

Modelos de Atenção à Saúde: Demanda Inventada ou Oferta Renovada? Algumas Considerações sobre Modelos de Intervenção Social em Saúde

ROSENI PINHEIRO*

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR**

RESUMO

O presente trabalho visa a discutir os modelos de atenção à saúde no âmbito das políticas do Estado brasileiro e sua relação com a medicina ocidental contemporânea. Os autores analisam sucintamente a importância do projeto iluminista na determinação histórica, social e cultural da medicina ocidental como uma racionalidade hegemônica do planejamento e organização desses modelos. Em seguida discutem o papel da tecnocracia estatal na produção e reprodução dessa racionalidade. Para encerrar, apresentam algumas considerações, ressaltando a insuficiência desses modelos para solucionar os problemas de saúde da população.

Palavras-chave: Serviços de saúde; modelos assistenciais em saúde; políticas de saúde.

* Pesquisadora associada do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da UERJ. Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.

** Professor Adjunto do Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da UERJ. Doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.

ABSTRACT

Health Care Models: a Made-up Demand or a Renewed Supply? Some Considerations on Social Intervention in Health

This paper discusses health care models within the framework of the Brazilian State policies and their relation to contemporary Western medicine. The authors briefly analyze the importance of Enlightenment as a historical, social and cultural determinant of Western medicine as a hegemonic rationality in planning and organizing such models. This is followed by a discussion of State technocracy's role in producing and reproducing such rationality. The final considerations underscore the inherent insufficiency of such models in solving the health problems of the population.

Keywords: Health care institutions; health care models; health policies.

RÉSUMÉ

Modèles d'Attention en Santé: Demande Inventée ou Offre Rénouvelée? Quelques Considerations sur Modèles d'Intervention Sociale en Santé

Cet article met en question les modèles d'attention en santé dans le context des politiques publiques et ses rapports avec la médecine occidentale contemporaine. Les auteurs on fait une analyse succincte de l'importance de projet des Lumières à la détermination historique, sociale et culturel de la médecine occidental, à jouer un rôle de logique hégémonique dans la planification et organisation des modèles actuels. À la suite, mettent en question le rôle joué par les technocraties de l'État à la reproduction de celle logique fondatrice, pour conclure avec quelques considerations au tour de l'insuffisance de modèles y créés, pour résoudre les problèmes de santé de la population.

Mots-clé: Institutions de santé; modèles d'attention en santé; politiques de santé.

Recebido em 13/6/00.

Aprovado em 29/6/00.

Os Modelos de Intervenção nas Políticas de Saúde no Brasil – Uma Introdução à Problemática

Desde o final do século XVIII, o Estado vem atuando como principal agente fomentador de modelos de intervenção em saúde em diversos países, mediante a implementação de políticas públicas voltadas predominantemente para a prestação de serviços médico-sanitários e assistenciais.

No caso do Brasil, uma intervenção mais direta do Estado na saúde se deu no século XX, quando o poder Executivo passou a ditar normas, práticas e saberes às demais unidades da federação, assumindo de uma vez a gestão da saúde da população e a organização da sociedade. Essa forma de intervenção marca um novo eixo na condução das políticas de saúde: a constituição do aparelho estatal em saúde, que tem na medicina individual-curativista o modelo norteador das ações de intervenção na sociedade, o qual encontra nas instituições assistenciais e de formação os principais agentes de sua difusão (Luz, 1982: 33)¹.

É com este modelo que o Estado, ao menos até o início da segunda metade do século XX, adota um conjunto de medidas com grande ênfase nas ações médicas, na tentativa de responder às reivindicações dos movimentos sociais com relação aos problemas de saúde da população.

Contudo, essa linha de atuação tem sido objeto de inúmeras discussões, no que diz respeito à sua eficácia social. A principal refere-se à natureza dessas medidas, consideradas paliativas, focais e de reduzida correspondência com as demandas expressas pela população. Com isso tem-se estabelecido um descompasso freqüente entre o que é demandado e oferecido nos serviços de saúde (Viana, 1995; Pinheiro e Luz, 1999; Pinheiro, 2000).

Para discutir o “descompasso” entre demanda e oferta nos serviços de saúde, propomos a realização de uma análise que auxilie a compreensão dos condicionantes desse quadro. Diferentemente da maioria das abordagens utilizadas para discutir estas questões (Campos, 1992; Levcovitz, 1992; Cecílio, 1994; Moyses, 1994; Iunes, 1995), este trabalho pretende realizar uma leitura sobre os modelos de intervenção em saúde, tomando como base uma análise histórica, social e filosófica. Esta tem como núcleo a racionalidade, enquanto

¹ O modelo de saúde pública instituído desde o século XIX, que “via na desorganização da cidade o fator de manutenção, extensão e reprodução das precárias condições de saúde da população urbana”, vem sofrendo duras críticas desde o início deste século, enfatizando-se não mais os aspectos relacionados à cidade, mas as condições sociais de produção e de existência como principais fatores de produção e reprodução da doença (Luz, 1982: 34).

elemento processual de um dado modelo de intervenção — no caso, a saúde.

Realizando uma breve retrospectiva histórica, é possível afirmar que a forma de intervir em saúde no país se deve ao modo como a atenção médica integrou a agenda pública. O modelo de políticas sociais adotado pelo Brasil vinculou a atenção médica à previdência social, o que evidenciava uma especificidade: a assistência médico-hospitalar era oferecida apenas para a população vinculada ao mercado formal de trabalho.

Paralelamente a esse processo de vinculação, formularam-se programas de intervenção de caráter médico-sanitário, sob a égide do então Ministério da Saúde, que tinha como responsabilidade prestar ações coletivas de caráter preventivo. Essa característica “dicotômica” da oferta de atenção médica pelo Estado acabou por criar profundas raízes na trajetória das políticas de saúde no Brasil, cujos efeitos ainda hoje persistem, mesmo tendo esta dicotomia sido superada no plano institucional.

Com efeito, a sociedade brasileira foi submetida a um intenso processo de medicalização, que teve início nos anos 20 e intensificou-se a partir dos anos 70. É a partir da década de 70 que, no Brasil, a massificação da atenção médica surge como resposta do Estado à crise político-econômica, com reflexos em todas as áreas sociais. Com esta ação, junto a várias outras intervenções, o Estado pretendia atenuar os efeitos deletérios das medidas econômicas, no mercado de trabalho e da acumulação de capital (Oliveira e Teixeira, 1986 ; Draibe, 1990; Fiori e Kornis, 1994).

Nota-se que o processo de medicalização vem ocorrendo pela ampliação da demanda — através do aumento da oferta dos serviços de assistência médica, a maioria com alto grau de complexidade — ou por sua repressão pelos próprios serviços de saúde oferecidos, ao restringir o atendimento apenas para faixas específicas da população e oferecendo algumas especialidades, chamadas de “básicas” (Luz, 1991).

Não obstante, esse processo parece vigir até hoje. As transformações ocorridas no sistema de saúde brasileiro, apesar de inscritas no arcabouço jurídico-normativo² — que regulamenta e estrutura as instâncias de execução da política de saúde —, não têm proporcionado grandes inovações no sentido estrito de suas ações, isto é, no cotidiano dos serviços. Na verdade,

² Esse arcabouço jurídico-normativo é dado pela Constituição Brasileira de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.090/91) e a Lei nº 8.142 (que dispõe sobre o repasse dos recursos financeiros e a participação da comunidade).

persistem antigos problemas, que envolvem o relacionamento entre os atores em suas práticas nos serviços de saúde, ou seja, a relação serviços e clientela, entre serviços e médico, e entre médico e paciente (Pinheiro, 2000).

Tais problemas estão relacionados à forma como as instâncias política e administrativa do setor saúde se estruturaram no Brasil³. As ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, órgão formulador de política para o setor saúde no país, têm sido predominantemente marcadas pela elaboração de **programas** voltados para a área da atenção à saúde, mais especificamente a atenção **primária** à saúde.

É evidente que as ações em saúde promovidas pelo Estado não se restringem às ações de caráter preventivo, pois as ações médico-assistenciais representam o maior volume de recursos humanos, técnicos e financeiros do setor. Tampouco se quer dizer que não existam aspectos importantes a observar nos “modelos” adotados para as atividades de caráter curativo. Ao contrário, várias questões ligadas à área curativa podem ter relação com as ações de atenção à saúde, mas não serão contempladas neste trabalho, tendo em vista as peculiaridades existentes (por exemplo: diversos atores e instituições — indústria farmacêutica, instituições médicas, de ensino e assistência) na prestação desses serviços. Caso isso fosse ocorrer, seria necessária a utilização de outras ferramentas de análise, que não as aqui utilizadas.

O importante é notar que a opção do Ministério da Saúde por programas como modelo de intervenção social em saúde apresenta alguns aspectos relevantes para o estudo sobre temas relacionados à oferta e à demanda de serviços públicos de saúde. Esses aspectos se relacionam com a forma como se constituíram esses programas historicamente, sobretudo a maneira como vêm sendo difundidos no conjunto da sociedade.

Os programas governamentais de atenção à saúde caracterizam-se pelo direcionamento ao perfil de adoecimento da população num dado tempo e espaço. Esse perfil se reflete na forma de estruturação de suas ações, mediante a organização da clientela por duas grandes categorias: doença (patologia) ou grupo de indivíduos mais suscetíveis ao adoecimento (por exemplo, saúde materno-infantil).

³ Mais uma vez é importante lembrar que este modo de estruturação das instâncias políticas e administrativas ligadas à saúde reproduz o caráter dicotômico — preventivo e curativo — do próprio modelo da política de saúde adotado pelo Estado brasileiro. Até 1990, o Ministério da Saúde se ocupou exclusivamente das medidas de prevenção e promoção e o Ministério da Previdência, através do INAMPS, se encarregou da área curativa.

Os programas centrados em doenças preconizam o controle e a cobertura de uma população portadora de afecção específica, através da vigilância de seus sintomas e da prescrição de medicamentos, como no caso de hipertensão e tuberculose.

Nesse tipo de programas a lógica é a seguinte: o paciente é submetido a critérios classificatórios estabelecidos *a priori* para caracterizar uma doença. Esses critérios estão relacionados à existência de uma determinada quantidade de sinais e sintomas, acompanhada de um diagnóstico e uma terapêutica específica. Diagnóstico e terapêutica estão estruturados hierarquicamente em níveis, de acordo com o grau de gravidade (leve, moderado ou grave)⁴ atribuído à doença no que diz respeito às suas manifestações⁵. Assim, ao integrar o programa o paciente assume a identidade da doença de que é portador (hipertenso, diabético), com diagnóstico e terapêutica previamente estabelecidos, portanto com registro e controle.

Já as outras categorias de programas que visam ao “acompanhamento” de faixas populacionais consideradas de risco destacam a realização de atividades ligadas a áreas de educação em saúde e de cuidados de atenção básica, tais como o programa de atenção à saúde materno-infantil e mais recentemente o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

É interessante notar que os dois conjuntos de “programas” têm sido incorporados como verdadeiras diretrizes de políticas de saúde de estados e municípios. Para alguns municípios, a utilização desses programas representa o início da organização de seus sistemas locais.

Com efeito, muitos municípios, ao se habilitarem no sistema nacional de saúde (o SUS), recebem do próprio Ministério da Saúde recomendações para a implantação desses programas, tendo por base o fato de os mesmos integrarem a política nacional de redução ou mesmo erradicação dos problemas de saúde considerados pelo Ministério da Saúde como de maior significância na população brasileira.

Tais programas, além de conter em seus pacotes as instruções necessárias ao controle e tratamento de uma determinada doença ou grupo de risco (por exemplo: medidas de prevenção, de controle e de tratamento, com o

⁴ Por exemplo, o paciente que recebe o diagnóstico de hipertensão já está enquadrado em alguns desses níveis de gravidade. Em seguida o paciente será informado de todos os procedimentos da rotina a ser realizada, previamente estabelecida, com as medidas consideradas mais adequadas para o combate à doença.

⁵ Para uma descrição deste modo de operação, ver Camargo Jr. (1997).

fornecimento de medicamentos, como é o caso dos programas de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase), também podem oferecer subsídios financeiros para a implantação ou aprimoramento do sistema de informações para seu controle e acompanhamento.

Contudo, na maioria das vezes esses programas têm-se mostrado pouco eficazes e de baixa cobertura, pelo menos quanto à diagnose e às questões de saúde específicas. Daí talvez decorra a permanência das doenças cardiovasculares entre as principais causas de morbidade e mortalidade, bem como o recrudescimento de outras doenças com incidência e/ou prevalência previamente em declínio, como a tuberculose. Se tal afirmação é verdadeira, por que o modelo tradicional continua sendo utilizado nas instituições até os dias de hoje?

Para responder a esta pergunta, pode-se pensar em várias causas. Entretanto, destacamos aqui dois importantes condicionantes que contribuem para a permanência desse modelo de intervenção em saúde. O primeiro refere-se à racionalidade do planejamento dos serviços de saúde e o segundo diz respeito à forma de organização da tecnoburocracia estatal em saúde.

É claro que, para analisar essas questões, será necessário examinar o papel da própria medicina científica, entendendo ser ela o cerne dos modelos de intervenção nas áreas da atenção e da assistência à saúde. Para tal, será útil considerar não só condicionantes circunscritos do campo médico, mas incluir na análise aspectos institucionais, sociais e culturais que ao longo da história têm-se consolidado, influenciando a determinação desse quadro.

A Racionalidade da Organização e do Planejamento dos Modelos de Intervenção em Saúde: o Papel da Moderna Medicina Científica

A medicina científica assume papel de destaque nos modelos de intervenção social em saúde, sobretudo no mundo ocidental. Trata-se de uma matriz hegemônica no planejamento e na organização da atenção à saúde, portadora de uma racionalidade que norteia, até os dias de hoje, o modo de andar da vida dos serviços de saúde.

Parte-se do pressuposto que esta racionalidade foi construída e legitimada para além do campo médico, transcendendo seus próprios limites disciplinares, atingindo outras áreas como a política, a economia e a sociedade. Tal transcendência está relacionada, por um lado, com o projeto iluminista — no qual a verdade se estabelece por métodos científicos, e onde tanto a medicina, como outras ciências, se espelharam para conseguir o seu *status*

quo como produtoras de verdades (racionais); por outro, essa transcendência se manifesta na cultura de um Ocidente racionalizado, mantendo mecanismos de reprodução e legitimação dessas mesmas verdades.

Isto significa dizer que, para realizar uma análise nessa perspectiva, é necessário considerarmos a existência de questões irredutíveis a essa própria racionalidade, mas imprescindíveis à compreensão de sua permanência nos modelos de intervenção na sociedade.

Essas questões se referem à forma como os símbolos e as representações sobre a medicina científica foram fundamentados na história científica moderna. Luz (1988) afirma que a imagem e as representações sobre a medicina científica foram construídas à semelhança das imagens e representações das teorias e dos conceitos científicos, impregnando o imaginário social até nossos dias. Com efeito, Cassirer (1992) destaca que a imagem e as representações sociais das teorias e dos conceitos ditados pela racionalidade científica moderna iriam constituir a gênese do processo de racionalização do social.

O exame da constituição da racionalidade científica moderna é, portanto, uma importante *démarche* nesta reflexão, mas fazê-lo de modo detalhado extrapolaria em muito os objetivos e limites deste trabalho. Apenas alguns elementos serão destacados, para melhor compreender suas repercussões sociais, políticas e econômicas.

A racionalidade científica moderna teve o seu coroamento no período iluminista entre o final do século XVIII e o início do XIX. Nesse momento a ciência constituiu-se socialmente como fonte produtora de verdades, ordens e regras, ocupando nas sociedades a sustentação última dos discursos sobre a ordem da vida e do mundo, constituindo um espaço socialmente legitimado e cada vez mais alargado.

De acordo com Cassirer (1992), é na filosofia do Iluminismo que se concebe a natureza como esfera do divino, cessando assim o dualismo entre o criador e a criatura (pensamento clássico), isto é, o verdadeiro ser da natureza deve ser buscado não no plano do criado, mas no plano da criação (pensamento renascentista).

Ultrapassando esse dualismo da filosofia clássica, a idéia newtoniana de “lei” se constrói e marca posição na história. A “Lei do Cosmo”, proposta por Newton no século XVIII, baseada na idéia de que o universo era acessível unicamente através dos objetos da matemática e física, tornou-se o verdadeiro marco na história da ciência. Esta idéia é proposta para se traçar um novo caminho de interpretação da verdade, capaz de conduzir o

empirismo puro à clareza dos conceitos, isto é, das trevas à luz. Desta perspectiva nasciam os ideais do projeto iluminista, que tinha na racionalização do mundo e das coisas através de preceitos científicos o único meio — mais correto — de apreensão da realidade.

Para se criar uma lei, na concepção iluminista, era necessário ocorrer o despojamento de todo e qualquer sentido subjetivo, de representações e imagens, para então poder acompanhar o curso da natureza, além de “fixá-lo”, mediante a observação, a experimentação, a medida e o cálculo.

Isto caracteriza a visão mecanicista da racionalidade moderna, que busca na sistematização dos conhecimentos em campos específicos, dotada de generalizações indutivas específicas, construir e manter os limites da própria razão (Luz, 1988). É dessa concepção mecanicista que emergirá a forma racional de pensar o mundo, a natureza e o corpo humano como **máquinas** sobre as quais é possível todo conhecimento e intervenção. Daí a criação de disciplinas como espaço privilegiado de produção e reprodução do conhecimento científico moderno.

A medicina será uma das primeiras áreas a incorporar essa forma de estruturação de conhecimento. Com efeito, a observação, a descrição e a classificação na busca de “causas eficientes” das doenças no corpo humano constituem o objeto fundamental da medicina moderna (Luz, 1988; Camargo Jr., 1997).

Neste sentido, Luz (1988) destaca a criação das disciplinas das doenças e da razão social como categorias médico-sociais no século XIX — elementos de vital importância para a trajetória política e social da medicina neste século.

A disciplina das doenças, juntamente com a idéia de organismo (inspirado na anatomia moderna), vão integrar a medicina na produção da racionalidade moderna, tornando-se parceiras no estabelecimento de verdades, que se estruturaram através do seu discurso sobre doença e corpo. Saúde, vida e cura são categorias excluídas do temário médico, enquanto expressão de qualidade de vida, anulando quase por definitivo o seu caráter positivo, de afirmação, para ser o pólo negativo de uma situação mórbida. Saúde significa ausência de uma doença, e cura é a ausência do sintoma. Dessa inversão de sentidos, valores e conceitos, será formado o conteúdo racional da moderna medicina científica. Isto é, serão estas as verdades consideradas “de fato e de direito” da medicina moderna.

É esse mesmo conteúdo racional que será disseminado socialmente entre os diversos setores da sociedade. Por sua vez, a medicina social, ramo da

moderna ciência médica, assume esse conteúdo propondo medidas para solucionar os problemas de saúde das sociedades (Luz, 1988).

Com efeito, Foucault (1993: 79) o demonstra, no seu texto sobre o nascimento da medicina social:

“(...) a medicina moderna é uma medicina social que tem por um *background* uma certa tecnologia de corpo social; que a medicina é uma prática social que em apenas um dos seus aspectos é individualista e valorizaria as relações entre médico e paciente”.

Assim, a medicina social participará ativamente no planejamento e na execução de medidas de intervenção individual e coletiva, na resolução dos problemas de saúde das populações.

Do ponto de vista estratégico, essa inserção era congruente. Por um lado, as ferramentas do planejamento apresentavam-se mais adequadas para a implementação de medidas coletivas, possibilitando uma previsão futura de custos e metas, embora faltasse a elas o conteúdo teórico de suas afirmações. Por outro, a medicina científica, com conteúdos teóricos especializados, visava a espaços institucionais para sua legitimação social.

Estas questões possibilitam perceber que o conteúdo cognitivo utilizado pela racionalidade do planejamento das intervenções da saúde será o da medicina científica. Essa racionalidade se consolidou seguindo os mesmos preceitos dos ideais iluministas, isto é, através da fixação de normas, regras e ordens sociais — que no caso da saúde visam a garantir uma vida humana sadia. A medicina, no papel de uma das disciplinas dessa racionalidade, vem estabelecendo, aos longos dos anos, os parâmetros de convivência social e estilos de vida considerados mais adequados.

É na esteira do progresso científico que a medicina alcança legitimação e respaldo nunca antes vistos, do ponto de vista econômico, social e político. Mais do que práticos da arte de curar, os profissionais médicos tornaram-se teóricos da moderna ciência das doenças.

Como se pode observar, a modernidade veio influenciando de maneira decisiva não só a transformação da prática médica, mas os mecanismos de difusão de seus conhecimentos. Contudo, os efeitos dessa conjugação de ações — transformação e difusão — nem sempre têm sido positivos, revelando-se incompatíveis quando aplicados à realidade.

Tais efeitos estão evidentes nos dilemas entre o que deve ser e o que pode ser feito com relação à resolução dos problemas de saúde da popula-

ção. O planejamento, ao lançar mão de sua racionalidade normativa, tenta imprimir um modo de fazer e prevalecer um conhecimento (verdade), que muitas vezes é discrepante quanto à situação em que se pretende intervir, por razões culturais, políticas ou econômicas. Na maioria dos casos os resultados obtidos são insatisfatórios, de acordo com motivos apresentados no primeiro tópico deste trabalho. O que se observa nesses casos é o predomínio da razão técnica, que, **iluminada** pelos métodos científicos — julgando ser esta a única forma de construção do verdadeiro conhecimento —, acaba por ignorar toda e qualquer pergunta ou resposta que o senso comum lhe possa fazer. As questões advindas do campo social, daquilo que designamos **senso comum**, podem contribuir para a elaboração de modelos mais adequados à realidade que se deseja alterar.

A primazia dada à medicina não foi fruto de um projeto institucional planejado, mas resultante de um processo que envolve aspectos políticos, institucionais e até culturais bastante específicos. Neste caso, o papel da medicina científica ganhou impulso quando incorporado pelo projeto de ação político-institucional do Estado brasileiro, no sentido de intervir na sociedade. Dito de outra forma, as múltiplas articulações entre Estado, ciência e medicina criam um campo de intervenção social, ao mesmo tempo em que essas instituições se legitimam de modo cruzado; o resultado final é a intervenção cotidiana e sistemática no nível mais microscópico da sociedade. Lembrando Boltanski, nas áreas urbanas o médico é o único representante da ciência — e do Estado, acrescentaríamos — com quem os indivíduos das camadas populares têm contato regular e sistemático. É diante dessa perspectiva que a tecnoburocracia estatal assume lugar de destaque no desenvolvimento de modelos de intervenção em saúde. A lógica adotada pelo Estado, de incorporar a medicina para balizar suas ações frente à sociedade, acabou auxiliando a disseminação de concepções e conceitos de vários campos que não só o da saúde, mas da burocracia e sobretudo a cultura.

Tecnoburocracia Estatal: Instituições Médicas, Saúde e Cultura

As transformações econômicas e sociais ocorridas no Brasil no século XIX marcaram a história da formação social brasileira (Machado, 1978; Luz, 1982). Estavam relacionadas às mudanças nas relações de produção e ao surgimento do capitalismo, o que resultou em duas ações específicas: valorização das relações de poder político e constituição do Estado nacional.

Com a Independência do Brasil, em 1822, tornou-se necessária a cons-

trução de um aparato estatal capaz de controlar e prover o funcionamento do novo Estado. Nesse contexto a saúde da população tornou-se uma questão ainda mais prioritária, tendo em vista as novas atribuições do Estado, principalmente no que diz respeito às condições sanitárias do país. O quadro sanitário que se apresentava naquela época era marcado pelo surgimento de grandes endemias e epidemias que assolavam localidades consideradas estratégicas ao Estado nacional⁶.

Então a participação da medicina nas manifestações políticas era expressiva, um importante potencial no estabelecimento da organização social. É nesse sentido que a medicina irá propor, “através de seus agentes, os médicos, uma terapia, uma resposta, uma explicação científica para cada situação, principalmente quando a ordem social estava em jogo” (Luz, 1982: 33).

A mesma autora, ao analisar a formação social no Brasil, ressalta:

“(...) a resposta à República e ao capitalismo que se impõe no final do século XIX, do ponto de vista médico, é marcada por uma multiplicidade de propostas de intervenção sobre o espaço urbano, com o propósito de saneá-lo. As novas alianças e estratégias de poder tomam forma de controle sanitário e de esquadramento do espaço urbano e terão na ação de Oswaldo Cruz um momento privilegiado, mas não se fazem de maneira coesa sem enfrentar críticas. Ao contrário, vai-se tornando clara para a sociedade a ação da saúde como ação política” (Luz, 1982: 33).

A ação de Oswaldo Cruz consistia num conjunto de medidas disciplinares, que visavam à normalização da sociedade⁷. A aplicação de tais medidas significou mudanças nas relações entre poderes institucionais e nas relações

⁶ O estabelecimento da saúde como prioridade nacional deveu-se ao fato de o Brasil ocupar posição de colônia de exploração e não de exportação, onde a questão dos portos (a via de transportes das mercadorias), em termos sanitários, era de maior relevância, exigindo medidas que garantissem a segurança do comércio internacional.

⁷ Neste trabalho a idéia de “medida disciplinar” segue os conceitos de Michael Foucault (Foucault, 1993). Para esse autor, a noção de disciplina está relacionada à concepção militar; é uma técnica de poder centrada na vigilância contínua dos indivíduos, mediante a realização de registros. No caso brasileiro, a ação de Oswaldo Cruz foi uma experiência emblemática, pois se referia à imposição da vacinação antivariólica obrigatória para todo e qualquer indivíduo que habitasse o território brasileiro. Essa ação teve forte reação da população, com manifestações políticas de importantes segmentos da sociedade, que caracterizavam tal medida como “ditadura sanitária”, o que deu origem à chamada Revolta da Vacina, no início deste século.

com as populações das áreas destinadas ao controle médico, tivessem elas sido atingidas ou não.

A concepção que norteou essas medidas partia da idéia de que se a sociedade, por sua desorganização e mau funcionamento, é a causa de doenças, logo a medicina deveria refletir e atuar sobre os componentes naturais, urbanísticos e institucionais, visando a neutralizar todo perigo possível. Advém daí o controle das virtualidades; a idéia de periculosidade e com ela a de prevenção (Machado, 1978). É o momento do exercício de novos conceitos em práticas médicas, tais como a epidemiologia e a profilaxia.

Além da utilização dos novos conceitos e práticas, Machado (1978) destaca a multiplicidade de papéis assumidos pelo médico, cujo papel de cientista social foi apontado ao integrar à sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a topografia e a história. Mas, é na “função” de planejamento urbano que a medicina vai ganhar destaque, atuando nas grandes transformações da cidade, ao trazer para o primeiro plano as questões da saúde nas resoluções sobre o espaço urbano.

Em seguida, como analista de instituições, o médico promoverá mudanças profundas no campo da saúde pública: quando transforma o hospital — antes órgão de assistência aos pobres — em máquina de curar; ao criar o hospício como enclausuramento disciplinar do louco, torna-o doente mental; inaugurando o espaço da clínica, condena outras formas de cura; e oferece um modelo de transformação da prisão, de formação e escola (Machado, 1978).

A essa progressiva inserção da medicina — através de seus conhecimentos técnicos e científicos — nas resoluções da grande maioria dos problemas da sociedade, atribuiu-se o termo **medicalização**.

Não é inútil relembrar que a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante, sejam quais forem as especificidades que ele apresente. Esse projeto traduziu-se em ações relacionadas à normalização do indivíduos (seus hábitos e costumes), sendo, na maioria das vezes, consideradas insatisfatórias pelo conjunto da sociedade. O caráter impositivo das ações derivava da autoridade que a medicina detinha de valer de sua verdade primeira, a científica, para introduzir as mudanças para ela consideradas necessárias, sem uma participação mais ativa da sociedade.

Em suma, todo aquele que não se enquadrava nos parâmetros de bem-estar físico e mental, estabelecidos pela medicina, precisava ser normalizado. É importante compreender que essa modalidade de intervenções não somente gerou reações na sociedade, mas introduziu mudanças na própria organi-

zação da medicina, no que diz respeito à sua prática e formação. Para normalizar indivíduos era necessário haver a figura do médico, mas um médico também normalizado. Por este motivo o alto investimento nas instituições médicas — de formação (faculdades) e assistenciais (hospitais) (Foucault, 1993).

Mais uma vez cabe ressaltar que a inserção da medicina não foi um fato isolado, mas resultante de um conjunto de transformações que pretendia atender ao novo modelo de produção no país: o capitalismo. Este exigia um novo tipo de indivíduo, um indivíduo sadio.

Atender tal exigência significou ter um novo tipo de medicina. Daí a justificativa de se ter uma medicina voltada para o social; uma medicina com um novo tipo de racionalidade, agora parte integrante de um novo tipo de Estado. Enfim, novos termos, novos tipos de relação.

Com efeito, tanto as medidas coletivas como as ações individuais tiveram repercussões sociais bastante significativas, sobretudo na cultura da população brasileira. A cultura ocidental, sob o signo da modernidade, vem contribuindo para a reprodução dessa forma de racionalização dos atos e sentidos da sociedade, ao ponto de atingir a normalização dos indivíduos, no que se refere a seus costumes e condutas. É o que Luz (1988) chama de era da revolução da moralidade social, em prol de uma moderna sociedade sadia.

A racionalização moral e social que Luz (1988) destaca tem, inicialmente, como alvo de suas ações, aqueles indivíduos portadores de alguma situação ou estado deletério para a sociedade (ainda que dela tenham sido originados), tais como prostitutas, loucos, mendigos e doentes de doenças mundanas — sífilis, varíola etc. (Carrara, 1996).

É interessante observar que tal racionalização objetivava não somente os marginais da sociedade, mas as famílias “normais”, através de projetos pedagógicos e médicos. E mais, não se esgotou na sua atuação sobre indivíduos, mas estendeu-se a outras instituições e sujeitos sociais, através de sua modelagem — de um lado, por instrumentos teóricos, políticos e institucionais, da medicina social, sobretudo da política social; por outro, pelo restabelecimento físico e funcional de espaços institucionais, tais como os cárceres, os asilos, os hospitais, as escolas, as casernas (Costa, 1979).

A medicina social no Brasil — melhor dizendo, a medicina estatal brasileira —, mediante sua política higienista, logo se ocupou da família, apresentando-se como salvadora dos males do sistema econômico, das dificuldades sociais que afligiam o país. A política de desemprego a que os brasileiros foram submetidos afetou frontalmente a família, no sentido de desqualificá-

la na sua condição de unidade geradora de formação social, face à ausência de empregos para os chefes dessas famílias.

Para Costa (1979), a medicina social recorreu a argumentos semelhantes aos atuais da medicina contemporânea, pretextando salvar — com seus conhecimentos — os indivíduos do caos em que se encontravam. A ação da medicina com relação à família, a partir do final do século XIX e início do XX, começou com sucessivos ataques morais, chegando a convencê-la de que era incapaz de proteger, sozinha, a vida dos adultos e crianças, valendo-se para isso da enunciação de altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos.

É nesse contexto que a política higienista promovida pela medicina social conseguiu impor à família uma educação moral, física, intelectual e sexual inspirada em preceitos sanitários de saúde. Tais seriam as condições ideais. A educação em saúde tornou-se um importante vetor na transformação dos hábitos e costumes, no sentido de exterminar os velhos hábitos coloniais (Costa, 1979).

Criou-se uma espécie de norma familiar que determinava a forma de agir de seus integrantes, no sentido de sanear os males antes mesmo de estarem estabelecidos. Tal norma, fortemente influenciada pela ordem médica, acarretou a solicitação permanente dos médicos e intervenções interdisciplinares por parte dos agentes de normalização. Transgredir essas normas significava a desestruturação, ou melhor, o desequilíbrio de toda a sociedade.

Daí advém um conjunto de traços que apontam para a influência da cultura no estabelecimento desse quadro. Considerando que os hábitos e os costumes constituem-se nos elementos-chave de intervenção estatal, e que a família, na condição de organização social, é quem melhor reúne esses elementos e os multiplica, torna-se possível perceber a importância que a cultura tem na absorção e disseminação desses conceitos numa dada sociedade.

Se tal afirmação é verdadeira, as intervenções sociais que se realizam no cotidiano a partir de um conteúdo teórico-científico específico — neste caso a medicina — tendem a disseminar os mesmos conceitos e teorias utilizados na sua elaboração. Isto é, nas intervenções sociais pode-se partilhar conceitos diversos, não só restritos ao campo médico mas referidos a outros campos (da economia e da política, por exemplo), pois ocorre uma transversalidade desses conhecimentos na sua construção e condução.

Enfim, para compreender a permanência de qualquer conceito ou modelo social, é necessário lateralizar as análises, reduzindo-se a distância entre os

campos de conhecimento. É importante perceber que a racionalidade utilizada no planejamento dos modelos de intervenção em saúde, bem como a racionalidade empregada pela tecnoburocracia estatal, apresentam-se alinhavadas na tessitura social. Isto pode ser observado quando são comparados os efeitos da aplicabilidade dessas racionalidade no cotidiano dos indivíduos, das instituições de um mesmo setor e/ou de setores distintos.

A tecnoburocracia estatal, através do Ministério da Saúde, quando opta por programas, está obedecendo a uma racionalidade que age inter e intra-instituições, através de métodos específicos, encontrando complementaridade para o objeto de sua intervenção: a sociedade.

À Guisa de Conclusões

As conclusões sobre a permanência de modelos tradicionais na implementação de medidas de atenção à saúde apontam para questões abordadas nos elementos históricos e sociais, apresentados neste trabalho.

A opção por programas ou modelos de atenção à saúde derivados de políticas nacionais tem sido feita por municípios e estados, como modelos operacionais de seus planos de saúde, sendo institucionalizados e postos em práticas de acordo com as normas ali especificadas.

Tradicionalmente, a formulação desses programas ou modelos tem obedecido a uma rotinização técnica, com inexpressiva participação dos demais atores envolvidos na execução, como as secretarias municipal e estadual de Saúde, e sobretudo a clientela.

Na verdade, os modelos de intervenção em saúde por programas apresentam-se como uma cadeia de atos prescritivos (incluem-se aqui medicamentos, hábitos de vida, costumes etc.) que, realizados pelos indivíduos, visam a controlar uma determinada doença ou um grupo considerado de risco. Esses atos nem sempre atingem seus objetivos, que consistem na melhoria da saúde da população, em seu conjunto.

Mas isso pode ser observado, na prática, quando a realidade dos problemas de saúde da população se apresenta de uma maneira muito contrastante com os modelos ideais, transcendendo a capacidade das soluções por eles (modelos) propostos. Na verdade, existem fatores que estão, por um lado, relacionados ao cotidiano da vida dos serviços de saúde e, por outro, ligados a aspectos externos à saúde, tais como os econômicos, sociais e até culturais (Pinheiro, 2000).

É bem verdade que qualquer modelo, por mais ideal que se possa apre-

sentar, terá dificuldades em sua implementação, tendo em vista a complexidade dos atores envolvidos e dos interesses ali inseridos. Mais do que isso, deve-se reconhecer que uma das dificuldades relaciona-se à persistência de uma forma de produção de modelos de intervenção, desconsiderando as questões até o momento discutidas.

Não se pode negar a existência de iniciativas, por parte dos órgãos do Estado, de formulação de novas estratégias para atender ao setor na área da atenção à saúde. Silva (1998) destaca o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), defendidos pelo nível central como estratégias inovadoras de intervenção em saúde. Tais estratégias buscam, através da simplificação e da racionalização, ampliar o acesso da população aos cuidados básicos de saúde, bem como prover assistência médica e medicamentosa domiciliar (Silva, 1998).

Contudo, ao incluir o PSF e o PACS na sua análise sobre os modelos technoassistenciais como estratégias governamentais de intervenção em saúde, o autor concluiu que, no plano prático, mesmo com os avanços obtidos no campo da gerência e da política do setor, sobretudo no nível local, são tímidas as inovações no campo da saúde, estrito senso, sem correspondência com a crítica de sua matriz original: a medicina comunitária (Silva, 1998).

Tais formulações apresentam uma sistemática de ações que mais parecem as estratégias utilizadas pela medicina urbana francesa e pela polícia médica alemã do século XIX. E mais, a recuperação e sistematização da história das matrizes de organização de modelos technoassistencias em saúde revelam, ao invés de inovações, apenas um *aggiornamento*. Velhos debates, velhas propostas, novas formas de mascarar interesses.

Embora a adoção dessas estratégias tenha possibilitado o desenvolvimento de novos modelos technoassistenciais com alta legitimação social, o autor reconhece que estes mantêm em seu escopo uma matriz hegemônica, com as estruturas de poder que a comportam. Essa matriz pode ser verificada na racionalidade do planejamento e organização dos modelos de intervenção e no arcabouço institucional da tecnoburocracia estatal, consistindo na própria medicina científica.

Se isso é verdade, é possível perceber que a persistência desse tipo de matriz está relacionada à sua gênese histórica e social no mundo — o projeto iluminista, que gerou um modo de produção de verdades, influenciando fortemente a concepção da medicina moderna de ordenação da sociedade quanto a sua saúde e modo de vida. Rosen (1994) destaca o Iluminismo como sendo a sementeira para novas idéias na saúde pública. O pensamento

e ação iluministas estão assentados na aceitação do supremo valor social da inteligência e, por conseqüência, a crença na grande utilidade da razão para o progresso social. O autor ressalta que a inteligência social, naquele momento, só se poderia materializar se houvesse uma opinião pública informada, sendo a educação o seu mais importante vetor de informações.

Com efeito, é no período iluminista que se desenvolve o impulso ávido de fazer os resultados da ciência e da medicina alcançarem o grande público. Foi assim que se envidaram esforços para esclarecer o povo em assuntos de saúde e de higiene.

Parece que se anda em círculos. Inovações tímidas e idéias renovadas, que a história denuncia em sua silenciosa caminhada, remetendo todos a um mesmo desafio: de mais uma vez procurar pensar outras formas de resolução dos problemas de saúde da população.

Portanto, há que se requerer de todos aqueles que se debruçam sobre o tema saúde a flexibilidade de suas abordagens teórico-metodológicas, no sentido de apreender a realidade, numa perspectiva não departamentalizada, mas dotada de sentido e sensações, dos mais diversos campos de atuação. Acima de tudo, isto implica a radicalização do ideal democrático, estendendo-o também à construção dos saberes que orientam e dão sentido às intervenções no espaço social, em nome da saúde.

Referências Bibliográficas

- CAMARGO JR., K. R. A Biomedicina. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.
- CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do 20 até os anos 40*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz: 1996.
- CASSIRRER, E. *A filosofia do Iluminismo*. São Paulo: Unicamp, 1992.
- CECÍLIO, L. C. O. et al. *Inventando a mudança*. São Paulo: Hucitec, 1994 (*Saúde em Debate*, 73).
- CAMPOS, G. W. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- COSTA, J. F. *A ordem médica e a norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- DRAIBE, S. M. et al. *Desenvolvimento de políticas de saúde nos anos 80: o caso brasileiro*. Campinas: NEPP/UNICAMP/OPS, 1990.
- FIORI, J. L.; KORNIS, G. E. M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (orgs.). *Saúde e sociedade. Anos 80*. Rio de Janeiro: Relumé Dumará / Abrasco / IMS-UERJ, 1994.

- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; SOLON, M. V. *Economia da Saúde*. Brasília: IPEA, 1995.
- LEVCOVITZ, E. *Transição versus consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. Um estudo sobre as reformas das políticas de saúde – 1974-1996. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, 1997.
- LUZ, M. T. Notas sobre políticas de saúde no Brasil na transição democrática nos anos 80. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, s/p., 1991.
- LUZ, M. T. *A Medicina e a ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- LUZ, M. T. *Natural, racional e social*. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MACHADO, R. *Danação da norma*. Medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MOYSES, S. J. “Saudicidade”: do neologismo à implantação da práticas intersetoriais de promoção de saúde. *Revista Nesco Saúde*, v. 4, n. 4, p. 11-13, 1994.
- OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. F. *(Im)Previdência Social*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- PINHEIRO, R. *Da defesa do aço à defesa da vida. O cotidiano dos atores nos serviços de saúde: o caso de Volta Redonda*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, 2000.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. *Modelos ideais e práticas eficazes: o desencontro entre os gestores e a clientela nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 191).
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP / Hucitec / Abrasco, 1994.
- SILVA JR., A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde*. O debate da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998 (*Saúde e Debate*, s/n).
- VIANA, A. L. *Sistema e descentralização. A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões*. Tese (Doutorado em Economia) - Instituto de Economia da Unicamp, 1994.
- VIANA, A. L. *Modelos de intervenção na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1995 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 118).