) dá exemplo dessa negociação na Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba e apresenta o resultado de avaliações na rede básica, a partir de setembro de 1991, depois em abril e setembro de 1992, demonstrando o impacto dessa proposta na produção de serviços.

Os gráficos nº 2 e 3 apresentam a evolução do desempenho de unidades em relação às potencialidades e metas “negociadas” entre o nível central da Secretaria Municipal de Saúde e as equipes locais percebemos um aumento considerável no desempenho geral das unidades e nos itens negociados.

Gráfico 2 - EVOLUÇÃO DO DESEMPENHO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA SMS PIRACICABA, Set 1991; Mar 1992 e Set 1992

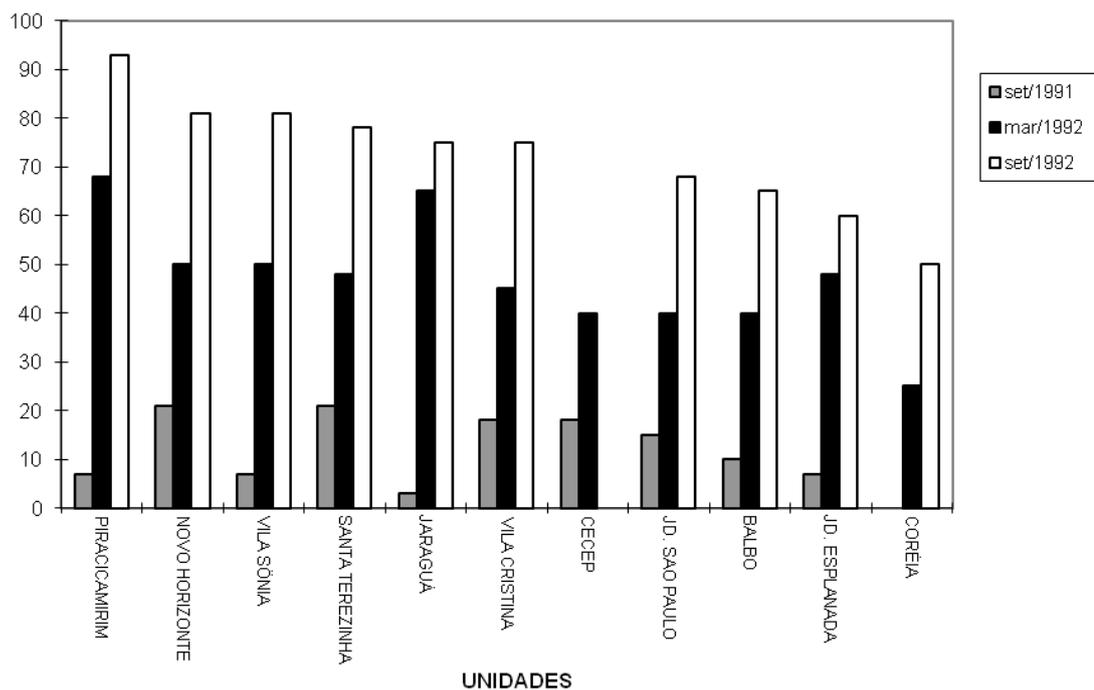
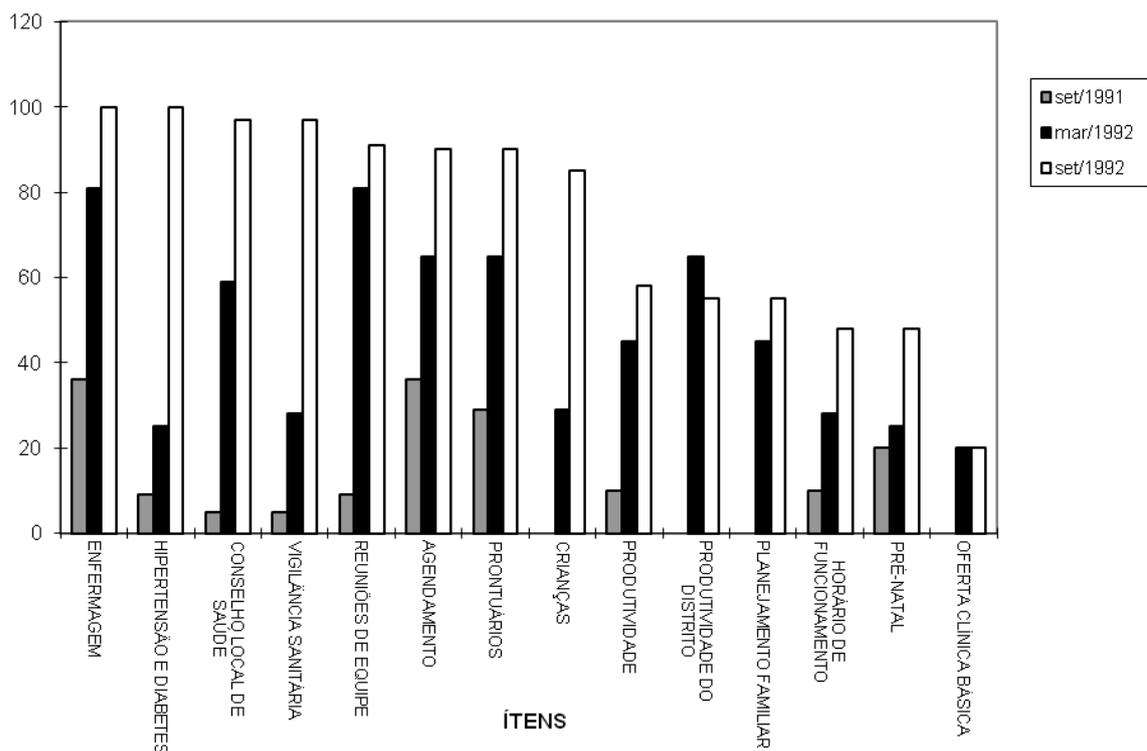


Gráfico 3 - EVOLUÇÃO DO DESEMPENHO POR ÍTEM DE PLANILHA DE AVALIAÇÃO



Campos (1996) comenta que este processo também gerou “grandes confusões” em algumas equipes, como a de buscar os indicadores e não a “atenção ao usuário”; os indicadores nunca são precisos e necessitam aperfeiçoamento e “controle de qualidade”.

AS UNIDADES DE REFERÊNCIA

A proposta LAPA indica a necessidade de estabelecimento de outros níveis de assistência, em suporte às Unidades Básicas, no que tange ao aumento das resolutividades e a complementariedade de ações.

O tipo de unidade sobre o qual se tem maior reflexão acumulada foi o hospital (Cecilio, 1995 a e b). As noções de vínculo, responsabilidade e acolhida também serviram como base das discussões de reorientação da assistência hospitalar.

A gestão do hospital foi horizontalizada seguindo as propostas de flexibilização de Motta (1991), e se criaram “unidades de produção”, com certa autonomia administrativa. Isso permitiu a otimização de alguns setores, como por exemplo a cirurgia, que teve suas metas negociadas com a gestão, frente as necessidades da demanda. Propos-se aos cirurgiões, que atuavam em ambulatórios que dividissem seu tempo entre ambulatório, e cirurgias no hospital municipal. Essa proposta era vista como um estímulo ao crescimento profissional e ao aumento de remuneração, segundo a produção. Contudo, também, eram negociados indicadores de qualidade (como índices de infecção hospitalar) e eficiência. Toda a equipe do serviço participava da negociação e de seus frutos. Segundo Campos (1995), dos 220 cirurgiões existentes na rede, apenas 80 praticavam cirurgias. Esta negociação permitiu uma maior participação dos profissionais em atos operatórios e um aumento de produção com qualidade.

Estas formas de negociar a atuação de equipes não tiveram sucesso em todos os setores; na atenção às mulheres, as dificuldades foram grandes em virtude da militância dos médicos na iniciativa privada.

Campos, cita a experiência de gestão e o modelo de assistência do Hospital Cândido Ferreira (Saúde Mental) que nestes 6 anos de duração, demonstra a viabilidade desta orientação.

Cecilio (1994) descreve em detalhes, essa forma de gerir unidades hospitalares, utilizando o exemplo da Santa Casa de Belém-PA e apresenta

resultados obtidos, em 1992, que podem ser resumidos por:

- “-diminuição dos conflitos nas equipes;***
- aumento da produção e da produtividade;***
- problemas rotineiros resolvidos ao nível das equipes;***
- aumento de frequência ao trabalho ou redução de absenteísmo;***
- aumento no faturamento das AIH (autorização de alta hospitalar);***
- maior empenho dos funcionários;***
- "comentários externos" favoráveis à Santa Casa;***
- maior eficácia no atendimento aos pacientes;***
- menos demanda à direção da Santa Casa".*** (Cecilio, 1994:232)

A INTER-SETORIALIDADE

A inter-setorialidade é importante, para Campos (1996), como instrumento de articulação de políticas de governo. Ele critica, porém, a ênfase exagerada que essa dimensão assume em determinadas proposições. Considera que esta ênfase na articulação intersetorial encobre uma certa atrofia no desenvolvimento das ações de responsabilidade estrita do setor saúde. Exemplifica com a atenção clínica, onde se atribui à inter-setorialidade um papel secundário, embora se ressaltando que ***“quando o projeto terapêutico é ampliado, há busca de recursos fora, nos “vizinhos”, isto devido ao envolvimento com o paciente”***.

Cita o Hospital Cândido Ferreira, como exemplo onde são incluídas, na proposta terapêutica dos pacientes, articulações com outras instituições e com as comunidades, com vistas a assegurar maior eficácia de tratamento e autonomia dos pacientes.

DIFICULDADES E OBSTÁCULOS

As dificuldades apontadas por Campos (1996) foram, em primeiro lugar, a burocracia da Prefeitura, em especial, na área de Administração e Finanças.

Propostas de flexibilidade na administração de cargas horárias contratadas aos trabalhadores, forma alternativas de remuneração baseadas em desempenho e autonomização relativa (inclusive financeira) de Unidades de Saúde encontraram grande dificuldade de absorção pelas regras rígidas da Administração Pública.

A descontinuidade de política institucional também é apontada como um fator deletério à constituição de novas formas de “fazer saúde”.

O setor privado dividiu-se em suas posições em relação à proposta da Secretaria. Um segmento de oposição se articulava, sem muito sucesso, na esfera legislativa. Outro segmento aderiu a idéia de gestão de recursos do SUS no nível municipal, onde eram negociadas prestações de serviços necessários com pagamento diferenciado (tabela AMB). **“Era a antecipação da gestão semi-plena”**. (Campos, 1996)

Os médicos apesar de suas características (autonomia, dificuldade de integração e outras) não constituíram, segundo Campos grandes obstáculos; não houve greves de médicos durante sua gestão.

CAPÍTULO IV - A SAÚDE COLETIVA E O MODELO HEGEMÔNICO: uma discussão

A trajetória de desenvolvimento das experiências selecionadas é muito semelhante. Pode-se afirmar que:

- os atores principais participavam de movimentos que vieram a compor o Movimento pela Reforma Sanitária.
- as propostas surgiram de articulações Academia-Serviço.
- os atores acumularam poderes técnico (análises de problemas e processamento de propostas) e político (articulação com Movimentos e Partidos Políticos), buscaram a ocupação de espaços e cargos na Administração Pública, em especial no setor saúde.
- os atores conquistaram espaço político, apostando em processos eleitorais para cargos majoritários; em Campinas e na Bahia houve quebra momentânea da hegemonia local.
- os atores empreenderam uma difusão de suas propostas e a tentativa de formar novos consensos políticos (construção de hegemonia).
- os atores investiram na formação de quadros, em especial, gerentes regionais e locais e articularam atividades acadêmicas ao nível de pós-graduação, para produção de novos conhecimentos que auxiliassem o processo de desenvolvimento das propostas.
- o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus foi “a ferramenta” utilizada para a organização das propostas, nos níveis geral e local; as contribuições de Testa e outros autores serviram para fazer as adaptações locais. Na Bahia foram introduzidos instrumentos sofisticados para auxiliar o planejamento e a gestão, como o “Blade Runner”.
- as planilhas de planejamento e avaliação locais foram instrumentos importantes na conformação de sujeitos que propuseram implementaram o envolvimento das equipes de saúde da população como sujeitos, acompanharam e avaliaram ações.

Do ponto de vista político-institucional, contudo, apresentam-se certas diferenças.

No caso de Curitiba, a coalização de forças políticas é hegemônica,

duradoura (mais de três gestões de governo) e permitiu a expansão e a manutenção da proposta de Modelo Tecnoassistencial.

Em Campinas e na Bahia a coalizão foi instável, acarretando mudanças de rumo e perdas no processo mais geral de construção das experiências; os mentores das propostas foram obrigados a fragmentá-las e tentaram desenvolvê-las em outros lugares.

Curitiba e Campinas optaram por desenvolver suas propostas em toda a rede, ao mesmo tempo. A Bahia preferiu a construção de experiências-piloto para depois tentar a expansão para toda a rede. Como avaliou Giacomini (1995), “ganhamos em amplitude e perdemos em profundidade”. As experiências-piloto, apesar do seu “efeito demonstrativo”, perderam, no plano estadual, impacto político, as experiências em toda a rede, no entanto, não garantiram a manutenção da proposta em caso de mudança de governo. Em Campinas, as mudanças de governo acabaram por reorientar o atendimento da rede, sem muita resistência. Isso demonstra uma certa irrelevância na escolha destas estratégias no que se relaciona ao seu “enraizamento”.

No plano dos discursos e práticas, destacamos as interpretações, verificadas através das dimensões selecionadas.

Na concepção de **Saúde e Doença** utilizou-se o marco da Epidemiologia Social Latino Americana como base para compreensão de problemas de todas as propostas, complementada pelo Planejamento Estratégico (Matus e Testa). Incorporações “biológicas” e “urbanísticas” deram uma maior amplitude às propostas baiana e de Curitiba; a subjetividade do adoecer e as contribuições da Psicanálise enriqueceram a proposta de Campinas.

No plano do discurso, há uma certa discordância na abordagem da atenção individual. No plano prático, as divergências se evidenciam, dada a subestimação do papel da clínica na atenção à saúde nas propostas que utilizam a “Ação Programática” como principal ação a ser desenvolvida. A proposta LAPA criticou esta postura e, principalmente, os serviços de “pronto atendimento”, como sendo uma caricatura da Clínica. Essa revalorização da clínica, além de seu papel na atenção individual, permite a articulação com os médicos, no sentido de envolvê-los como atores do processo. Os serviços de “pronto atendimento”, por sua vez, vão de encontro a uma demanda imediata da população, encontrando aí sua legitimação. Em nossa vivência, em Niterói-RJ, a introdução de Serviços de Pronto Atendimento junto aos Postos de Saúde, na década de 80, prejudicou,

enormemente, o desenvolvimento de ações contínuas e de prevenção, pois os SPAs viraram uma espécie de “fast food” da Saúde.

Houve uma preocupação, visível nos projetos, com o rodízio de funções da equipe de saúde. no conjunto de ações e serviços desenvolvidos pelas Unidades de Saúde. Isto parece atenuar o risco da “especialização” em pronto atendimento. Esta característica foi mais marcante na proposta LAPA, que também valorizou o espaço de atendimento individual como um espaço de “elevação” de consciência sanitária e que ajuda na formação de vínculos entre usuários e trabalhadores em saúde.

Quanto à **Regionalização**, todas as propostas assumiram a estratégia de trabalhar com Distritos Sanitários ou Regionais de Saúde, com certo grau de auto suficiência de recursos e uma gerência regional articuladora do processo.

Na prática, Campinas e Curitiba avançaram mais no processo de descentralização administrativa e financeira; na Bahia este processo foi retardado e, por fim, esvaziado.

As experiências descentralizadoras no Brasil, salvo raras exceções, são sempre tímidas em relação ao aspecto de autonomia, em especial de autonomia financeira. Este “temor” pela perda de controle cria obstáculos a processos que necessitam de respostas urgentes e em tempo político exíguo. Por outro lado, essa descentralização pode “prejudicar” interesses do poder, que usam recursos de forma clientelística e, às vezes, autoritária. Há necessidade de uma “concentração” de poder em governo, como o ressalta Campos (1995), que deseja descentralizar e democratizar as máquinas administrativas e a demonstração de empenho nesta estratégia.

Quanto à **Hierarquização**, todas as propostas apontaram a inadequação do modelo funilar clássico de organização de rede. Em Curitiba, porém, houve uma “modelização pragmática”, baseada na tentativa de administrar a rede pré-existente.

Na Bahia não se fez sentir essa crítica, dada a precariedade da rede pública, no início da gestão do governo. Justificou-se, talvez, assim, uma proposição do tipo clássica que permite ordenar recursos em situações de precariedade. Em Campinas já existiam estruturas de rede mais desenvolvidas, fruto de investimentos contínuos, principalmente na rede básica; entretanto, foi desenvolvida uma redefinição de perfis e a flexibilização de tecnologias e técnicos, o que nos parece mais adequado para lidar com as heterogeneidades

no espaço urbano.

A concepção de **Unidade Primária**, como uma unidade mais complexa, vai contra a proposta da vertente conservadora de Atenção Primária à Saúde. Nesta, as unidades primárias devem ser simples, com baixa incorporação de tecnologia e possuírem equipe de médico generalista e auxiliares. Esta visão não dá conta dos problemas apresentados por comunidades, principalmente urbanas, onde mudanças nos padrões de morbidade também se processaram nas camadas mais desfavorecidas economicamente e produziram doentes mais graves, mortes precoces, seqüelas e incapacidades com maiores impactos sócioeconômicos para as famílias.

Ao conceberem Unidades Primárias (ou Básicas) mais complexas, com incorporação de técnicos e tecnologias conforme a demanda epidemiologicamente determinada, as propostas da Saúde Coletiva possuem, intrinsecamente, uma maior capacidade resolutiva. Mesmo as iniciativas como Médicos de Família têm limite em sua resolutividade, que é ampliada pelo aporte de outros profissionais em supervisão, ou em articulação com unidades básicas. Observa-se isto nas experiências internacionais, como em Cuba e Inglaterra e, nas nacionais, como em Niterói-RJ e Curitiba-PR.

Independente da polêmica Pronto Atendimento versus Clínica, todas as propostas conseguiram aumentar a produção de serviços e a cobertura de populações, em especial as mais excluídas. Possibilitaram o reconhecimento de micro regiões onde as condições de vida eram muito precárias, destoando da média da população local. Essas populações tiveram prioridades no atendimento sem a perspectiva de “focalização” de problemas, e sim numa abordagem mais integralizada.

As **Unidades de Referência** não foram objetos de propostas de reorientação, e sim interpretadas em seu papel clássico. A proposta de Campinas é a única das três tentar formular uma reorientação articulada dos hospitais em reforço à capacidade resolutiva da rede básica.

A experiência de “circulação” das equipes em unidades básicas e hospitais parece interessante no desenvolvimento de uma articulação mais orgânica entre os níveis de atenção. Há experiências nacionais de desospitalização e internações domiciliares, como em Santos-SP, que acrescentam elementos ao debate. A lacuna de produção teórica sobre os níveis de referência na reorientação de redes é séria, levando os grupos que discutem Planejamento e

Administração em Saúde, no âmbito da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, a incluir esse tema entre as prioridades de investigação. (São Paulo, 26 e 27/10/95).

A **inter-setorialidade** apareceu muito valorizada na proposta de Curitiba, talvez pela característica do discurso urbanista do governo Lerner. Porém, as experiências apresentadas mostraram uma certa ênfase na posição do setor saúde como “liderança” dessas iniciativas. Houve uma certa posição crítica das outras propostas em relação a isto. Argumentaram que a inter-setorialidade deve ser enfatizada no projeto de governo como um todo, e que o setor saúde deveria se esforçar na melhor adequação de suas práticas na proteção da vida, em suas dimensões individual e coletiva. A articulação com os demais setores se dá por convergência de propósitos de governo e não por liderança da saúde.

Isso, em nossa opinião, não invalida a tentativa de sistematizar, nos níveis local e regional, ações inter-setoriais, cujos impactos são muito mais abrangentes do que a atenção isolada do setor saúde. A solução de grandes problemas de saúde que hoje acometem as populações dos centros urbanos, têm como já vimos, grande parte de solução fora do setor saúde, estrito senso (violência, neoplasias, doenças cardiovasculares, ansiedade).

As **dificuldades** principais apontadas pelas propostas se concentraram no estabelecimento de coalizões políticas duradouras, capazes de ocupar os governos e garantir a continuidade de desenvolvimento. A descontinuidade político-administrativa prejudica, distorce e até destrói os avanços conseguidos no espaço de um governo. A “participação popular” e “o controle pela sociedade” em nosso país, ainda são pouco efetivos e seus mecanismos pouco desenvolvidos.

As instituições têm políticas “maleáveis”, conforme conveniências corporativas e da gestão. Ou, às vezes, têm “antipolíticas” rígidas, pautadas na falta de responsabilização, na indefinição de atribuições e na ausência de “compromisso social”. As características históricas de conformação de nossas instituições (Corporativismo, Patrimonialismo, Clientelismo e outros) dificultam a superação desta problemática.

Apesar da ênfase de todas as propostas em construir socialmente novas práticas e novas instituições na Saúde e na Sociedade, a estratégia para alcançar esses fins foi pouco desenvolvida. A proposta LAPA tem produzido mais reflexões sobre a construção de Sujeitos Sociais e as mudanças no cotidiano do “fazer

saúde”, e concentrou na gestão seu principal elemento estratégico. Todas as propostas defenderam a profissionalização da maioria dos cargos de gerência como uma das formas de aumentar a estabilidade do processo. Na prática, as experiências ainda são pequenas para se avaliar o caráter duradouro desta estratégia.

Alguns opositores “históricos” destes processos, como o setor privado, não constituíram grande obstáculo ao desenvolvimento das propostas. Avançaram-se, inclusive, algumas experiências de regulação do público sobre o privado bastante interessantes, o que pode dar algum alento às administrações que não disponham de grande capacidade instalada própria.

Lembramos que 76% de leitos hospitalares estão nas mãos do setor privado (Giovanella e Bahia,1995). O aumento de resolutividade da rede básica e o desenvolvimento de mecanismos de regulação e de co-gestão podem significar, além de uma ação racionalizadora de custos, um palco para propostas acordadas entre novos atores sociais na luta pela saúde.

O mesmo se pode dizer dos médicos: tidos anteriormente como “cimento de argamassa” do Projeto Neoliberal por Campos (1988), hoje podem ser considerados como figuras chaves no desenvolvimento de propostas (Campos, 1996).

O papel de uma gestão que inclua e negocie interesses e desejos se torna importante e estimula a criatividade do nível local.

Os Quadros nº 4 e 5 resumem as características encontradas no campo da Saúde Coletiva, nas propostas selecionadas, e no Modelo Hegemônico com suas mudanças conservadoras.

Quadro nº 4: CONFORMAÇÃO DOS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NO BRASIL: Modelo Hegemônico e Reformas

MODELOS DIMENSÕES	LIBERAL-PRIVATISTA		Medicina Comunitária A.P.S	APS SELETIVA ("FOCALIZAÇÃO") SAUDÁVEIS	SILOS	CIDADES
	flexneriano (Inampsiano)	Saúde Pública campanhista vertical permanente				
Concepção de saúde e doença	Biológica, mecanicista reducionista, fragmen-tada, predomínio da clínica Epidemiologia unicausal Individualismo	Idem Coletivismo	Idem, incorpora o social na epidemiologia de forma restrita, mantendo a ênfase na biologia. Coletivismo restrito	Idem	Incorpora o social de maneira ampla. Coletivismo amplo	Idem Incorpora concepções urbanísticas e políticas em geral Idem
Universalidade x Seletividade	Seletiva às comunidades que possam comprá-las no mercado	Universal em abrangência Seletiva em problemas	Seletiva às comunidades marginais	Seletiva às comunidades marginais	Universal	Universal
Regionalização	Não usa.	Utiliza numa perspectiva burocrática	Utiliza numa perspectiva burocrática e racionalizadora	Utiliza numa perspectiva burocrática e racionalizada	Utiliza numa perspectiva racionalizadora, porém mais flexível	Segue a proposta SILOS
Hierarquização	Incorpora avidamente tecnologia e oferece ao mercado	Rígida	Rígida	Rígida	Piramidal clássica	Idem
Nível primário	Ambulatório de especialidades	Centros e Postos de Saúde	Nível primário simplificado	Unidades simples	Unidades simples	Idem
Níveis de referência	Hospitais	Hospitais de isolamento	Níveis de referência de difícil articulação	Idem	Maior articulação com os demais níveis	Idem
Integralidade na oferta de serviços	"Curativa"	"Preventiva"	Integralidade no ato médico	Ações preventivas e curativas simples	Integralidade nas ações	Idem
Articulação intersetorial	Não valoriza	Valoriza de forma restrita	Valoriza de forma restrita	Valoriza de forma restrita	Valoriza de forma ampla	Maior ênfase da proposta Como política de governo

Silva Jr., Aluísio G. - Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva - Rio Janeiro-1996

Quadro nº 5: CONFORMAÇÃO DOS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS: A SAÚDE COLETIVA

MODELOS DIMENSÕES	SILOS BAHIA	SAUDICIDADE	EM DEFESA DA VIDA
Concepção de saúde e doença	Incorpora os determinantes sociais, a Epidemiologia social e o Coletivismo amplo.	Incorpora os determinantes sociais, a Epidemiologia, o Coletivismo amplo, o Planejamento Urbano e as Políticas articuladas	Incorpora os determinantes sociais, a Epidemiologia, o Coletivismo amplo, a redefinição da Clínica e a Psicanálise, ressalta as individualidades
Universalidade x Seletividade	Universal	Universal	Universal
Regionalização	Utiliza a análise de diferenças regionais e micro-regionais na organização dos serviços.	Idem	Idem
Hierarquização	Hierarquização clássica	Hierarquização flexibilizada.	Hierarquização flexibilizada
Nível primário	Nível primário mais complexo. Pronto Atendimento e Ações programadas (predominante)	Nível primário mais complexo Pluralidade de tipos de Unidade Pronto Atendimento e Ações programadas	Nível primário mais complexo Unidade Básica que incorpora tecnologia conforme a demanda local Revaloriza a clínica
Níveis de referência	Articulação clássica com mecanismos de referência e contrarreferência Sem proposta de revisão da assistência hospitalar	Articulação variada dada a heterogeneidade das Unidades Sem proposta de revisão da assistência hospitalar.	Maior articulação na rede básica e de referência. Revisão do modelo hospitalar Integração de equipes.
Integralidade na oferta de serviços	Integralidade nas ações	Idem	Idem
Articulação intersetorial	Valoriza de forma ampliada	Ênfase maior da proposta ao nível local e ao nível de governo	Valoriza de forma ampliada

Silva Junior, Aluísio G.- Modelos Tecnoassistenciais em Saúde : o debate no campo da Saúde Coletiva - Rio de Janeiro/1996

Ao compararmos os dois blocos de propostas, é fácil evidenciar a maior abrangência e resolutividade intrínseca das propostas da Saúde Coletiva.

Quando falamos de eficácia e eficiência, cabe lembrar de Matus (citado por Mehry, 1992). A eficácia (ou efetividade) e a eficiência são sempre relacionadas a um interesse. Para as correntes neoliberais a eficácia consiste em interferir “pontualmente” em problemas de saúde de magnitude, com tecnologia simples e baratas, e que modifiquem os indicadores clássicos de saúde pública, como a mortalidade infantil.

Peguemos o exemplo da diarreia, responsável por milhares de mortes de crianças com menos de um ano de idade. A intervenção “focal” consiste em detectar os casos precocemente e introduzir a terapia de reidratação oral. As vacinas também são muito enfatizadas nesta estratégia de focalização.

Embora estes instrumentos, reconhecidos como inegáveis avanços na luta contra doenças, com elevada eficácia, impeçam que as crianças morram precocemente, suas condições de vida não são alteradas. Aos cinco, sete, dez ou doze anos de idade, essas crianças são tragadas pela miséria e violência. Lembrando o saudoso Carlos Gentile de Melo, mudam-se os carrascos porém não se altera a sentença de morte.

Eficiência para as correntes neoliberais é “gastar pouco e bem”. Racionalizações profundas permitem diminuir o custo das ações de saúde, porém o que entra em jogo é a eficácia que essas ações têm em produzir melhoria nas condições de existência, em proteger a Vida, em promover o ser humano autônomo nas populações mais empobrecidas.

Nas camadas de renda média, onde as condições de vida já são consideradas razoáveis, a saúde continua sendo oferecida como mercadoria num mercado altamente concentrador de iniciativas, com uma oferta seletiva de ações marcadamente médico-curativas e incidindo sobre apenas alguns problemas, onde o custo versus benefício é valorizado no seu componente econômico.

Mehry (1992) já alertava que a eficiência desejada no âmbito da Saúde Coletiva tinha a ver com os resultados que pudessem ser obtidos em termos de proteção à vida com um custo equilibrado, sem abandonar a consigna de Direito à Saúde, Dever do Estado e da Sociedade em provê-la.

A racionalização da saúde, hierarquizando níveis de assistência, incorporando criticamente tecnologias, otimizando seu uso e articulando suas ações, tem contribuído muito na diminuição de custos da saúde, em experiência

no mundo inteiro, compondo a chamada “teoria gerencial” da crise da medicina.

Cabe ressaltar que a “racionalização” proposta pela Saúde Coletiva não é “simplificadora” ou “reduzora” de conteúdos de oferta de serviços, como a “cesta básica” das propostas conservadoras, mas, intransigentemente, a favor de todas as possibilidades de arranjos tecnológicos que permitam recuperar, manter e promover a saúde.

Porém, cabe mencionar o problema das verbas da saúde no Brasil. Embora vários autores já tenham manifestado a secundariedade do problema de verbas para saúde (Cecilio, 1995 e Mendes, 1995), devemos nos lembrar que os padrões históricos de investimentos em saúde no Brasil sempre foram baixos em comparação com outros países da América Latina, para não falarmos de países centrais do capitalismo. Em recente artigo, Mendes (1995) criticou aqueles militantes da saúde que lutam por mais verbas para a saúde, interpretando que o simples aumento de inversão traria melhorias ao setor, chamou-os de “incrementalistas”. Apontou experiências onde a saúde foi reestruturada em suas práticas provocando impactos sanitários com custos otimizados.

Embora concordando com muitas das argumentações de Mendes, cabe ressaltar que em todas as experiências citadas e nas apoiadas pelas OPAS, houve um incremento dos gastos com a saúde - por exemplo: a Bahia pulou de 4,7% do seu orçamento em 1985 para 8% em 1988 (SESAB, 1977; CONFERES - I, 1987); Curitiba previu orçamentos acima de 10% para saúde. (Conferência Municipal de Saúde I, 1991 e II, 1993), Niterói pulou de 5% para mais de 10% .

Ou seja, os padrões históricos de investimento na saúde no Brasil são muito baixos e para “fazer a saúde” de uma forma “eficiente”, há necessidade de investimentos estratégicos. Por outro lado, essas experiências e, em especial as relacionadas neste estudo, demonstraram a viabilidade econômica de propostas sem “atrofias” ou “cortes drásticos” de conteúdo, utilizando menos de 15% dos orçamentos municipais. Isto nos leva a crer na viabilidade dessas opções na implementação do SUS.

Um outro ponto que merece comentário é a não discussão de outras práticas diferentes da Medicina Científica e suas correlatas. Essa questão levantada por Tesser (1994) na proposta de LAPA é generalizável para as outras propostas. Retomemos as críticas da corrente culturalista, apontadas no capítulo I, de explicação da crise da medicina. Nos aspectos políticos e sociais, as propostas da Saúde Coletiva dão conta dos problemas gerados na Sociedade

Industrial e diminuem a medicalização da Sociedade, quando discutem a autonomização do paciente e a articulação inter-setorial.

Duas questões precisam também ser ressaltadas. A primeira, com relação a crítica da medicalização, enfatizada nas propostas de Curitiba e Campinas. Em Campinas essa questão foi mais desenvolvida no âmbito do “projeto terapêutico”, construído na relação da equipe com o usuário. Em Curitiba foram enfatizados os aspectos da “Práxis Urbana” para promover saúde e limitar a intervenção “controladora” da saúde. Como não dispomos de evidências empíricas deste “processo desmedicalizante”, não temos, no momento, como avaliá-lo.

Não foram incluídas porém, as lógicas terapêuticas de outras racionalidades em saúde (Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa e outras). Algumas iniciativas já acumulam experiências na oferta de outras práticas de saúde em seus serviços, como em Niterói, no Posto de Saúde do Caramujo (convênio UFF/FMS-Niterói) e em outras unidades da rede. Essas experiências precisam ser mais sistematizadas e avaliadas.

A outra questão, é quanto a um certo “Controlismo Sanitário” sobre a sociedade e sobre as Unidades de Saúde, herança de matrizes centralizadoras de esquerda e que tiveram no Planejamento Normativo sua difusão no setor saúde. É como se o Sistema de Saúde pudesse “normatizar” a Sociedade para usá-lo e “homogeneizar” o comportamento dos trabalhadores de saúde.

Ao defenderem a criatividade e a autonomia das equipes e a construção do perfil da rede na relação com a população, as propostas tentam sair da armadilha “normativa”. Ou seja, há uma tensão entre a “história normativa da saúde pública” e as necessidades de novas instituições sociais. Esta questão foi levantada por Uribe Rivera e Cecilio, na Oficina de Planejamento e Administração em Saúde, promovida pela ABRASCO, em São Paulo, de 25 a 27 de outubro de 1995.

Consideramos que, em vários aspectos, as propostas da Saúde Coletiva são complementares e muito podem contribuir para a formulação de Modelos Tecnoassistenciais alternativos. **Mas por que essas correntes não se unem em torno da construção de um projeto com governabilidade (na visão de Matus) capaz de enfrentar a onda neoliberal ?**

No final dos anos 80 ocorreram mudanças no contexto político brasileiro. Os esforços redemocratizadores de construção de instituições de legitimidade e o discurso político, que serviram de base para o Movimento da Reforma Sanitária,

são paulatinamente substituídos pela ênfase no controle da crise econômica e nas reformas do Estado, muito influenciadas pelos ditames neoliberais e imposições dos Organismos Financeiros Internacionais.

As articulações de centro-direita prevaleceram nas coalizões dominantes que tenderam a apresentar discursos “mais técnicos” que “políticos”, promovendo um “ocultamento” dos reais interesses em jogo.

No governo Collor de Mello, acelerou-se o processo de municipalização da saúde numa perspectiva de transferência de responsabilidades na prestação de serviços de saúde sem correspondente repasse de recursos financeiros.

Seguindo o receituário dos Organismos Financeiros Internacionais, estipularam-se tetos financeiros para os dispêndios federais em saúde e responsabilizaram os poderes municipais pela condução de política de saúde, forçando-os a uma “criatividade” nem sempre positiva para o desenvolvimento de ações. Essa “criatividade” gerou propostas como “licitações públicas” para gestão privada de unidades de saúde, “terceirização” de ações através do contrato de “cooperativas médicas”, transformação de hospitais públicos em fundações privadas e outras. Essas proposições estimularam o aparecimento de um novo tipo de corporativismo médico, através de “cooperativas”, que abre mão de direitos trabalhistas e sociais, em nome de uma “maior lucratividade” logo corroída pelo desgaste físico devido aos esquemas de trabalho.

Além de reforçar o modelo hegemônico, estas “inovações” concentraram mais iniciativas no âmbito hospitalar.

Enquanto isto, o governo federal “encolhia” as verbas para a saúde. Lembremos que o corte orçamentário para 1992, na área social, em especial na Saúde e Educação, foi de cerca de cinquenta por cento. Este corte orçamentário foi ainda maior nos repasses financeiros à esfera municipal. Tomamos como exemplo o município de Niterói, que em 1989, antes da municipalização, tinha como orçamento para manutenção das cinco unidades de saúde do INAMPS, existentes no município, algo em torno de **três milhões de dólares americanos por mês**. Em 1990, no processo de municipalização, foi fixado um teto de repasse de cerca de **dois milhões e setecentos mil dólares por mês**, para o financiamento da rede municipal, das redes estadual e federal municipalizadas, do hospital universitário e das clínicas conveniadas ou contratadas. Em 1992, ano em que começou a vigorar o corte orçamentário, o teto para Niterói foi reduzido para **setecentos mil dólares por mês** (FMS-Niterói, 1992). O resultado desta

política o Brasil inteiro recorda: a “demolição” da rede pública de saúde e o fechamento de milhares de leitos públicos. Em Niterói houve um enorme esforço racionalizador de custos e uma maior participação dos recursos municipais no custeio da rede. Nenhum leito foi fechado neste município, ao contrário reabriu-se leitos em unidades estaduais municipalizadas. Mas, foi um ano terrível !

A forma de repasse dos recursos ditada pela Norma Operacional Básica-NOB/1993 estimulava, através de melhores remunerações, o trabalho “em função da doença”, o ato médico especializado e tecnicado. Quem investisse maciçamente em prevenção, correria o risco de não obter financiamento. Raggio (1994) chamou isso de “paradoxo de Atlanta”, referindo-se a uma cidade hipotética, cuja prefeitura resolveu investir em “Saúde” e foi inviabilizada pelo sistema de financiamento.

O Ministério da Saúde lançou em 1991, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNACS, visando de forma geral, **“melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais”** (MS, 1992: 2).

Em 1992, o Ministério da Saúde também lançou, de forma articulada ao PNACS, o Programa Nacional de Saúde da Família - PSF, que concentrou nas figuras do Médico de Família e do Agente Comunitário uma estratégia de construção de uma nova relação entre os serviços de saúde e a população.

De certa forma, voltamos aos debates do início do século XX sobre as formas de oferecer serviços de saúde às populações, onde as matrizes ideológicas de Flexner e de Dawson são polarizadas.

O que se deseja é a mudança do Modelo Tecnoassistencial ou uma reforma com grande apelo popular e um sofisticado discurso do “novo”, que mantenha as velhas estruturas de poder ?

“O movimento sanitário” também se fragmentou em torno das vertentes políticas geradas por esse contexto, erigindo uma certa “personalização” na articulação de propostas. O representante da OPAS, Dr. Eugênio Vilaça Mendes, apareceu como importante articulador de propostas que tenham viabilidade política neste contexto. O “SILOS-brasileiro” vem sendo gestado desde o final da década de 80 e, encontrou em várias oportunidades de governo, como no caso da Bahia, Curitiba e outras, sua implementação e legitimação como uma proposta contra hegemônica.

Na transição dos SUDS para o SUS, essas propostas passaram a predominar nos discursos oficiais. Encontramos seus elementos discursivos presentes na proposição de governo do então candidato à Presidência da República, pela coligação PSDB-PFL, Fernando Henrique Cardoso (Saúde em Debate, nº 43/1994:29-32).

As “brechas” institucionais criadas com o “Programa de Agentes Comunitários de Saúde” e o “Programa de Saúde da Família” do Ministério da Saúde permitiram um “reforço” estratégico a proposta “SILOS-brasileiro”.

Há uma tensão entre a escolha de projetos de “extensão de cobertura” ou de “racionalização”. A inspiração nos modelos cubano e inglês reforça essa posição. No modelo cubano, a figura do médico de família foi criada como uma extensão da rede básica aos lugares onde o “policlínico” (Unidade Básica Cubana) não conseguia estender sua atuação, a exemplo de pequenas comunidades situadas em locais de difícil acesso. O médico de família constituiu, portanto, uma estratégia de extensão de cobertura onde a unidade básica é a principal forma de atuação (Peres Ares, 1991). No modelo inglês, o “médico de família” (general practitioner) é a porta de entrada principal do sistema, agindo como elemento “de triagem” aos demais níveis de assistência, numa proposição racionalizadora da atenção. No Brasil, essas propostas são incorporadas, principalmente, pelo caráter “racionalizador” de custos perdendo na discussão de estratégia de organização da rede de assistência e de práticas sanitárias. É oferecido um Médico de Família, na maioria das vezes sem formação adequada, “desvinculado” do resto da rede de serviços, constituindo mais um “subsistema” de atenção aos pobres, com forte apelo popular e legitimação social. Não é à toa que a medicina de grupo privada usa esta imagem no seu marketing.

Esse profissional, quando instalado em área periférica das regiões metropolitanas, enfrenta problemas de complexidade muito além de sua capacidade isolada de resolução.

Reconhecemos o valor do Médico de Família como mais uma opção de atenção à população, articulada à rede como um todo, garantindo referência aos níveis tecnológicos mais densos e ação de especialidades. A proposta de supervisão sistemática por equipe interdisciplinar, desenvolvida em Niterói/ RJ, sob inspiração cubana, parece adequada ao processo de capacitação técnica e de educação permanente do profissional. Agindo também como interconsulta multiprofissional, aumenta a capacidade de abordagem de problemas do Médico

de Família. Isto, ao nosso ver, reforça a complexidade exigida no “nível primário de atenção à saúde”, principalmente em áreas metropolitanas.

Como “importante estratégia de mudança” do Modelo Tecnoassistencial, o Programa de Saúde da Família, conforme a “interpretação” local, corre o risco de certas “simplificações” ou “racionalizações” muito identificadas com o receituário do Banco Mundial. Misoczky (1994 e 1995) já denunciava essa prática nos governos Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso em relação à política de saúde em geral.

A recente discussão da Norma Operacional Básica - NOB/1996 evidencia o estímulo financeiro à estratégia de Saúde da Família, o que pode significar avanços importantes ou retrocessos na Política Nacional de Saúde, conforme a implementação realizada.

Nos países centrais do capitalismo, as reformas sanitárias feitas na década de 80, deram grande ênfase à avaliação de tecnologias, investindo recursos na seleção de tecnologias mais eficazes e eficientes em termos de custos (Almeida, 1996). No Brasil, o Ministério da Saúde critica os altos custos da atenção à saúde, entretanto não investe recursos, nem estimula programas de avaliação tecnológica.

Em outra posição, surge a figura do Dr. Armando Raggio como representante de um novo ator social, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, que busca marcar diferenças de discursos em relação ao Ministério da Saúde e consolidar uma outra alternativa.

Na prática, a proposta “Saudicidade” deu muita ênfase às ações de legitimação social, como a expansão de oferta de serviços de saúde através do incremento de serviços de Pronto Atendimento sem contudo, avançar na construção de sujeitos sociais ou novas coligações contra hegemônicas. É demonstrável uma adesão aos discursos “urbanísticos” e “modernizantes”. Contraditoriamente, muitas das evidências empíricas remetem essa proposta a matriz de pensamento da Medicina Urbana Francesa e da Polícia Médica Alemã do século XIX (Rosen, 1979 e 1994).

As propostas “SILOS-brasileiro” e “Saudicidade” não observam muitas correspondências práticas com as críticas formuladas, no plano retórico, à sua matriz original: a Medicina Comunitária. A exemplo, na formulação sobre Hierarquização, Unidade Primária e demais Unidades.

Essas propostas, ao nosso ver, constituem o polo dominante do Campo da

Saúde Coletiva, buscando sua ascensão de poder, “por dentro” do modelo hegemônico (Bourdieu,1976). Incorporaram elementos ideológicos em seus discursos, na medida que estes os legitimem num cenário nacional e internacional.

A viabilização dessas propostas é buscada em coalizões políticas mais estáveis, o que pode ser interpretado como um certo “pragmatismo político”, que se conforma com o “politicamente possível”.

Essas tendências de alguns segmentos do “Movimento Sanitário” foram criticadas por Campos (1988a, 1988b), provocando um intenso debate sobre os rumos da Reforma Sanitária com Fleury (1988) e outros autores.

As discordâncias de encaminhamento político, em especial da materialização do Sistema Único de Saúde, levaram à uma séria fragmentação do “Movimento Sanitário”, onde o polo dominado (Bourdieu, 1976) é ocupado por um conjunto de intelectuais, vários ligados ao Partido dos Trabalhadores, que busca a ascensão no campo político “por fora”, numa estratégia de descrédito do segmento dominante. É marcado o discurso crítico àquelas estratégias. São acumuladas práticas “heterodoxas” onde a maior expressão se verifica no município de Santos-SP, de administração petista, que têm uma continuidade político-administrativa de três gestões. Infelizmente, os documentos referentes a essa experiência não foram encontrados sob a forma de livros ou artigos disponíveis em bibliotecas⁴.

A proposta “Em Defesa da Vida”, tributária desta corrente, oferece proposições teóricas e práticas com eixo centrado na politização da saúde, na democratização das relações Estado-Sociedade e na delimitação dos espaços público e privado. A ênfase na percepção das individualidades nas relações sociais, tanto na abordagem ao usuário como na criação de sujeitos sociais, revelou um caminho mais comprometido com a emergência de novos atores sociais que possibilitem novas coalizões políticas contra hegemônicas.

⁴Após a apresentação deste trabalho, no final de 1996, foi publicado o livro “Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos” organizado por Campos, F.C.B. e Henrique, C.M. e editado pela Editora Página Aberta.

CONCLUSÕES

“A maior esperteza do Diabo é a de nos convencer que ele não existe”
(Baudelaire).

Procuramos caracterizar, nos capítulos I e II, o modelo hegemônico de prestação de serviços em saúde, a Medicina Científica. Discutimos sua crise e o debate em torno de sua reforma, originando propostas como a da Medicina Comunitária (Atenção Primária à Saúde) com fortes componentes racionalizadores de custos e com um discurso de “integração social”. Dadas as críticas a essa proposta, são recolocadas as questões de eficácia, eficiência e equidade na prestação de serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde discute, mundialmente, a proposta de Sistemas Locais de Saúde - SILOS e, mais recentemente, incorpora a discussão do fenômeno da urbanização e a necessidade de se formularem políticas de proteção à vida e ao meio ambiente. Essas incorporações originaram a proposta “Cidades Saudáveis”. Porém, a crise econômica mundial, acirrou as críticas em torno de propostas universalizantes de prestação de serviços de saúde. Essas críticas, embasadas na onda neoliberal que varreu os países centrais do capitalismo a partir da década de 70, chegam aos países da América Latina como propostas de “modernização” e “racionalização” do papel do Estado nas políticas sociais.

Considerando a debilidade das políticas sociais na América Latina, essas propostas representam grave ameaça a direitos de cidadania recém conquistados, dado seu conteúdo “racionalizador” e “fomentador de um mercado” onde possam ser acumulados mais capitais. Várias propostas de atenção à saúde seletiva são formuladas neste contexto, especialmente estimuladas pelo Banco Mundial.

Vimos no capítulo III como a crise da Medicina Científica estimulou a gênese de um campo científico e político - o da Saúde Coletiva. Este campo, preocupado com a redemocratização da sociedade brasileira e com a reformulação do Estado, em especial no setor saúde, formulou propostas alternativas de prestação de serviços de saúde às propostas hegemônicas.

Selecionamos três propostas representativas do Campo de Saúde Coletiva: o “SILOS-baiano”, a “Saudicidade” de Curitiba e a “Em Defesa da Vida” do

LAPA/UNICAMP. Sistematizamos seus discursos e evidenciamos os processos de implementação dessas propostas em políticas de governo. Destacamos exemplos empíricos de suas formulações.

No capítulo IV, comparamos essas propostas entre si, nas dimensões selecionadas: Concepção de Saúde e Doença; Regionalização e Hierarquização; Integralidade na prestação de serviços e Inter-setorialidade das ações. Na dimensão Hierarquização, procuramos detalhar a constituição de níveis de assistência e a organização interna dos serviços.

Comparamos esses resultados com a proposta hegemônica e suas reformas partindo do pressuposto de que:

a) é possível a formulação de Modelos Tecnoassistenciais em saúde mais adequados à realidade brasileira, a partir da releitura crítica das propostas de Saúde Coletiva;

b) os elementos que estruturam essas propostas oferecem alternativas mais abrangentes à problemática sanitária brasileira que o modelo hegemônico e suas reformas;

c) a forma como se estruturou o campo científico/político de Saúde Coletiva propiciou divisões em suas formulações, enfraquecendo sua capacidade de enfrentar a proposta hegemônica.

Confirmamos nossos dois primeiros pressupostos na medida em que as formulações da Saúde Coletiva, no plano empírico e discursivo, revelam-se mais abrangentes que a hegemônica. No que tange à concepção de Saúde e Doença apresentam formulações mais amplas, de caráter universalizante, preocupadas com as desigualdades, com a democratização das relações sociais, com a qualidade de vida e os aspectos individuais do adoecimento.

A posição hegemônica revela seletividades em sua atuação, não dando conta das muitas dimensões que envolvem Saúde e a Doença e, em especial, a democratização das relações sociais e a equidade no acesso aos meios de proteção e promoção da vida.

Em relação à Regionalização e Hierarquização, a Saúde Coletiva oferece alternativas mais criativas, flexibilizando a concepção de níveis de assistência, procurando oferecer opções mais resolutivas no nível local. Incorpora, criticamente, tecnologias procurando oferecer universalmente, as opções necessárias a proteção e a recuperação da saúde (integralidade).

Ocupam uma posição oposta a das Propostas Seletivas de Atenção que

“simplificam” ações e hierarquizam o acesso às melhores opções tecnológicas conforme a capacidade de pagamento do usuário.

As propostas da Saúde Coletiva, concretamente, aumentaram a cobertura dos serviços às populações e o acesso às tecnologias mais complexas, ampliando as opções de intervenção.

A articulação inter-setorial contribuiu para a maior abrangência e efetividade destas propostas, incentivando a formulação de políticas de governo mais comprometido com a qualidade de vida das populações.

Demonstraram efetividade no enfrentamento dos complexos problemas das regiões metropolitanas como os acidentes, a saúde mental e a SIDA (se observarmos a experiência de Santos-SP).

Se levarmos em conta a questão da eficiência, já referida no capítulo anterior, cabe destacar que, do ponto de vista econômico e administrativo, ou seja, como propostas de governo, as proposições da Saúde Coletiva mostraram-se “viáveis”, contestando, assim os argumentos da corrente hegemônica sobre a inviabilidade da atenção universalizada como responsabilidade de Estado (Banco Mundial, 1993; Medici et alii, 1993).

A esse respeito vale ressaltar, como indicador, que as experiências da Saúde Coletiva não envolveram mais do que quinze por cento dos orçamentos municipais num período de retração de verbas federais e estaduais.

As propostas da Saúde Coletiva respondem, inclusive, aos desafios, apontados por Paim (1992) para a Saúde Pública como um todo, no que se refere a possibilidade de redimensionar seu objeto, seus instrumentos de trabalho e suas atividades, considerando a sua articulação com a totalidade social, reabrindo alternativas metodológicas e técnicas para pensar e agir no âmbito da saúde.

A abordagem de Bourdieu nos remete a observação do Campo Científico em suas dimensões ideológicas e políticas e, em especial, a observação das estratégias dos grupos em disputa pela “autoridade científica” na acumulação de “capital político e científico”.

Essa aparente “homogeneidade” de discursos e até uma complementaridade de formulações encontradas no campo da Saúde Coletiva, nos planos político e operativos, se revelam mais diferenciados.

No final da década de 80 ocorreram dissensos no “Movimento Sanitário” em especial no que se refere a materialização das bandeiras da Reforma Sanitária e na construção de Modelos Tecnoassistenciais adequados àquelas

propostas.

A conjuntura política nacional liderada por uma coalizão de centro-direita substituiu o discurso político da redemocratização e da dívida social pelo discurso “técnico” do combate a inflação e da reforma do Estado. Os ditames neoliberais embutidos nas recomendações (ou pressões ?) dos Organismos Financeiros Internacionais passaram a guiar as políticas do governo federal.

O Sistema Único de Saúde foi implantado com fortes componentes de “contenção” e até de redução de gastos com a saúde.

O processo de descentralização da política de saúde para os municípios foi acelerado sem a correspondente alocação de recursos para essa responsabilidade. Alguns municípios, a despeito da crise criada pelos drásticos cortes nos recursos federais para a saúde, desenvolveram experiências de construção de Modelos Tecnoassistenciais adequados às bandeiras da Reforma Sanitária.

Essas experiências, refletindo a discordância no encaminhamento político do “Movimento Sanitário”, geraram formas diferenciadas de implementação, conforme a articulação política pretendida.

A OPAS, na figura de seu representante, Dr. Eugênio Vilaça Mendes, desempenhou um importante papel “articulador-implementador” nas propostas da Bahia e de Curitiba. A vertente SILOS brasileira cresceu e acumulou força política criando um “bloco” poderoso na argumentação e definição de Política de Saúde no Brasil. A associação com entidades internacionais possibilita investimentos em questões estratégicas, reforçando a capacidade argumentativa e articuladora desta proposta. Neste papel “articulador-implementador”, vem sendo aproveitadas as “brechas” institucionais, como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e outros do Ministério da Saúde, para difundir suas metodologias e produzir um certo consenso político em torno de suas propostas. A participação no Fórum Saudicidade de Curitiba, 1994; no Encontro Nacional sobre Médico de Família, em Niterói e na Oficina de Vigilância à Saúde, em Salvador, 1995, são exemplos desta articulação.

A incorporação dessas estratégias (os programas do Ministério) trouxe certas “simplificações” e “racionalizações” que, conforme a interpretação local, desenvolvem Modelos Tecnoassistenciais com componentes de alta legitimização social como os Serviços de Pronto Atendimento, Médicos de Família e outros, sem contudo alterar a matriz hegemônica e suas estruturas de poder.

A proposta “Saudicidade” de Curitiba apresenta um discurso “cosmopolita”, “urbanístico”, “moderno” e de “desconstrução do controle sanitário” exercido pelos Modelos Tecnoassistenciais, estimulando a autonomia do paciente e dos cidadãos em “criar a saúde”. Seus autores mostram uma posição crítica ao Ministério da Saúde conformando um importante ator social o CONASEMS, que reivindica mais recursos federais e estaduais para implementação das propostas municipalizadas.

Entretanto, no plano prático são tímidas as inovações no campo da saúde, estrito senso, sem correspondência à crítica de sua matriz original: a Medicina Comunitária. Suas formulações nos remetem a lembrança de Medicina Urbana francesa e Polícia Médica alemã do século XIX.

As propostas “SILOS-brasileiro” e “Saudicidade”, em que pese suas diferenças políticas, constituem o polo dominante do campo científico/político da Saúde Coletiva, caracterizado por um certo “pragmatismo político” que aceita certas “simplificações” ou “mutilações” como: “o possível nesta conjuntura política”. Ou seja, promovem sua ascensão no campo “por dentro” do modelo hegemônico.

No outro polo, a proposta “Em Defesa da Vida” e outras, mantêm uma posição “intransigente” na implementação das consignas da Reforma Sanitária, em especial na democratização das relações Estado-Sociedade e na criação de novos sujeitos sociais capazes de construir uma coalização contra hegemônica. Com suas práticas “heterodoxas” tentam ascender no Campo através da crítica ao segmento dominante.

O campo da Saúde Coletiva demonstra-se rico em propostas alternativas que podem assumir um caráter complementar entre si, no plano teórico e político e, suficiente para o enfrentamento do modelo hegemônico e suas reformas. Os esforços de síntese ou inovação são dificultados pela dimensão política que vincula cada proposta a determinada vertente na luta pelo poder. Assim, confirmamos o nosso terceiro pressuposto, sobre a fragmentação do campo e seu enfraquecimento político contra o modelo hegemônico.

Cabe ressaltar que a discussão de Modelos Tecnoassistenciais em saúde não é um “livro de receitas”. Cada modelo é forjado historicamente e socialmente, não cabendo um modelo prescritivo.

O campo de debates científico é também um campo de disputa de poder e nesta dimensão a abordagem proposta por Bourdieu demonstrou-se bastante útil

para investigação do mercado simbólico e dos métodos de disputa.

A recuperação e sistematização da história da matrizes de organização de Modelos Tecnoassistenciais em Saúde revelam “o museu de grandes novidades” (referido por Cazusa em sua música O tempo não para). Velhos debates, velhas propostas e novas formas de “mascarar” interesses.

Observar a história é confrontar opções, caminhos às vezes já percorridos e pensar o “novo”. Lembramos de Pablo Milanés e Chico Buarque de Hollanda quando alertam:

***“e quem garante que a História
é um carro abandonado
numa estação inglória,
a História é um carro alegre,
cheio de gente contente,
que atropela indiferente,
todo aquele a negue.”***

(Canción por La Unidad Latino Americana - 1985)

BIBLIOGRAFIA

- AROUCA, A., 1988. Reforma Sanitária Brasileira. *Tema Radis*, 11: 2-4.
- ALMEIDA, C. M., 1989. *Os Atalhos da Mudança na Saúde do Brasil. Serviços em Nível Local: 9 Estudos de Casos. Uma análise comparativa*. Rio de Janeiro: Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde.
- ALMEIDA, C.M.; 1995. *As Reformas Sanitárias dos anos 80: Crise ou Transição*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- ALMEIDA Fº. N., 1992. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador: APCE-ABRASCO,
- BANCO MUNDIAL, 1993. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: Investindo em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.:
- BANCO MUNDIAL, 1987. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 103, (6): 695-710.
- BAREMBLITT, G., 1994. *Compêndio de Análise Institucional e outras Correntes: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos.
- BARDIN, L., 1979. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BARROS, J.A.C., 1995. *Propaganda e Medicamentos: Atentado à Saúde?* São Paulo: Hucitec/SOBRAVIME.
- BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- BRASIL; MPAS (Ministério de Previdência e Assistência Social); INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), 1987. A

Reforma Sanitária II - saúde e constituinte; a democratização da saúde; a administração da saúde e o Distrito Sanitário (Documento Proposta), mimeo, Brasília: INAMPS.

BRASIL, 1990. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (Lei que se refere à organização enquanto atribuições e competências das várias instâncias do Sistema Único de Saúde). Diário Oficial, Brasília, 20 de setembro de 1990, p. 18.055-9.

BRAVO, A. L., 1974. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. *Bol. Of Sanit. Panam.*, 9: 231-246.

BELMARTINO, S., 1989. Políticas Neoliberales en Salud: La discusión de una alternativa. *Divulgação em Saúde para Debate*, 2: 33-37.

BERLINGUER, G., 1987. *Medicina e Política*. São Paulo: Hucitec.

BERLINGUER, G.; FLEURY TEIXEIRA, S. & CAMPOS, G.W.S., 1988. *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec/CEBES.

BOURDIEU, P., 1976. Le champ scientifique. *Actes de la Recherche em Sciences Sociales*, n 2 e 3, jun, 88-104.

BOURDIEU, P., 1987. *A Economia das Trocas Simbólicas*. 2ª ed., São Paulo: Editora Perspectiva.

BOURDIEU, P., 1990. *Coisas Ditas*. São Paulo: Editora Brasiliense

BRAGA, C. J. & PAULA, S. G., 1986. *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. 2ª ed., São Paulo: Hucitec.

BROWN, E. R., 1980. He who pays piper: foundation, the medical profession, and medical education reform. *Int. J. Health Serv.*, 10: 71-78.

- CAMPOS, G. W., 1991. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec.
- _____, 1992a. *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- CAMPOS, P. M., 1989. Políticas Neoliberales en Salud. *Divulgação em Saúde para Debate*, 2: 33-37.
- CAPRA, F., 1982. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Editora Cultrix.
- CARDOSO, E., 1991. A distritalização no Estado da Bahia. *Divulgação em Saúde para Debate*, 4: 68-72.
- CARVALHO, M. C. M., 1989. A construção social da realidade: segundo a ótica de Thomas S.Kuhn. In: *Filosofia, Educação e Sociedade: ensaios filosóficos*, (R. Moraes, org.), pp. 63-73, Campinas: Papyrus.
- CASTIEL, L. D., 1994. *O Buraco e o Avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papyrus.
- CASTELLANOS, P.L., 1990. Sobre o conceito de Saúde e Doença: Descrição e Explicação da Situação de Saúde. *Boletim Epidemiológico da OPS*, v. 10, n. 4.
- COELHO, F., 1992. Meio Ambiente e o Desafio Urbano. *Proposta*, 53: 52-56.
- CORDEIRO, H., 1980. *A Indústria da Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- COCHRANE, A. L., 1972. *Effectiveness and efficiency, randon reflections on health services*. London: The Nuffield Provincial Hospital trus.
- CHORNY, A., 1987. *Subsídios para a implantação dos SUS no Estado do Rio do Janeiro* (Documento para Discussão), mimeo, Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde - CIS/RJ.

COSTA, N. R., 1992. Política e Projeto Acadêmico: notas sobre a gênese do campo da saúde coletiva. *Cadernos de História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz*, 2: 125-186.

DAWSON, B., 1964. Informe sobre el futuro de los servicios medicos y afines 1920. *Publi Cien.*, No 93, Washington D.C: Pan-American Health Organization.

DONNANGELO, M.C.F. & CAMPOS, O., 1981. *Formação de Quadro de Pessoal para a Saúde e Produção de Conhecimento na Área Médica*, mimeo, FUNDAP.

DONNANGELO, M. C. F., 1982. A Pesquisa na Área de Saúde Coletiva no Brasil: a década de 70. In: *Ensino da saúde pública, ensino da medicina preventiva e social no Brasil*, v.II, pp. 17-35, Rio de Janeiro: ABRASCO/ PEC/ ENSP.

_____, 1975. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira.

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L., 1979. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.

DONNANGELO, M. C. F. & CAMPOS, O., 1981. *Formação de Quadros de Pessoal para Saúde e Produção de Conhecimentos na Área Médica*. S.Paulo, FUNDAP.

DUBOS, R., 1972. *Mirage of health, utopias, progress and biological change*, pp. 170-219, New York: Perennial Lib.

ESCOREL, S. M., 1987. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ESNP/FIOCRUZ.

EWBANK, M. T. O. & BORTOLETTO, M. E. (org.), 1994. *Metrópole e Saúde. Série Política de Saúde*, No 14, . Rio de Janeiro: Cict e Nect/Fiocruz.

- FAVERET F^o, P. & OLIVEIRA, P. J., 1989. *A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI.
- FERRAZ, S. T., 1993. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, nº 41: 41-49.
- FIORI, J. L., 1992. O desafio político-econômico brasileiro no contexto latino americano. *Série Estudos em Saúde Pública*, nº 13. Rio de Janeiro: UERJ.
- FOX, D. M., 1980. Abraham Flexner's unpublished report: Foundations and medical education, 1909-1928. *Bulletin of history of medicine*, 54: 475-482.
- FOUCAULT, M., 1974. *A Crise Atual da Medicina*. mimeo, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- FLEURY TEIXEIRA, S.M., 1985. As Ciências Sociais no Brasil: Tendência e Perspectivas. In: *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. (E. Nunes, org.), pp. 87-105, Brasília, OPAS.
- GARCIA, J. C., 1989a. As Ciências Sociais e Medicina. In: *Juan Cesar Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina*, (E. D. Nunes, org.), pp. 51-67, São Paulo: Cortez.
- _____, 1989b. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: *Juan Cesar Garcia: Pensamento Social em Saúde na América Latina*, (E. D. Nunes, org), pp. 68-99, São Paulo: Cortez.
- GARCIA, J.C., 1984. Estado e Políticas de Saúde na América Latina. In: *Textos de apoio Ciências Sociais 2*, pp. 13-97. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO.
- GALOBART, J.C. & REVUELTA, C.C., 1989. *Revisiones de salud pública*, 1: 159-173.
- GIOVANELLA, L., & BAHIA, L., 1995. Saúde: O poder da atenção pública - *Saúde*

em Debate, 47: 8-13.

GONÇALVES, R.B.M., 1979. *Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

GRODOS, D. & BÉTHUNE, X., 1988. Las intervenciones sanitárias selectivas: una trampa para la política de salud del tercer mundo - *Social Science and Medicine*, 26 (9): 71-85.

HOCHMAN, G., 1994. A Ciência entre a Comunidade e o Mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. In: *Filosofia, História e Sociologia das Ciências: Abordagens Contemporâneas*, (V. Portocarrero, org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

ILLICH, I., 1975. *A Expropriação da Saúde: gêneses da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

JAPIASSU, H., 1976. *Interdisciplinariedade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: IMAGO.

KUHN, T. S., 1978. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva.

LABRA, M. E., 1985. *O movimento sanitarista nos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Dissertação de Mestrado da Escola Brasileira de Administração Pública - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

LABRA, M. E., 1993. *As Políticas de Saúde no Chile: entre a força e a razão*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

LANDMANN, J., 1982. *Evitando a Saúde & Promovendo a Doença*. Rio de Janeiro: Achiamé.

LAURENTI, R., 1990. Transição demográfica e Transição Epidemiológica. In:

- Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, pp. 143-165, Rio de Janeiro: ABRASCO.
- LOUREIRO, S., 1976. Saúde Comunitária. *Revista Saúde em Debate*, 1: 38-40.
- LUZ, M. T., 1979. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal.
- LUZ, M.T., 1988. *Natural Racional Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro.
- MACEDO, C. G., 1980. Extensão de ações de saúde através dos serviços básicos. *Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde*, pp. 2-3, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- MACHADO, F. A., 1991. A sugestão para um modelo alternativo de atenção a saúde. *Revista Saúde em Debate*, 31: 31-35.
- MEDICI, A. C., 1991. As Fronteiras da Universalização: o dilema da política social na virada do século. *Revista Saúde em Debate*, 32: 21-26.
- MEDICI, A. C.; OLIVEIRA, F. E. B. e BELTRÃO, K. I., 1993. *Universalização com Qualidade : uma Proposta de Reorganização do Sistema de Saúde no Brasil*. Brasília, IPEA.
- MENDES, E. V., 1980. *A Evolução Histórica da Prática Médica*, mimeo, Belo Horizonte: UFMG.
- MENDES, E. V., 1987. Reordenamento dos Sistema Nacional de Saúde: visão geral. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, pp. 265-297, Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde.
- MENDES, E. V., 1991. *O consenso do discurso o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização no Brasil*, mimeo.

- MENDES , E. V. et all., 1994. Distritos Sanitários: conceitos-chaves. In: *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, (E. V. Mendes. et al, org), pp. 159-185. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- MENDES, E.V., 1995. Mesa Redonda: Saúde e Qualidade de Vida. *Revista Espaço para Saúde*, 4 (4): 19-22.
- MEHRY, E. E., 1992a. *A Saúde Pública como Política*. São Paulo: Hucitec.
- MEHRY, E. E; CECILIO, L. C. O. & NOGUEIRA, F. R. C., 1991. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, 33: 83-89
- MINAYO, M.C.S., 1992. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo, Hucitec.
- MISOCZKY, M. C., 1991. Distrito Sanitário: desafio de descentralizar com democracia. *Revista Saúde em Debate*, 33: 54-60.
- MISOCZKY, M.C., 1994. A Medicina de família: os ouvidos do príncipe e os compromissos com o S.U.S. *Revista Saúde em Debate*, nº 42, pp. 40-44
- MISOCZKY, M.C., 1995. A agenda para reforma do Banco Mundial e a Política de Saúde: algumas notas para reflexão. *Saúde em Debate*, 47: 4-7.
- MORAES, I. H. S. & KALIL, M. E. X. (coord.), 1993. *Sistemas Locais de Saúde (SILOS): Bibliografia comentada da produção brasileira*. Rio de Janeiro/Salvador: ENSP/PARES.
- MACKEOWN, T., 1971. A historical appraisal of the medical task. In: *Medical history and medical care: a simposium of perspectives*, (T. Mckeown & G. McLachlang, org.), pp. 29 . New York: Oxford University Press.
- MCNERNEY, W.J., 1971. Reforms in the health care. *American Journal of Public*

Health, 62.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

MS/SESUS, 1990. *Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS/SESUS.

MPAS-INAMPS, 1987. *A Reforma Sanitária II: Proposta do Presidente do INAMPS*. Rio de Janeiro: Coordenadoria de Comunicação Social/INAMPS.

MPAS-INAMPS, 1988. *Distrito Sanitário. Rio de Janeiro: Coordenadoria de Comunicação Social/INAMPS*.

NAVARRO, V., 1977. *Social security and medicine in the URSS*. Massachusset: Lexington Books.

NAVARRO, V., 1984. *Lucha de clases, Estado y Medicina*. México: Editorial Nueva Imagem.

NAVARRO, V., 1986. Classe Social, Poder Político e o Estado e suas implicações na Medicina. In: *Textos de Apoio- Ciências Sociais*. pp. 83-161 Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO

NAVARRO, V., 1990. El Estado de Bien y sus Afectos Distributivos: parte del problemas o parte de la solución. *Divulgação em Saúde para Debate*, 2: 16-29.

NESCO, 1995. *Revista Espaço para a Saúde*, 4 (4), Curitiba: NESCO.

NOVAES, H.M., 1990. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde - SILOS. Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina*. São Paulo: PROAMSA-OPAS - Livraria Pioneira e Editora.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; UNICEF (Fundo das Nações Unidas para

a Infância), 1979. Cuidados Primários de Saúde. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, p.14. Brasília: UNICEF, p. 14.

OPS (Pan American Health Organization), 1990. Los Sistemas Locales de Salud - conceptos - métodos - experiencias. *Publicacion Científicas*, No 519, Washington, D.C.: Pan American Health Organization).

OPS (Pan American Health Organization); CEPAL (Comissão Econômica para o Desenvolvimento da América Latina), 1994. Salud, Equidad y Transformación productiva en América Latina y el Caribe. *Série documentos produzidos*, No 41, Washington, D.C.: Pan American Health Organization

ORTIZ, R. (Org.), 1994. *Grandes Cientistas Sociais: Pierre Bourdieu*. 2ª ed., São Paulo: Ática.

PAIM, J. S., 1976. Medicina Comunitária: introdução a uma análise crítica. *Revista Saúde em Debate*, 1: 9-12.

_____, 1993. Reforma Sanitária e Modelos Assistenciais. In: *Epidemiologia e Saúde* (M. Z. Rouquayrol, org.), pp. 455-466, Rio de Janeiro: Medsi.

_____, 1993. A Reorganização das Práticas de Saúde e Distritos Sanitários. In: *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*, São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.

PAIM, J.S., 1992. La Salud Coletiva y los Desafios de la Practica. In: *La Crises de la Salud Public: Reflexiones para el Debate* (OPS org.), pp. 151-164. Washington, OPS.

PRATA, P. R., 1992. A Transição Epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (2): 168-175.

PERES ARES, F., 1991. Diretor do Policlínico Docente Lawton - Havana, Cuba. Consultor Técnico do Programa Médico de Família em Niterói. Comunicação

Pessoal.

POLACK, J. C., 1971. *La Medicine du Capital*. Paris: Francois Maspero.

POLANCO, J.D., 1985. A Organização dos Serviços de Saúde. In: *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas* (J.C. Garcia, org.), pp. 369-386, OPS.

POSSAS, C. A., 1987. A Descentralização e Democratização dos Sistemas de Saúde. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, pp. 92-239. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

POWLES, J., 1973. On the Limitations of Modern Medicine. *Sci. Med. Bala.*, 1: 1-30.

RAGGIO, A. & ROANÓ Jr., D. 1992. Sobre uma Proposta para Implantação de Médico Geral Comunitário em Centros de Saúde de Curitiba. *Divulgação em Saúde para Debate*, 8: 15-17.

RAGGIO, A., 1992a. Saúde como uma Dimensão da Práxis Urbana. *Revista Saúde em Debate*, 35: 43-5.

RAGGIO, A., 1994. O Paradoxo de Atlanta. *Revista Saúde em Debate*, nº 43: 70

RENAUD, M., 1975. On the structural constraints to state intervention health. *Int.J. Health Serv.*, 5: 559-571.

ROEMER, M. I., 1972. Evaluacion de los Centros de Salud Publica. *Cuad. Sal. Publ.*, nº 48, Ginebra: World Health Organization.

ROSEN, G., 1979. *Da Política Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal.

ROSEN, G., 1994. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec UNESP/ABRASCO.

- ROSAS, E. J., 1981. *A Extensão da Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil: PIASS anais de uma experiência*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- SAMPAIO, I. S. V., 1993. A Sociologia dos Bens Simbólicos e a Teoria do Mercado Linguístico de Pierre Bourdieu. *Temáticas*, 1 (1/2): 189-227.
- SANTOS, N.R., 1987. Descentralização e Municipalização. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, pp. 312-318. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- SARGENT, J. A., 1985. The politics of the pharmaceutical price regulation scheme. In: *Private Interest Government: Beyond Market and State*. (W.S. Streeck & Schmitter, org.), pp. 105-128. London: Wolfgang Streeck and Philippe C. Schmitter.
- SILVA JR., Aluísio G., 1993. Distrito Sanitário: reflexões sobre o seu conceito e suas experiências. *Revista Saúde em Debate*, 41: 10-13.
- SOUZA, J.A..H, 1987. O Sistema Unificado de Saúde como instrumento de garantia da universalização e equidade. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*, pp 141-144. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- SCHRAIBER, L. B. (Org.), 1990. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec.
- SPINELLI, H., 1991. Salud y Política de Ajuste. *Salud: problema y debate*, 5: 5-22.
- SWINGWOOD, A., 1978. *Marx e a Teoria Social Moderna*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- TAMBELINI AROUCA, A.M., 1976. Medicina de Comunidade: Implicações de uma teoria - *Revista Saúde em Debate*, 1: 20-23.

- TEIXEIRA, C. F., 1992. Políticas de Saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. *Revista Saúde em Debate*, 35: 4-10.
- TERRIS, M., 1992. Recortes presupuestarios y privatizacion: una amenaza para a salud. *Salud 2000 - Federacion de Asociacion para la defensa de la salud publica*, 7 (35): 4-11.
- TESTA, M., 1992. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: ABRASCO.
- VAITSMAN, J., 1992. Saúde, Cultura e Necessidades. In: *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*, (S. Fleury., org.), pp. 157-173, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- UNGLERT, C.U.S., 1994. Territorização em Sistema de Saúde: In: *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (E.V., Mendes, org.), pp. 221-235. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.
- WEIL, P., 1988. *O Novo Paradigma Holístico*. Summus editorial, São Paulo.
- WHO (World Health Organization), 1987. *Health Cities Project: Workshop on indicadores*. Barcelona.

BIBLIOGRAFIA DA PROPOSTA BAIANA DE SILOS

- BAHIA, 1988. *Resumo do Plano Estratégico de Ação 1988/1991*. Salvador: Governo do Estado da Bahia.
- BAHIA, 1987. 1987. *Relatório Final da 1ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia*. Salvador: SES.
- CEBES, 1991. Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde. *Divulgação para Debate em Saúde*, 4: 21-144.
- DONATO, A. et al., 1989. *Sistemas Locais de Saúde, território e cidadania*. Seminário sobre o Papel do Distrito Sanitário na Reorganização do Sistema de Saúde, mimeo, Salvador: UFBA.
- FLORES, O., 1991. *O Processo de Distritalização da Atenção à Saúde no Estado da Bahia*. Dissertação de Mestrado, Salvador, Departamento de Medicina Preventiva : UFBA.
- GIOVANELLA, L., 1991. As Origens e as Correntes atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 7 (1): 26-44.
- _____, 1990. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, 6 (2): 129-153.
- GONÇALVES, R. B. M., 1986. *Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo, das práticas de saúde*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina - Universidade Estadual de São Paulo.
- KADT, E. & TASCA, R., 1993. *Promovendo a Equidade: um novo enfoque com base no Setor Saúde*. São Paulo / Salvador: Editora Hucitec / Cooperação Italiana em Saúde.

LEAVELL, H. & CLARK, E.G., 1976. *Medicina Preventiva*. Ed. McGraw-Hill do Brasil, Rio de Janeiro.

MEANA, F. R. et al., 1995. O Desenvolvimento Gerencial dos Sistemas Locais de Saúde - a Experiência da Cooperação Italiana nos Sistemas Locais de Saúde . In: *Construindo Distritos Sanitários: a Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*, (C.F. Teixeira & C. Melo, org.), pp. 13-34. São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.

MENDES, E.V. (org.), 1993. A Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário. *Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, No 10, Brasília: OPAS / OMS.

PAIM, J. S. & NUNES. T. C. M., 1992. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (3): 262-269.

PAIM, J. S., 20/10/1995. *Comunicação Pessoal*. Salvador: UFBA.

_____, 1994. Organização da Atenção à Saúde para Urgência/Emergência. In: *Saúde Coletiva: Textos Didáticos*, (Silva, L. M. V., org.), pp. 149-168, Salvador: Centro Editorial e Didático / UFBA.

_____, 1990. Obstáculos não superados na implantação do SUDS-BA. *Revista Saúde em Debate*, 28: 16-21.

_____, 1993. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: *Epidemiologia e Saúde*, (Rouquayrol, M. Z., org.), pp. 455-466. Rio de Janeiro: Medsi.

_____, 1993. Marco de Referência para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 17 (3): 7-13.

_____, 1989. Nascimento e Paixão de uma Política de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, 27:5-11.

PMDB.1986. Proposta de um Governo Democrático para mudar a Bahia. Salvador.- SES (Secretaria Estado de Saúde - SUS/BA), 1989. *O avanço das mudanças na saúde*. Salvador: SES.

SES (Secretaria Estado de Saúde - SUS/BA), 1988/1987. *Um ano de mudanças na saúde*. Salvador: SES.

TEIXEIRA, M. G. L. C. & PAIM. J. S., 1990. Os Programas Especiais e Novo Modelo Assistencial. *Cad. Saúde Pública*, 6 (3): 264-277.

TEIXEIRA, C. F. et al., 1993. O Contexto Político-Administrativo da Implantação do Distrito Sanitário no Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 9 (1): 79-84.

TEIXEIRA, C. F., 1992. Políticas de Saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. *Revista Saúde em Debate*, 35: 4-10.

_____, 1993. Formação de Recursos Humanos para o S.U.S.: Desafios na Perspectiva de Mudança do Modelo de Gestão e Atenção à Saúde. *Revista Saúde em Debate*, 41: 20-23.

_____, 1994. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*, (Mendes, E.V., org.), pp. 237-265. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO.

TEIXEIRA, C. F. & PINTO, L. L., 1993. A Formação de Pessoal em Vigilância à Saúde. *Informe Epidemiológico do S.U.S.*, 2 (6): 5-21.

URIBE RIVERA, F. I. (org), 1989. *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO.

BIBLIOGRAFIA DA PROPOSTA "SAUDICIDADE"

ALVES, C. R. S., 1995. Inter-setorialidade: Uma Realidade na Unidade de Saúde. *Revista Nesco Saúde*, 4 (4): 45-46.

BARACHO, J. C. G. & VOSS, S. Z., 1992. Laboratório. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 44.

_____, 1992. Nota - Controle de Qualidade: Todo Cuidado é Pouco. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 45.

BARACHO, J. C. G., 1992. Maturação Continuada. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 64-65.

CASTRO, M. T. B., 1995. Mesa Redonda. Saúde e Qualidade de Vida. *Revista Nesco Saúde*, 4(4): 17-18.

DUCCI, L. & GIACOMINI, C. H., 1992. Municipalização - Tema principal da I Conferência. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 69-70.

GIACOMINI, C. H., 1995. Descentralização e Distritos Sanitários: Aproximação ao Deslocamento de Poder em Curitiba. *Revista Nesco*, 4 (4): 53-54.

_____, 1994. *Descentralização e Distritos Sanitários: Aproximação de Poder no Processo de Distritalização da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Londrina: UEL.

_____, 1992. A Regionalização da Saúde. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 59-63.

_____, 21/11/95. Comunicação Pessoal.

KALINOWSKI, C., 1995. Lazer com Segurança. *Revista Nesco*, 4 (4): 50-52.

LEITÃO, M., 1992. Entrevista. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8:

34-36.

_____, 1992. Modelo da Integralidade. Substituir Paradigma Curativo. - Res. Lavrador. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 39-43.

MACHADO, P. H. B. & LEITÃO, C. H. M., 1992. Saneamento apropriado em Curitiba. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 53-54.

MALUF, E., 1992. A Vigilância Epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 47-50.

_____ 1992. Central de Vacinas. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 51-52.

MOYSÉS, S. J., 1995. "Saudicidade": do Neologismo à Implantação da Práticas Inter-setoriais de Promoção da Saúde. *Revista Nesco Saúde*, 4 (4): 11-13.

OKABE, I.; ELIAS, M. S. & TINEN, R. N., 1995. Projeto: Estudo do Impacto das Ações de Saneamento, segundo Condições de Vida e Saúde em Curitiba. *Revista Nesco Saúde*, 4 (4): 42-44.

PEDOTTI, M. A., 1992. A Vaca Sagrada x o Caleidoscópio. *Revista Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 67-68.

PIAMOWSKI, M. A. D. & VOSS, S. Z., 1995. Recursos de Diagnóstico: como atender à descentralização. *Revista Nesco*, 4(4): 49.

RAGGIO, A. M. B., 1992a. Saúde é Mudança. *Divulgação para Debate em Saúde*, 8: 55-59

RAGGIO, A. M. B., 1992. Saúde como Dimensão da Práxis Urbana. *Revista Saúde em Debate*, 35: 43-45.

RAGGIO, A. M. B. & GIACOMINI, C. H., 1995. Sistema Único de Saúde: propósitos e processo social de construção. *Revista Nesco Saúde*, 4 (4)

:7-10.

RIBEIRO, A. Z. A., 1995. Unidade de Saúde: Centro de Referência em Educação.

SILVA, V. R. P.; LUHM, K. R. & BECKER, M. L., 1995. Nascer em Curitiba vale a Vida: uma estratégia de vigilância à saúde da criança. *Revista Nesco Saúde*, 4 (4): 47-48.

THOMAS, R. A. & VAZ, L. A., 1995. O que norteia a Política Municipal de Curitiba. *Revista Nesco Saúde*, 4 (4): 27.

THOMAS, R. A. & VAZ, L. A., 1995. O Controle e Avaliação das Internações Hospitalares em Curitiba. *Revista Nesco Saúde*, 4 (4): 30-33.

BIBLIOGRAFIA DA PROPOSTA LAPA/UNICAMP

ALMEIDA F^o. N., 1992. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador/Rio de Janeiro: APCE-ABRASCO.

CAMPOS, G.W.S., 1992. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec.

_____, 1992. Sobre a Peleja dos Sujeitos da Reforma, ou da Reforma dos Sujeitos em Peleja. *Revista Saúde e Sociedade*. 1(2): 79-95.

_____, 1988. *Médicos e a Política de Saúde*. São Paulo: Hucitec.

_____, 1992. *Reforma da Reforma: representando a saúde*. São Paulo: Hucitec.

_____, 1995. *Reflexões sobre o estilo do LAPA*, mimeo, São Paulo: Campinas.

_____, 12/02/1996. *Comunicação Pessoal*. São Paulo: Campinas.

CAMPOS, G. W. S. et al., 1989. *Planejamento sem Normas*. São Paulo: Hucitec.

CECILIO, L. C. O. et al., 1994. *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec.

CECILIO, L.C.O.,1990. A Construção de uma Cultura Institucional de Planejamento: contribuição do município. *Revista Saúde em Debate*, 31: 67-71.

_____,1995.a *O Modelo de Gestão Hospitalar do LAPA: algumas considerações para orientar os ajustes necessários*, mimeo, São Paulo: Campinas.

_____,1995.b. *Planejamento em Saúde: possibilidades e limites enquanto*

apoio ao processo de implementação do SUS, mimeo, São Paulo: Campinas.

GONÇALVES, R. B. M., 1986. *Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo, das práticas de saúde*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina - Universidade Estadual de São Paulo.

GALLO, E. et al., 1995. *Razão e Planejamento: reflexão sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO.

MEHRY, E. E., 1992. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec.

_____, 1987. *O Capitalismo e a Saúde Pública*. Campinas: Papyrus.

_____, 1992b. Ineficiência do Setor Público. *Revista Saúde em Debate*, 35: 46-50.

_____, 1995. *Agir em Saúde: do ruído do cotidiano a um outro sistema de gestão institucional*, mimeo, São Paulo: Campinas.

_____, 1995. Planejamento como Tecnologia em Gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: *Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*, (Gallo, E. et al., org.), pp. 117-149. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO.

MEHRY, E. E. & QUEIROZ, M. S., 1993. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, 9(2): 177-184.

MOTTA, P. R., 1991. *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record.

TESSER, C. D., 1994. *A Clínica, a Epidemiologia e os outros Saberes em Saúde*:

pensando os modelos assistenciais. *Revista Saúde em Debate*, 45: 38-42.