

ALUÍSIO GOMES DA SILVA JUNIOR

MODELOS
TECNOASSISTENCIAIS
EM SAÚDE
O debate no campo
da Saúde Coletiva

SEGUNDA EDIÇÃO

EDITORARIA HUCITEC
São Paulo, 2006

O MODELO HEGEMÔNICO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE E SUAS REFORMAS

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 sobrevida 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 pelas 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 sanitários e outros pressionaram por uma maior coordenação 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 à pobreza. Isso, de certa forma, induziu a 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, sobretudo, nas cidades portuárias como Nova York e Boston. O fenômeno dos “cortiços” alastraram-se 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 York. 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 estuduais.

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 enfer-

mos, 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 dentia 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 influenciar uma corrente de médicos alemães, liderados por Vichow, Neumann e Leubuscher. Esta corrente médico-política defendia a Saúde Pública como promotora do desenvolvimento saudável do cidadão, a prevenção dos perigos à saúde e o controle das doenças. O direito à saúde, como direito de cidadania, e o dever do Estado em promover os meios de mantê-la e promovê-la, intervindo até mesmo 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 Bismarck incorporou parte das consignas do movimento 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 agigantou-se, 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 Primeira Guerra Mundial, assistiu-se à ruína dos antigos impérios coloniais e a redefinição das regiões de influência econômica

ca 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, por meio 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 nessa conjuntura. Põe-se em evidência as formas de organizar e prestar serviços de saúde às populações.

A GÊNESE DO MODELO HEGEMÔNICO: A MEDICINA CIENTÍFICA

O modelo hegemonic 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 XVII considerados morredouros, tornaram-se 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 Johns 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 a 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, por meio de fundações de amparo à pesquisa que destinaram para isso, de 1910 a 1928, cerca de US\$600 milhões (Fox, 1980; Brown, 1980).

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 terapeuticamente, 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 consequências; 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 impôs-se 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 de a 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 no qual 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 guida, sobretudo, por razões mercadológicas. Muitos produtos são similares em efeito e poucos constituem inovações terapêuticas. Comportamento 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) ENFASE 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, nesses termos. Essa abordagem é mais suscetível à incorporação de tecnologias.

h) CONCENTRAÇÃO DE RECURSOS: a necessidade de um aparato tecnológico e do suporte de especialistas passou a concentrar a Medicina Científica em determinados espaços físicos. A instituição dos hospitalais, 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 periurbana 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".

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 faz-se sentir nos crescentes investimentos necessários ao seu desenvolvimento, com uma contrapartida decrescente de resultados.

McNerney (1971) estima que ao passo que 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 2 como os gastos públicos com saúde dobraram entre 1960 e 1980, mantendo a curva ascendente até 1983.

Quadro 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
Alemanha	3,2	3,6	4,2	6,6	6,5
Áustria	2,9	3,0	3,4	4,1	4,5
Bélgica	2,1	2,9	3,5	4,5	5,5
Canadá	2,4	3,1	5,1	5,7	5,4
Dinamarca	3,2	4,2	5,2	5,9	5,8
Espanha	-	1,4	2,3	3,6	4,3
EUA	1,3	1,6	2,8	3,7	4,1
Finnlândia	2,3	3,2	4,1	4,9	5,0
Francia	2,5	3,6	4,3	5,5	6,1
Itália	3,2	4,1	4,8	5,8	6,0
Japão	1,8	2,7	3,0	4,0	4,6
Noruega	2,6	3,2	4,6	6,4	6,7
Holanda	1,3	3,0	5,1	5,9	6,5
Suecia	3,4	4,5	6,2	7,2	8,8
Média OECD	2,5	3,1	4,0	5,2	5,3
					5,8

Ponto: OECD, *Measuring Health Care: 1960-1982 — Expenditure Costs and Performance* (citado por Medici, 1991). Paris: Ed. OECD, 1985.

Considera-se a incorporação de tecnologia a principal causa desse 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%, ao passo que 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; Cochrane, 1972; Dubos, 1972; Powles, 1973; Renaud, 1975; Navarro, 1986).

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 infeciosas, 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 socioeconômicas, a despeito dos quimioterápicos e tecnologias utilizadas em seu tratamento.

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

O modelo de industrialização das sociedades modernas, a partir dos anos 40 deste século é patogênico, como o dizem Berlinguer (1987), Navarro (1986) 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 momentaneamente por problemas ambientais.

No entanto, são enfatizados os fatores individuais na determinação das enfermidades e as intervenções voltam-se 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, 1986:127).

A Medicina Científica articula-se 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 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 consequências terríveis pois quem mais precisa dos serviços de saúde é a parcela da população que menos recursos econômicos tem.

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 iracionais e geram ineficiência, ineficiência e desigualdade.

A solução seria pôr 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. Essa 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 fundamenta-se 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 autogerir. 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 devem 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, mediante práticas que superem a dualidade corpo-mente e reintroduzem elementos de espiritualidade na medicina.

Capítulo 2

MODELOS ALTERNATIVOS

Essa 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, uma vez 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, 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 infra-estrutura 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 manifesta-se no seu caráter centralizador e em 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, 1980:33).

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.

A SELETIVIDADE da Medicina Científica, determinada por suas características estruturais, constitui-se em óbice para estender a 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.

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, científicamente 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 autoconfiança e autodeterminação” (OMS, 1979).

Essa proposta corresponde à solução oferecida pela Teoria Geralista de um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo

e mais abrangente em cobertura; esse modelo tem ainda um discurso de incorporação das massas desassistidas e a participação popular.

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 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 por meio 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 o benefício do paciente, que nos casos difíceis, desfruta das vantagens, das melhores técnicas disponíveis, e, em segundo lugar, para o benefício do pessoal médico designado aos centros secundários, que desta maneira pode acompanhar até as últimas etapas de uma doença na qual interviewaram desde o começo, familiarizar-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 tsarista, a partir de 1860, com o projeto Zemstvo (Rosen, 1994). Essa 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 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 assimaram Rosen (1980) e Roemer (1972).

Ressalta-se a proposta de Hermann Biggs, comissário de saúde pública do Estado de Nova York, 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, à custa de imigrantes. O desenvolvimento precário das atividades preventivas e o crescimento da medicina flexneriana, no âmbito privado (atraíndo a demanda daqueles usuários que ascendiam economicamente na sociedade), levaram a um esvaziamento da proposta dos centros de saúde nos EUA.

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

Os centros de saúde, nessa 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 por meio 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 incorporasse 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 preexistentes. O segmento da assistência hospitalar, por exemplo, manteve as maiores fatias do financiamento que eram gerenciadas pelos médicos especialistas.

A atenção às periferias urbanas e às 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 o 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 levar-se 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, na qual 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 implantados 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 mediante 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 estabeleceram 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.

A MEDICINA COMUNITÁRIA E SUA ESTRUTURAÇÃO

Esse 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 em que 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 incorpora-se o ambiente imediato, procurando-se atuar nele com ações simplificadas de saneamento. As ações preventivas e curativas, vistas como serviços básicos, são oferecidas universalmente, especialmente a grupos vulneráveis e de alto risco.

c) DESCONCENTRAÇÃO DE RECURSOS: a universalização da oferta de serviços dá-se por meio de uma organização hierarquizada. Constitui-se em nível primário, abrangente, localizado o mais próximo possível do local de moradia e de trabalho das populações de determinada região. Essa hierarquização tem raízes no perfil de necessidades observados em determinado tempo e lugar. Esse conceito incorpora a complexidade das tarefas requeridas para solucionar os tipos de necessidades que possam a ser referidas como menores e maiores. Estudos internacionais evidenciaram ser cerca de 90% das necessidades de saúde das populações de natureza simples, requerendo serviços simples, disponíveis no nível primário da assistência. Neste mesmo sentido, tarefas é delegada, pelos médicos, aos

auxiliares. Os dez por cento restantes exigiriam serviços de maior complexidade tecnológica e de especialistas; apenas dois por cento necessitariam dos serviços de alta especialização (Macedo, 1980). A hierarquização pressupõe um sistema de referência a começar 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, propõe-se 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 aceitáveis.

“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 dos 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; mantém-se, porém, o controle 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 em que se apren-

de “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: essa 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 perinente, 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 esse fim.

A CRÍTICA À MEDICINA COMUNITÁRIA

Autores como Donnangelo (1975), Mendes (1980), Paim (1976) Tambellini Aronca (1976) e Loureiro (1976) evidenciam 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, no caso 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 por meio 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 dá-se de forma restrita e em 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, dadas as dificuldades de deslocamento e acesso das populações periféricas, acaba por dificultar a utilização de maiores opções tecnológicas por essas 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, essa 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, subsidiada pelo Estado, às populações anteriormente fora do mercado.

As práticas médicas alternativas são incorporadas numa visão cooptativa, desfigurando-as de seus componentes culturais e “adaptação-as” aos interesses da medicalização, sem, contudo, oferecer parcerias “científicas” e 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 no plano também local. Cresce assim a utilização de recursos da comunidade na lógica de estruturação econômica global e induz-se 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 diante dos choques de interesses diversos e da 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 higienônico.

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).

OS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

A proposta de Silos tem seu marco conceitual apresentado na XXII Conferência Sanitária Pan-Americana 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 política-administrativa de um país, definir-se em 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, eficiácia e eficiência de suas ações (OPS, 1990). Seu desenvolvimento baseia-se 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 desse poder no setor e na sociedade (OPS, 1990:14). Esse 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 INTERSETORIALIDADE: 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 intersetorialidade materializa-se em atividades no nível local, porém sua articulação deve-se 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 microrregiões, 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 capaci-

dade 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 em 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 transcendia 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.

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

AS CIDADES SAUDÁVEIS

Em 1984 em Toronto, Canadá, surgiu a proposta de Cidades Saudáveis. Esse movimento ganhou adesão de cidades europeias, sob a articulação das Seções de Promoção da Saúde e Saúde Ambiental da Organização Mundial de Saúde — OMS, difundiu-se desde o 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 & 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 PROMOVAM A SAÚDE: a promoção da saúde será realizada por políticas públicas articuladas e favoráveis à saúde, como 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) INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATEGIA PRINCIPAL: a proposta de Cidades Saudáveis enfatiza a intersetorialidade como principal estratégia de articulação política e operacional na promoção de saúde.

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 nesse 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 notadamente 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 à redução do déficit fiscal e dos gastos sociais, à privatização da iniciativa, à racionalização dos gastos do Estado e à 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 da 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 virtude dos custos;
- b) ineficiência interna dos programas públicos;
- c) desigualdade na distribuição dos benefícios derivados dos serviços de saúde.

Propõe 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 ambição 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 infectiosas 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 dos custos.

“Terceiro, os governos precisam propiciar mais diversificação e concorrência no financiamento e na prestação de serviços de saúde. Se os governos financiasssem 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

zação Pan-Americana da Saúde (Opas) no documento n.º 41 — *Sa-
lud, 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, racionali-
zando-se as intervenções por meio de uma “cesta básica” de aten-
dimento 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, por intermédio
de seguros ou planos de previdência. Essa tendência tem sido critica-
da por diversos autores como Medici (1991), Spinelli (1991), Behmar-
tino (1989), Campos (1993), Navarro (1989), Faveret
F. & Oliveira (1989), Grodós & 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 insufi-
cientes para adquirir saúde no “mercado”.

Reforça-se assim o caráter “mercantil” da assistência à saúde, em
que 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 opera-
cionais, 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 indivi-
duais do adoecer e da coletividade restrita.

Os procedimentos sugeridos no âmbito coletivo são capazes de
interferir nos índices epidemiológicos clássicos como a taxa de mor-
talidade 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 universalida-
de na cobertura das políticas de saúde, patrocinada pelo Estado e
como um direito de cidadania.

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 agroexporta-
dores, desenvolveu-se combatendo epidemias e endemias por meio
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 pres-
tação sistemática de serviços de controle de doenças endêmicas, de
vacinações, puericultura, pré-natal e outras atividades de preven-
ção. 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 financia-
mento.

b) O MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIO: surgido na dé-
cada de 20, sob influência da Medicina Liberal, ligava-se às neces-
sidades de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais.
Expandido-se a partir da década de 40, com a construção da rede de
hospitais ligados aos Institutos de Assistência e Previdência, incor-
porando a concepção flexneriana da assistência médica.

Foi também instituído nas redes hospitalares estaduais, em al-
guns municípios e nos hospitais ligados às Universidades Públicas.
Os hospitais oriundos dos Institutos Previdenciários foram incor-
porados 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 —

Capítulo 3
AS PROPOSTAS DE SAÚDE COLETIVA

1974). A rede privada contratada pela Previdência expandiu-se, mais notadamente após 1964, segundo a proposta flexneriana. Essa 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 constituiram núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência financeiros pela Opas e instituições filantrópicas americanas (W.F.K. Kellogg Foundation, e outras). Eses 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 Paulínia, 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 (Ercorel, 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).

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 com base em 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 Sousa 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 biografia relativa a essas experiências.

BIBLIOGRAFIA

Saúde não é um “livro de receitas”. Cada modelo é forjado histórica e socialmente, não cabendo um modelo prescritivo.

O campo de debates científico é também um campo de disputa de poder e nessa 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 Cazuza em sua música *O tempo não pára*). 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 Holanda 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 Latinoamericana*, 1985)

- ALMEIDA, C. M. *Os atalhos da mudança na Saúde do Brasil. Serviços em nível local: 9 estudos de casos. Uma análise comparativa*. Rio de Janeiro: Organização Pan-
americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 1989.
_____. *As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição. Tese de doutorado*,
Rio de Janeiro: ENSP/RioCruz, 1995.
ALMEIDA F., N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: APCE-Abrasco, 1992.
AROUCA, A. Reforma sanitária brasileira. *Tema Radis*, n.º 11, p. 2-4, 1988.
BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
BANCO MUNDIAL. El financiamiento de los servicios de salud en los países en
desarrollo. Una agenda para la reforma. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, v. 103, n.º 6, p.
695-710, 1987.
_____. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial: Investindo em saúde*. Rio de
Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
BAREMBLIT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e
prática*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1994.
BARROS, J. A. C. *Propaganda e Medicamentos: Atentado à Saúde?* São Paulo:
Hucitec/Sobravime, 1995.
BELMARTINO, S. Políticas Neoliberais en Salud: La discusión de una alternativa.
Divulgación en Saúde para Debate, v. 2, p. 33-7, 1989.
BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec, 1987.
BERLINGUER, G.; FLEUTRY TEIXEIRA, S. & CAMPOS, G. W. S. *Reforma sanitá-
ria: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec/Cebes, 1988.
BOURDIEU, P. Le champ scientifique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*,
n.º 2 e 3, p. 88-104, jun. 1976.
_____. *A Economia das trocas simbólicas*. 2.ª ed., São Paulo: Editora Perspectiva,
1987.
_____. *Coisas ditas*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.
BRAGA, C. J. & PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. 2.ª ed.,
São Paulo: Hucitec, 1986.
BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
1988.
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), Brasília: Inamps, mimeo.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a pronção, 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, p. 18.055-9, 20 de setembro de 1990.
- BRAVO, A. L. Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. *Bol. Of Sanit. Panam.*, v. 9, p. 231-46, 1974.
- BROWN, E. R. He who pays piper: foundation, the medical profession, and medical education reform. *Int. J. Health Serv.*, n.º 10, p. 71-8, 1980.
- CAMPOS, G. W. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- . *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992a.
- CAMPOS, P. M. Políticas neoliberais en salud. *Divulgação en Saúde para Debate*, n.º 2, p. 33-7, 1989.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Editora Cultrix, 1982.
- CARDOSO, E. A. distritalização no Estado da Bahia. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.º 4, p. 68-72, 1991.
- CARVALHO, M. C. M. A construção social da realidade: segundo a ótica de Thomas S. Kuhn. In: *Filosofia, Educação e Sociedade: ensaios filosóficos*, (R. Moraes, org.). Campinas: Papirus, p. 63-73, 1989.
- CASTELANOS, P. L. Sobre o conceito de saúde e doença: descrição e explicação da situação de saúde. *Boletim Epidemiológico da OPS*, v. 10, n.º 4, 1990.
- CASTIEL, L. D. *O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papirus, 1994.
- CHORNY, A. Subsídios para a implantação dos SUS no Estado do Rio do Janeiro (Documento para discussão), Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde — CIS/RJ, 1987. (mimeo).
- COELHO, F. Meio ambiente e o desafio urbano. *Proposta*, n.º 53, p. 52-6, 1992.
- CORDEIRO, H. A *indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- COCHRANE, A. L. *Effectiveness and Efficiency, Random Reflections on Health Services*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
- COSTA, N. R. Política e projeto acadêmico. notas sobre a gênese do campo da saúde coletiva. *Cadernos de História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz*, n.º 2, p. 125-86. 1992.
- DAWSON, B. Informe sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920. *Publ. Cien.*, N.º 93, Washington D.C: Pan-American Health Organization, 1964.
- DONNANGELO, M. C. F. & CAMPOS, O. *Formação de quadro de pessoal para a saúde e produção de conhecimento na área médica*. Fundap, 1981. (mimeo).
- DONNANGELO, M. C. F. 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*, Rio de Janeiro: Abrasco/PEC/ENSP, v. II, p. 17-35, 1982.
- , *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- DONNANGELO, M. C. F. & CAMPOS, O. *Formação de quadros de pessoal para*

- saúde e produção de conhecimentos na área médica*. São Paulo: Fundap, 1981.
- DUBOS, R. *Mirage of Health, Utopias, Progress and Biological Change*, New York: Perennial Lib, p. 170-219, 1972.
- ESCOREL, S. M. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ESNP/Fiocruz, 1987.
- EWBANK, M. T. O. & BORTOLETO, M. E. (org.) Metrópole e Saúde. *Série Política de Saúde*, n.º 14, Rio de Janeiro: Cict e Nec/Fiocruz, 1994.
- FAVERET F.º P. & OLIVEIRA, P. J. *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1989.
- FERRAZ, S. T. A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, n.º 41, p. 41-9, 1993.
- FIORI, J. L. O desafio político-econômico brasileiro no contexto latino-americano. *Série Estudos em Saúde Pública*, n.º 13, Rio de Janeiro: UERJ, 1992.
- FOUCAULT, M. *A crise atual da medicina*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1974. (mimeo).
- FOX, D. M. Abraham Flexner's Unpublished Report: Foundations and Medical Education, 1909-1928. *Bulletin of history of medicine*, n.º 54, p. 475-82, 1980.
- FLEURY TEIXEIRA, S. M. As Ciências Sociais no Brasil: Tendência e Perspectivas. In: *As Ciências Sociais em saúde na América Latina*. (E. Nunes, org.). Brasília: Opas, p. 87-105, 1985.
- GALOBART, J. C. & REVUELTA, C. C. *Revisiones de salud pública*, n.º 1, p. 159-73, 1989.
- GARCIA, J. C. As ciências sociais e medicina. In: *Juan Cesar García: Pensamento social em saúde na América Latina*, (E. D. Nunes, org.). São Paulo: Cortez, p. 51-67, 1989a.
- . Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: *Juan Cesar García: Pensamento social em saúde na América Latina*, (E. D. Nunes, org.), São Paulo: Cortez, p. 68-99, 1989b.
- . Estudo e políticas de saúde na América Latina. In: *Textos de apoio Ciências Sociais 2*, Rio de Janeiro: PEC/ENSP/Abrasco, p. 13-97, 1984.
- GIOVANELLA, L. & BAHIA, L. Saúde: o poder da atenção pública. *Saúde em Debate*, n.º 47, p. 8-13, 1995.
- GONÇALVES, R. B. M. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação de mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- GRODOS, D. & BÉTHUNE, X. Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del tercer mundo. *Social Science and Medicine*, v. 26 n.º 9, p. 71-85, 1988.
- HOCHMAN, G. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Lator e Knorr-Cetina. In: V. Portocarrero, (org.). *Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ILLICH, I. *A Expropriação da saúde: gêneses da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JAPIASSU, H. *Interdisciplinariedade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

- KUHN, T. S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- LABRA, M. E. 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, 1985.
- _____. As políticas de saúde no Chile: entre a força e a razão. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1993.
- LANDMANN, J. Evitando a saúde & promovendo a doença. Rio de Janeiro: Achiamé, 1982.
- LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: *Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, Rio de Janeiro: Abrasco, p. 143-165, 1990.
- LOUREIRO, S. Saúde comunitária. *Revista Saúde em Debate*, n.º 1, p. 38-40, 1976.
- LUZ, M. T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. Natural rational social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, 1988.
- MACEDO, C. G. Extensão de ações de saúde através dos serviços básicos. Anais da 7.ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 2-3, 1980.
- MACHADO, F. A. A sugestão para um modelo alternativo de atenção a saúde. *Revista Saúde em Debate*, n.º 31, p. 31-5, 1991.
- MACKEOWN, T. A Historical Appraisal of the Medical Task. In: T. Mcleown & G. McLachlang, (org.). *Medical History and Medical Care: a Symposium of Perspectives*, p. 29. New York: Oxford University Press, 1971.
- MCNERNEY, W. J. Reforms in the Health Care. *American Journal of Public Health*, n.º 62, 1971.
- MEDICI, A. C. As fronteiras da universalização: o dilema da política social na virada do século. *Revista Saúde em Debate*, n.º 32, p. 21-6, 1991.
- MEDICI, A. C.; OLIVEIRA, F. E. B. & BELTRÃO, K. I. *Universalização com qualidade: uma proposta de reorganização do sistema de saúde no Brasil*. Brasília: Ipea, 1993.
- MEHRY, E. E. A Saúde Pública como política. São Paulo: Hucitec, 1992a.
- MEHRY, E. E.; CECHILIO, L. C. O. & NOGUEIRA, F. R. C. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, n.º 33, p. 83-9, 1991.
- MENDES, E. V. A evolução histórica da prática médica, Belo Horizonte: UFGM, 1980. (mimeo).
- _____. Reordenamento dos Sistemas Nacionais de Saúde: visão geral. In: *Anais da 8.ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 265-97, 1987.
- _____. O consenso do discurso o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização no Brasil, 1991. (mimeo).
- _____. Mesa Redonda: Saúde e Qualidade de Vida. *Revista Espaço para Saúde*, v. 4 n.º 4, p. 19-22, 1995.
- MENDES, E. V. et al. 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.). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, p. 159-85, 1994.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987. *Anais da 8.ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- MISOCZKY, M. C. Distrito Sanitário: desafio de descentralizar com democracia. *Revista Saúde em Debate*, n.º 33, 54-60, 1991.
- _____. A medicina de família: os ouvidos do princípio e os compromissos com o SUS. *Revista Saúde em Debate*, n.º 42, p. 40-4, 1994.
- _____. A agenda para reforma do Banco Mundial e a política de saúde: algumas notas para reflexão. *Saúde em Debate*, n.º 47, p. 4-7, 1995.
- MORAES, I. H. S. & KALII, M. E. X. (coord.) *Sistemas locais de saúde (Silos): bibliografia comentada da produção brasileira*. Rio de Janeiro/Salvador: ENSP/Pares, 1993.
- MSSESUS. *Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS/Sesu, 1990.
- MPAS-INAMPS. *A proposta do Presidente do Inamps*. Rio de Janeiro: Coordenadoria de Comunicação Social/Inamps, 1987.
- MPAS-INAMPS. *Distrito sanitário*. Rio de Janeiro: Coordenadoria de Comunicação Social/Inamps, 1988.
- NAVARRO, V. *Social Security and Medicine in the USSR*. Massachusetts: Lexington Books, 1977.
- _____. *Lucha de clases, Estado y Medicina*. México: Editorial Nueva Imagen, 1984.
- _____. Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. In: *Textos de Apoio — Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: PECE/Ensp/Abrasco, p. 83-161, 1986.
- _____. El Estado de bien y sus afectos distributivos: parte del problemas o parte de la solución. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 4 n.º 4, Curitiba: Neso, 1995.
- NESCO. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 4 n.º 4, Curitiba: Neso, 1995.
- NOVAES, H. M. *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, 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Cuidados Primários de Saúde. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, Brasília: Unicef, p. 14, 1979.
- OPS (Pan American Health Organization). Los Sistemas Locales de Salud — conceitos — métodos — experiencias. *Publicación Científica*, n.º 519, Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1990.
- OPS (Pan American Health Organization); Cepal (Comissão Econômica para o Desenvolvimento da América Latina). Salud, Equidad y Transformación productiva en América Latina y el Caribe. *Série documentos produzidos*, n.º 41, Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1994.
- ORTIZ, R. (org.). *Grandes Cientistas Sociais: Pierre Bourdieu*. 2.ª ed., São Paulo: Ática, 1994.

- PAIM, J. S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. *Revista Saúde em Debate*, n.º 1, p. 9-12, 1976.
- _____. Reforma sanitária e modelos assistenciais. In: *Epidemiología e Salud* (M. Z. Rouquayrol, org.), Rio de Janeiro: Medsi, p. 455-466, 1993.
- _____. A Reorganização das Práticas de Saúde e Distritos Sanitários. In: *Distrito Paulista: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS*, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- PAIM, J. S. La Salud Colectiva y los Desafíos de la Práctica. In: *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate* (OPS org.), Washington, OPS, p. 151-64, 1992.
- PRAATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8 n.º 2, p. 168-75, 1992.
- PERES ARES, F. Diretor do Policlínico Docente Lawton — Havana, Cuba. Consultor Técnico do Programa Médico de Família em Niterói. Comunicação Pessoal, 1991.
- POLACK, J. C. *La Médecine du Capital*. Paris: François Maspero, 1971.
- POLANCO, J.D. A Organização dos Serviços de Saúde. In: *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas* (J.C. García, org.), OPS, p. 369-386, 1985.
- POSSAS, C. A. A Descentralização e Democratização dos Sistemas de Saúde. In: *Anais da 8.ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 92-239, 1987.
- POWLES, J. On the Limitations of Modern Medicine. *Sci. Med. Bala.*, n.º 1, p. 1-30, 1973.
- RAGGIO, A. Saúde como uma dimensão da práxis urbana. *Revista Saúde em Debate*, n.º 35, p. 43-5, 1992a.
- _____. O paradoxo de Atlanta. *Revista Saúde em Debate*, n.º 43, p. 70, 1994.
- RAGGIO, A. & ROANO Jr., D. Sobre uma proposta para implantação de médico geral comunitário em centros de saúde de Curitiba. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.º 8, p. 15-7, 1992.
- RENAUD, M. On the Structural Constraints to State Intervention Health. *Int. J. Health. Serv.*, n.º 5, p. 559-71, 1975.
- ROENER, M. I. Evaluación de los Centros de Salud Pública. *Cuad. Sal. Publ.*, n.º 48, Ginebra: World Health Organization, 1972.
- ROSAS, E. J. A extensão da cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS *anais de uma experiência*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1981.
- ROSEN, G. *Da política médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.
- SAMPAIO, I. S. V. A sociologia dos bens simbólicos e a teoria do mercado lingüístico de Pierre Bourdieu. *Tematicas*, v. 1 n.º 1/2, p. 189-227, 1993.
- SANTOS, N. R. Descentralização e municipalização. In: *Anais da 8.ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 312-18, 1987.
- SARGENT, J. A. The Politics of the Pharmaceutical Price Regulation Scheme. In: *Private Interest Government: Beyond Market and State*. (W. S. Streeck & Schmittner, org.), London: Wolfgang Streeck and Philippe C. Schmittner, p. 105-28, 1985.
- SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SILVA JR., Aluísio G. Distrito Sanitário: reflexões sobre o seu conceito e suas experiências. *Revista Saúde em Debate*, n.º 41, p. 10-3, 1993.
- SOUZA, J. A. H. O Sistema Unificado de Saúde como instrumento de garantia da universalização e equidade. In: *Anais da 8.ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 141-44, 1987.
- SPINELLI, H. Salud y Política de Ajuste. *Salud. problema y debate*, n.º 5, p. 5-22, 1991.
- SWINGEWOOD, A. Marx e a Teoria Social Moderna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- TAMBELINI AROUCA, A. M. Medicina de Comunidade: Implicações de uma teoria — *Revista Saúde em Debate*, n.º 1, p. 20-3, 1976.
- TEIXEIRA, C. F. Políticas de saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. *Revista Saúde em Debate*, n.º 35, p. 4-10, 1992.
- TERRIS, M. Recortes presupuestarios y privatización: una amenaza para a salud. *Salud 2000 — Federación de Asociación para la defensa de la salud pública*, v. 7 n.º 35, p. 4-11, 1992.
- TESTA, M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Abrasco, 1992.
- VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*, (S. Fleury, org.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 157-73, 1992.
- UNGLERT, C. U. S. 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.). São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, p. 221-35, 1994.
- WEIL, P. *O novo paradigma holístico*. São Paulo: Summus, 1988.
- WHO (World Health Organization). *Health Cities Project: Workshop on indicadores*. Barcelona, 1987.

BIBLIOGRAFIA DA PROPOSTA BAIANA DE SILOS

- BAHIA. *Resumo do Plano Estratégico de Ação 1988/1991*. Salvador: Governo do Estado da Bahia, 1988.
- BAHIA. *Relatório Final da 1.ª Conferência Estadual de Saúde da Bahia*. Salvador: SES, 1987.
- CEBES. Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde. *Divulgação para Debate em Saúde*, n.º 4, p. 21-144, 1991.
- DONATO, A. et al. *Sistemas Locais de Saúde, território e cidadania*. Seminário sobre o Papel do Distrito Sanitário na Reorganização do Sistema de Saúde, Salvador: UFBA, 1989 (mimeo).
- FLORES, O. *O processo de distritalização da atenção à saúde no Estado da Bahia*. Dissertação de mestrado, Salvador, Departamento de Medicina Preventiva: UFBA, 1991.
- GIOVANELLA, L. As Origens e as Correntes atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7 n.º 1, 26-44, 1991.
- _____. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 6 n.º 2, 129-53, 1990.
- GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: característi-*